

**Ruhr Universität Bochum
Fakultät für Psychologie**

Diplomarbeit

**Ergebnisse einer Katathym Imaginativen
Psychotherapie bei Prüfungsangst:**

Ressourcen und Bewältigung

Nadine Salzer

Problemaktualisierung und Klärung

Denise Ihme



Dem Ausschuss für die Diplomprüfung der Psychologen vorgelegt von
Denise Ihme und Nadine Salzer

Gutachter:

PD Dr. Ulrike Willutzki

Dr. Joachim Kosfelder

Bochum, im Dezember 2005

*„Wenn einer keine Angst hat,
hat er keine Phantasie.“*

(Erich Kästner, 1899-1974)

DANKSAGUNG

Wir danken (natürlich in keinerlei Weise literaturbasiert):

- **Uns** gegenseitig!
- **Dipl. Soz.-Päd. Annette Ihme-Krippner** und **Dr. Klaus Krippner** dafür,
 - dass sie uns erlaubt haben, ihr Baby (IRP) mit kritischem Blick zu begutachten,
 - dass sie sich Unmengen an Zeit für unsere Anliegen genommen haben und
 - dass sie immer ein offenes Ohr und gute Ratschläge für uns hatten.
- **Dr. Dan Pokorny** und **PD Dr. Michael Stigler** für
 - ihre Herzlichkeit, Offenheit und Unermüdlichkeit,
 - ihre ansteckende Begeisterung,
 - die endlosen Telefonate,
 - die ewig langen Emails und
 - ihre heißgedachten Köpfe.
- In alphabetischer Reihenfolge: **Carina, Frauke Johanna, Phillipp** und **Sebastian** dafür,
 - dass sie so kurz vor knapp zur Stelle waren,
 - dass sie so hilfreiches Feedback gaben und
 - dass sie das Thema genauso spannend fanden (finden!) wie wir.
- Und abschließend (Recency-Effekt!): **Dr. Joachim Kosfelder** für all die folgenden *Kostbarkeiten*
 - viele wärmende Tees,
 - liebe, bestärkende und motivierende Worte,
 - seine Aufgeschlossenheit gegenüber Allem, was wir anders gemacht haben als andere,
 - viel, viel Zeit, die er eigentlich nicht hat und
 - seine tapfere Begleitung bis zum bitteren Ende.

Bochum, im Dezember 2005

Denise Ihme und Nadine Salzer

(Diese Danksagung wurde maschinell erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.)

ANMERKUNGEN

Kapitelaufteilung

Die vorliegende Diplomarbeit ist durch Kooperation von Denise Ihme und Nadine Salzer entstanden.

Die folgenden Kapitel wurden von **Denise Ihme** verfasst:

- 2.2.2 Traumabehandlung mit der KIP
- 2.2.3 Imaginative Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst
- 2.4.1 Einzelfallforschung
- 2.4.2 Erfolgsmessung in der Psychotherapie
- 2.4.4.1.2 Wirkfaktor Problemaktualisierung
- 2.4.4.1.4 Wirkfaktor therapeutische Klärung
- 2.4.4.2 Regeln einer Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe
- 2.4.4.3 Textanalytische Prozessforschung
- 2.4.4.3.1 Emotionsworte
- 4.4 Unabhängige Variablen
- 4.5 Untersuchungsdesign
- 4.6 Aufbereitung des Materials
- 4.7 Erfassung prozessbezogener Daten
- 5.4 Hypothese 1a und 1b
- 5.8 Hypothese 5
- 5.11 Hypothese 8
- 5.12 Hypothese 9

Die folgenden Kapitel wurden von **Nadine Salzer** verfasst:

- 2.1 Prüfungsangst
- 2.2.1 Theorie der Kathym Imaginativen Psychotherapie
- 2.3 Aktuelle KIP-Forschungsbefundlage
- 2.4.3 Prozessforschung
- 2.4.4.1 Wirkprinzipien in der Psychotherapie
- 2.4.4.1.1 Wirkfaktor Ressourcenaktivierung
- 2.4.4.1.3 Wirkfaktor Problembewältigung
- 2.4.4.3.2 Primär- und Sekundärprozess
- 4.1 Stichprobe
- 4.2 Art der Untersuchung
- 4.3 Abhängige Variablen
- 5.1 Deskriptive Ergebnisse der Cubus-Analyse
- 5.2 Deskriptive Ergebnisse der textanalytischen Maße

- 5.3 Deskriptive Ergebnisse der Skala KIP-Repräsentativität
- 5.5 Hypothese 2
- 5.6 Hypothese 3
- 5.7 Hypothese 4
- 5.9 Hypothese 6

Die folgenden Kapitel wurden **gemeinsam** verfasst:

- 1 Einleitung
- 3 Fragestellungen und Hypothesen
- 4.8 Statistische Auswertung
- 5.10 Hypothese 7
- 5.13 Hypothese 10 a
- 5.14 Hypothese 10 b
- 5.15 Hypothese 10 c
- 5.16 Hypothese 11 a
- 5.17 Hypothese 11 b
- 5.18 Interkorrelationen der Prozessmaße
- 6 Diskussion
- 7 Ausblick
- 8 Zusammenfassung

Sprachgebrauch

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Psychotherapie einer Patientin aus der Praxis eines niedergelassenen Therapeuten. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden daher durchgehend die geschlechtsspezifischen Begriffe „Therapeut“ und „Patientin“ verwendet.

Zudem möchten die Autorinnen darauf hinweisen, dass alle Personen in Beispielen oder Falldarstellungen anonymisiert wurden.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	2
2.1	Prüfungsangst	2
2.1.1	Begriffsbestimmung und Symptome	3
2.1.2	Diagnostische Einordnung	4
2.1.3	Ursachen von Prüfungsangst	4
2.1.4	Konzepte der Prüfungsangst	5
2.1.4.1	Selbstwirksamkeit und Prüfungsangst	5
2.1.4.2	Prüfungsangst als selbstwertdienliche Strategie	6
2.1.4.3	Über den Zusammenhang von Prüfungsangst und Leistung	7
2.1.4.3.1	Das Interferenzmodell	7
2.1.4.3.2	Das Defizitmodell	8
2.1.4.3.3	Das Zwei-Typen-Modell	8
2.1.4.4	Interventionen und Behandlungsansätze im Zusammenhang mit Prüfungsangst	9
2.2	Imagination zur Behandlung von Prüfungsangst	10
2.2.1	Theorie der Katathym Imaginativen Psychotherapie	10
2.2.1.1	Methodik und Behandlungstechnik	12
2.2.2	Traumabehandlung mit der KIP	14
2.2.2.1	Psychosynthese-Therapie	17
2.2.2.2	Theorie der Psychosynthese	18
2.2.2.3	Methoden der Psychosynthese	19
2.2.2.3.1	Arbeit mit den Teilpersönlichkeiten	19
2.2.2.3.2	Disidentifikation bzw. Beobachterübung	19
2.2.3	Imaginative Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst	20
2.2.3.1	Stärkung der Ich-Funktionen	21
2.2.3.2	Der Nutzen von Imaginationen	21
2.2.3.3	Das konkrete Vorgehen: Motive und Theorie	22
2.3	Aktuelle KIP-Forschungsbefundlage	26
2.4	Psychotherapieforschung	27
2.4.1	Einzelfallforschung	28
2.4.2	Erfolgsmessung in der Psychotherapie	29
2.4.3	Prozessforschung	30
2.4.3.1	Verschiedene Ebenen der Prozessanalyse	31
2.4.3.2	Kombinationsmöglichkeiten verschiedener Forschungsstrategien	32
2.4.4	Wege der Prozessforschung	33
2.4.4.1	Wirkprinzipien in der Psychotherapie	33
2.4.4.1.1	Wirkfaktor Ressourcenaktivierung	34
2.4.4.1.2	Wirkfaktor Problemaktualisierung	36
2.4.4.1.3	Wirkfaktor Problembewältigung	37
2.4.4.1.4	Wirkfaktor therapeutische Klärung	38
2.4.4.2	Regeln einer Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe	39
2.4.4.3	Textanalytische Prozessforschung	42
2.4.4.3.1	Emotionsworte	44
2.4.4.3.2	Primär- und Sekundärprozess	45

3	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	49
3.1	Fragestellungen	49
3.2	Hypothesen	51
3.2.1	Outcome-Hypothesen	51
3.2.2	Überlegungen zum Prozessgeschehen	51
3.2.2.1	Prozess-Hypothesen	52
4	METHODE	55
4.1	Stichprobe	56
4.1.1	Patientin	56
4.1.2	Therapeut	56
4.1.3	Setting	56
4.2	Art der Untersuchung	56
4.3	Abhängige Variablen	57
4.3.1	Messinstrumente	57
4.3.1.1	Diagnostik und Outcome-Variablen	57
4.3.1.2	SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I: Psychische Störungen	57
4.3.1.2.1	BSI – Brief Symptom Inventory	58
4.3.1.2.2	HOLO-Angstskala	59
4.3.1.2.3	K-INK – Kurzversion des Inkongruenzfragebogens	60
4.3.1.2.4	TAI-G – Test Anxiety Inventory - German Version	61
4.3.1.3	Prozess-Variablen	62
4.3.1.3.1	Cubus-Analyse	62
4.3.1.3.2	Zusatzskala KIP-Repräsentativität	63
4.3.1.3.3	ADU – Affektives Diktionär Ulm	64
4.3.1.3.4	RID – Regressive Imagery Dictionary	66
4.4	Unabhängige Variablen	67
4.5	Untersuchungsdesign	68
4.6	Aufbereitung des Materials	69
4.6.1	Therapiesitzungen	69
4.6.2	Überarbeitung der Therapiesitzungen für die Cubus-Analyse	69
4.6.3	Überarbeitung der Therapiesitzungen für das RID und ADU	69
4.7	Erfassung der prozessbezogenen Daten	70
4.7.1	Erhebung der textanalytischen Daten	71
4.7.2	Datenbeurteilung mit der Cubus-Analyse	71
4.7.3	Materialbeurteilung mit der Skala KIP-Repräsentativität	76
4.8	Statistische Auswertung	77
4.8.1	Deskriptive Statistik	77
4.8.1.1	Deskriptive Maße der textanalytischen Prozess-Variablen	77
4.8.1.2	Deskriptive Maße der Cubus-Analyse	77
4.8.1.3	Deskriptive Maße der Skala KIP-Repräsentativität	78
4.8.1.4	Maße der Outcome-Variablen	78

4.8.1.5	Darstellung der deskriptiven Daten	79
4.8.2	Inferenzstatistik	79
5	ERGEBNISSE	81
5.1	Deskriptive Ergebnisse der Cubus-Analyse	81
5.2	Deskriptive Ergebnisse der textanalytischen Maße	82
5.3	Deskriptive Ergebnisse der Skala KIP-Repräsentativität	82
5.4	Hypothese 1a und 1b	84
5.4.1	Ergebnisse der HOLO-Angstskala	86
5.4.2	Ergebnisse der Kurzversion des Inkongruenzfragebogens	86
5.4.3	Ergebnisse des Test Angst Inventars	87
5.5	Hypothese 2	89
5.6	Hypothese 3	91
5.7	Hypothese 4	92
5.8	Hypothese 5	93
5.9	Hypothese 6	94
5.10	Hypothese 7	94
5.11	Hypothese 8	95
5.12	Hypothese 9	96
5.13	Hypothese 10 a	97
5.14	Hypothese 10 b	98
5.15	Hypothese 10 c	99
5.16	Hypothese 11 a	100
5.17	Hypothese 11 b	101
5.18	Interkorrelationen der Prozessmaße	102
6	DISKUSSION	103
6.1	Methodenkritische Stellungnahme	103
6.2	Wirksamkeit der Imaginativen Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst	105
6.3	Prozesse in der Imaginativen Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst	107
6.3.1	Wirkfaktoren in der IRP	108

6.3.2	Emotionen in der IRP	112
6.3.3	Primär- und Sekundärprozess in der IRP	113
6.4	Vergleich der Prozesse innerhalb der Imaginationen und der verbalen Phasen	114
6.5	Einfluss der Imaginationsmotive auf die Therapieprozesse	117
6.6	Fazit	119
7	AUSBLICK	120
8	ZUSAMMENFASSUNG	121
9	LITERATUR	124
10	ONLINEQUELLENVERZEICHNIS	138

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Wirkdimensionen der Katathym Imaginativen Psychotherapie. _____	11
Abbildung 2: Beispiele für einen geschützten Ort. _____	23
Abbildung 3: Innere Helfer und Teilpersönlichkeiten der Patientin. _____	24
Abbildung 4: Fremde Insel und Expedition in ein fremdes Land. _____	24
Abbildung 5: Der Stein des Vertrauens und Medea, die weise Gestalt. _____	25
Abbildung 6: Die Huddelfrau (innere Helferin) mit der Patientin als Beobachterin und die Prüfungssituation in der Beobachterübung. _____	25
Abbildung 7: Alle Helfer bzw. Teilpersönlichkeiten werden am geschützten Ort versammelt und gefragt, ob sie der Patientin beistehen werden. _____	26
Abbildung 8: Verschiedene Ebenen der Analyse (nach Schindler, 1996). _____	32
Abbildung 9: Ideale Konstellation der Wirkfaktoren über die verschiedenen Abschnitte einer gesamten Therapie hinweg. _____	42
Abbildung 10: Visionäre Vorstellung von Klaus Grawe wie psychische Vorgänge in Zukunft gemessen werden könnten (modifiziert nach Grawe, 2004b). _____	42
Abbildung 11: Datenreduktion in der computerunterstützten Vokabularanalyse (modifiziert nach Hölzer, 1996, S. 7). _____	44
Abbildung 12: Das Kategoriensystem des ADU nach Hölzer (1996). _____	65
Abbildung 13: Beispiel für die Neuaufteilung der dreiminütigen Episoden zur eindeutigen Phasenzuordnung. _____	70
Abbildung 14: Ausprägung der vier Wirkfaktoren über die gesamte Therapie hinweg, getrennt nach Phasen. _____	81
Abbildung 15: Vergleich der Ausprägungen der einzelnen Items der Skala KIP-Repräsentivität für die Imaginationsphasen der Methoden KIP und Psychosynthese. _____	83
Abbildung 16: BSI-Skalenwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten im Vergleich zur Norm der Studierenden (n=589). _____	85
Abbildung 17: K-INK-Profil der Patientin zu den drei Messzeitpunkten. _____	87
Abbildung 18: Gesamtsummenwert des TAI-G über alle Skalen für drei Zeitpunkte und im Vergleich zur Studentinnen-Norm (n=387). _____	88
Abbildung 19: Ausprägungen der vier Skalen des TAI-G zu den drei Messzeitpunkten im Vergleich zur Studentinnen-Norm (n=387). _____	89
Abbildung 20: Positive Emotionsworte (in %) für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über 6 Sitzungen gemittelt – jeweils für Therapeut und Patientin. _____	90

Abbildung 21: Der Anteil negativer Emotionsworte (in %) für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über 6 Sitzungen gemittelt – jeweils für Therapeut und Patientin. _____	91
Abbildung 22: Der Skalenmittelwert von Ressourcenaktivierung für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt. _____	93
Abbildung 23: Die Skalenmittlerwerte des Wirkfaktors Klärung für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt. _____	93
Abbildung 24: Skalenmittelwerte für den Wirkfaktor Bewältigung für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt. _____	94
Abbildung 25: Skalenmittelwerte für Bewältigung (Bew) und Problemaktualisierung (Pro) in den Imaginationsphasen der Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden). _____	95
Abbildung 26: Skalenmittelwerte des Wirkfaktors Problemaktualisierung für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt. _____	96
Abbildung 27: Mittleres Ausmaß an Sekundärprozess für die Phasen Vorgespräch (n=17 Episoden), Imagination (n=17 Episoden) und Nachgespräch (n=10 Episoden) der KIP-Sitzungen. _____	98
Abbildung 28: Mittleres Ausmaß an Sekundärprozess für die Phasen Vorgespräch (n=13 Episoden), Imagination (n=18 Episoden) und Nachgespräch (n=14 Episoden) der Psychosynthese-Sitzungen. _____	99
Abbildung 29: Mittleres Ausmaß an Sekundärprozess für die Imaginationsphasen der Psychosynthese-Sitzungen (n=18 Episoden) und der KIP-Sitzungen (n=17 Episoden). _____	100
Abbildung 30: Mittleres Ausmaß an Primärprozess für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt. _____	101
Abbildung 31: Mittleres Ausmaß an Primärprozess für die Imaginationsphasen der Psychosynthese-Sitzungen (n=18 Episoden) und der KIP-Sitzungen (n=17 Episoden). _____	102

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Phasen der Traumabehandlung mit der KIP und die damit verfolgten Ziele nach Steiner & Krippner (2005). _____	16
Tabelle 2: Zuordnung der IRP-Motive zu den Methoden KIP und Psychosynthese. _	26
Tabelle 3: Wesentliche Aufgaben und Merkmale von Primär- und Sekundärprozess (in Anlehnung an Stigler, 2005)._____	47
Tabelle 4: Zuordnung der Hypothesen zu den übergeordneten Fragestellungen. ___	54
Tabelle 5: Skalen des K-INK unterteilt in Annäherungs- und Vermeidungsziele und ihre Itemzuordnung. _____	61
Tabelle 6: Indikatorvariablen 'Primär-' und 'Sekundärprozess', die dazugehörigen übergeordneten Kategorien (Beispiele für Einzelkategorien in Klammern) und Beispielworte. _____	67
Tabelle 7: Zuordnung der Hypothesen zu statistischen Auswertungsverfahren. ___	80
Tabelle 8: Beschreibung der gesprochenen Worte von Therapeut und Patientin für die gesamte Therapie. _____	82
Tabelle 9: Globale Kennwerte des BSI zu den drei Zeitpunkten; angegeben in T-Werten. _____	85
Tabelle 10: Kennwerte des K-INK zu den drei Zeitpunkten im Vergleich zu Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD) der Normalpopulation (n=707). 86	
Tabelle 11: Skalenwerte des TAI-G der Patientin zu den drei Zeitpunkten sowie Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Normgruppe Studierender (n=387). _____	88
Tabelle 12: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil positiver Emotionsworte mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase). _____	90
Tabelle 13: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil negativer Emotionsworte mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase). _____	90
Tabelle 14: Korrelationskoeffizienten (Kendall 's τ) der bivariaten Korrelation zwischen <i>Ressourcenaktivierung</i> und der Anzahl positiver Emotionsworte über alle Episoden hinweg (n=89). _____	91
Tabelle 15: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Ausprägung des Wirkfaktors <i>Ressourcenaktivierung</i> mit deutlichen Unterschieden zwischen den Phasen (n=6 pro Phase). _____	92

- Tabelle 16:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Ausprägung des Wirkfaktors *Klärung* mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase). _____ **93**
- Tabelle 17:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Ausprägung des Wirkfaktors *Bewältigung* mit geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase). _____ **94**
- Tabelle 18:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für *Bewältigung* und *Problem-aktualisierung* mit deutlichen Unterschieden in den Imaginationsphasen der beiden Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden). _____ **95**
- Tabelle 19:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen für die Ausprägung des Wirkfaktors *Problemaktualisierung* mit geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase). _____ **96**
- Tabelle 20:** Korrelationskoeffizienten (Kendall's τ) der bivariaten Korrelation zwischen *Problemaktualisierung* und der Anzahl negativer Emotionsworte über alle Episoden (n=89) hinweg. _____ **97**
- Tabelle 21:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil sekundärprozesshafter Worte mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen Vorgespräch (n=17 Episoden), Imagination (n=17 Episoden) und Nachgespräch (n=10 Episoden) der KIP-Sitzungen. _____ **97**
- Tabelle 22:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil sekundärprozesshafter Worte mit unmerklichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen Vorgespräch (n=13 Episoden), Imagination (n=18 Episoden) und Nachgespräch (n=14 Episoden) der Psychosynthese-Sitzungen. _____ **98**
- Tabelle 23:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für sekundärprozesshafte Worte mit deutlichen Unterschieden in den Imaginationsphasen der beiden Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden). _____ **99**
- Tabelle 24:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil primärprozesshafter Worte mit Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase). _____ **100**
- Tabelle 25:** Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für primärprozesshafte Worte mit deutlichen Unterschieden in den Imaginationsphasen der beiden Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden). _____ **101**
- Tabelle 26:** Bivariate Korrelationen (Kendall's τ) zwischen *Ressourcenaktivierung* und den anderen drei Wirkfaktoren. _____ **102**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Allgemeine Abkürzungen:

bzgl. = bezüglich

bzw. = beziehungsweise

ca. = circa

Hrsg. = Herausgeber

Min. = Minuten

u.a. = unter anderem

usw. = und so weiter

vgl. = vergleiche

z.B. = zum Beispiel

Spezifische Abkürzungen:

ADU = Affektives Diktionär Ulm

BSI = Brief Symptom Inventory

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

GSI = Global Severity Index

ICD-10 = Internationale Klassifikation Psychischer Störungen

IRP = Imaginative Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst

K-INK = Kurzversion des Inkongruenzfragebogens

KIP = Katathym Imaginative Psychotherapie

K-KINK-A = Inkongruenzniveau der Annäherungsziele

K-KINK-B = Inkongruenzniveau der Vermeidungsziele

K-KINK-V = Inkongruenzniveau aus dem Verhältnis der Annäherungs- und Vermeidungsziele

PSDI = Positive Symptom Distress Index

PST = Positive Symptom Total

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

RID = Regressive Imagery Dictionary

TAI-G = Test Anxiety Inventory – German Version

1 Einleitung

Das Phänomen Prüfungsangst ist im Alltag sehr häufig anzutreffen und geht darüber hinaus auch mit einem als klinisch relevant zu bezeichnenden Leidensdruck einher. Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM IV; Saß, Wittchen & Zaudig, 1998) ist Prüfungsangst jedoch nicht als psychische Störung aufgelistet, so dass sich auch noch keine speziell darauf ausgerichtete, wissenschaftlich fundierte Behandlungsmethode für Erwachsene im Einzelsetting finden lässt (Resultat einer ausführlichen Internetrecherche in fachspezifischen Datenbanken unter den Stichworten: Pruefung, Pruefungsangst, Pruefungsangstlichkeit und Testangst im September 2005). Um dennoch dem akuten Behandlungsbedarf in der Praxis gerecht zu werden, haben Krippner und Ihme-Krippner (2005) ein aus der Methode der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) abgeleitetes Konzept zur Behandlung von Prüfungsangst entwickelt. Der Fokus der *Imaginativen Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst* (IRP) liegt darauf, dass die Patientin eine Prüfung angstfrei und Ich-gestärkt erleben kann.

Ein solcher Ansatz sollte jedoch nicht nur der subjektiven Wahrnehmung zweier Therapeuten überlassen bleiben, sondern wissenschaftlich überprüft, validiert und evaluiert werden. In der Psychotherapieforschung gelten die ubiquitären Wirkfaktoren *Klärung, Bewältigung, Ressourcenaktivierung* und *Problemaktualisierung* von Grawe (1994), die Qualität der *Emotionen* sowie die Konzepte von *Primär-* und *Sekundärprozess* als therapierelevante Konstrukte des Prozessgeschehens.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es daher, im einzelfallanalytischen Design die Wirksamkeit der IRP anhand verschiedener Outcome-Variablen zu untersuchen und darüber hinaus ihre Wirkweise mit Hilfe der oben genannten Prozessmaße zu ergründen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Prüfungsangst

Unsere heutige Gesellschaft ist vorwiegend geprägt durch ein Leistungsdenken, das sowohl im beruflichen als auch im sozialen Kontext das Leben mitbestimmt. In der so genannten Leistungsgesellschaft entscheiden vorrangig Prüfungen über einen beruflichen Einstieg, Aufstieg oder ein berufliches Weiterkommen – kurz, über beruflichen Erfolg (Weiß, 1997). Leistungen bestimmen darüber, ob das Klassenziel erreicht und somit die Versetzung gesichert ist, sie sind verantwortlich für einen erfolgreichen Ausbildungs- und Studienabschluss und beeinflussen zudem Anerkennungen und Ehrungen im sportlichen Bereich. Leistungsaspekte werden vornehmlich durch Prüfungen erfasst, die durch ihren vielfältigen Einsatz und ihre Häufigkeit einen gravierenden Einfluss auf das Leben und Befinden von Menschen haben können. So trifft man außerhalb des schulischen und beruflichen Ausbildungskontextes auf eine Fülle weiterer Bereiche, in denen Prüfungen absolviert werden müssen, um bestimmte Befugnisse, wie beispielsweise die Fahrerlaubnis, zu erlangen. Ein Leben ohne irgendeine Art von Prüfung ist heute kaum noch vorstellbar. Ihr Ausgang kann das individuelle Leben tief greifend prägen und daher ist es nicht verwunderlich, dass Prüfungssituationen bei vielen Menschen ängstliche Reaktionen hervorrufen (Capa & Loadman, 2002).

Erste Studien, die sich mit dem Konzept der Angst vor Prüfungen befassen, erschienen bereits im Jahre 1914 (Stöber & Pekrun, 2004). Im Rahmen der Untersuchung von Angst, Stress und Copingstrategien nimmt die Erforschung des Konstruktes 'Prüfungsangst' noch immer weiter zu. Laut Pekrun, Götz, Titz und Perry (2002) spielt Prüfungsängstlichkeit nicht nur eine wichtige Rolle bei schulischen Leistungen, sie prägt auch die schulische Motivation und das Selbstkonzept und hat darüber hinaus großen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung und die Gesundheit eines Menschen.

Vor diesem Hintergrund scheint es deutlich, welche verheerenden Ausmaße eine Angst vor Prüfungen annehmen kann und welche Lebenseinschränkungen damit unter Umständen auf den Betroffenen zukommen.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird daher, angestoßen durch die bereits erwähnten Überlegungen, ein tiefenpsychologisches Behandlungskonzept für Prüfungsangst vorgestellt und evaluiert.

Doch zunächst sollen die wesentlichen Symptome und Konzepte der Angst vor Prüfungen näher erläutert und bereits bestehende Behandlungsansätze angeführt werden.

2.1.1 Begriffsbestimmung und Symptome

Nach Sarason (1980) ist Prüfungsangst eine spezielle Form von generalisierter Angst. Wenn betroffene Personen einer Prüfung gegenüberstehen, weisen sie ein typisches Muster von kognitiven und emotionalen Reaktionen und Verhaltensweisen auf. Sie begegnen ihr mit extremer Besorgtheit, quälen sich mit selbstabwertenden Gedanken und zeigen eine ausgeprägte affektive und physiologische Erregung (Spielberger & Vagg, 1987; Zeidner, 1991). Letztendlich sind es diese Aspekte, die die Verantwortung für ein schlechtes Abschneiden oder Scheitern in der Prüfung tragen (Ferraro & Washington, 2005).

Küpfer (1997) fasst die Aussagen verschiedener Ängstlichkeitsforscher zusammen und nennt im Wesentlichen drei Punkte zur Charakterisierung dieser Angst. Zunächst stellt er heraus, dass Prüfungsängstlichkeit eine bereichsspezifische Disposition ist – sowohl zeitlich stabil, als auch über verschiedene Prüfungssituationen hinweg konsistent. Sie bildet somit eine Persönlichkeitseigenschaft, die von der Prüfungsangst, als vorübergehenden Zustand, unterschieden werden muss.

Außerdem lassen sich eine emotionale und eine kognitive Angstkomponente diskriminieren (Zwei-Komponenten-Modell).

Die *kognitive Komponente* zeichnet sich durch intensive Besorgtheit und Unsicherheit aus. Ebenso werden Misserfolge und deren negative Konsequenzen antizipiert. Gefühle von Bedrücktheit, Bedrohung und Ohnmacht stellen sich ein. Sorgen über den Prüfungsausgang und die anschließenden Folgen (persönliches Versagen; Entzug von sozialer Anerkennung, Achtung und Zuwendung durch Familie und Freunde) bestimmen das Denken (Weiß, 1997).

Die *emotionale Komponente*, die Aufgeregtheit, wird im Wesentlichen beeinflusst durch das Empfinden muskulärer Anspannung und die Wahrnehmung autonomer Erregung. Durch Spannungssteigerung der Bewegungsmuskulatur kommt es zu Verkrampfungen der Körperhaltung, zum Zittern der Hände und im Extremfall des ganzen Körpers. Stottern, Zittern der Stimme, undeutliche Artikulation und eine hohe, piepsige Stimmlage deuten auf eine zusätzliche Anspannung der Stimmuskulatur hin. Ferner gelten Unruhe und Bewegungsdrang als Spannungssymptome. Darüber hinaus bewirkt das Angstgefühl eine Veränderung der Organfunktionen, um dem Organismus Energien und Aktivitätsreserven zur Verfügung zu stellen. Dies macht ihn kampfbzw. fluchtbereit und rüstet ihn, sich Gefahren zu stellen und sie zu bestehen. Die Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems führt zum Anstieg des Blutdrucks und zur Zunahme der Herzschlagfrequenz. Veränderungen im Atmungssystem lassen die Atmung schneller und flacher werden. Weiterhin nimmt die Tätigkeit der Schweißdrüsen zu und die Funktionen des Verdauungstraktes werden gehemmt, was

zum Beispiel zum Stocken der Verdauung führt. Appetitlosigkeit stellt sich ein und eine Verminderung des Speichelflusses lässt den Mund trocken werden. Schließlich findet sich ein Wandel der Hirnaktivität, der für einen Zustand erhöhter Erregung, Anspannung und Aufmerksamkeit kennzeichnend ist (Weiß, 1997).

Als drittes Charakteristikum nennt Küpfer (1997) die Bedrohung des Selbstwertes, die durch bestimmte Leistungsanforderungen ausgelöst wird und somit Prüfungsangst fördert. Die Einschätzung der Selbstwertbedrohung ist prospektiv und besteht in der Befürchtung einer psychischen Schädigung. Die Prüfung wird als beunruhigend erlebt, da bestimmte Ereignisse erwartet werden, die den Selbstwert mindern und schädigen.

Eine zusammenfassende Definition von Prüfungsangst könnte nach obigen Überlegungen wie folgt lauten: Prüfungsangst ist die stabile, überdauernde Besorgtheit und Aufgeregtheit, die sich in Anbetracht von Leistungsanforderungen einstellt und durch die der Selbstwert bedroht wird (Schwarzer, 2000).

2.1.2 Diagnostische Einordnung

Prüfungsangst hat viele Gesichter. Ihre mannigfaltigen Symptome und der hohe Leidensdruck, der mit ihr einhergeht, machen sie zu einem klinisch höchst relevanten Phänomen. Je nach Art der Angst kann sie entweder als spezifische Phobie (Dilling, Mombour & Schmidt, 2004) oder als soziale Phobie (Gumpert, 2005) diagnostiziert werden. Erstere ist gekennzeichnet durch eine klinisch bedeutsame Angst, „die durch die Konfrontation mit einem bestimmten gefürchteten Objekt oder einer bestimmten Situation ausgelöst wird“ (Saß et al., 1998, S. 453). Letztere hingegen bezeichnet eine gravierende Angst, „die durch Konfrontation mit bestimmten Arten sozialer oder Leistungssituationen ausgelöst wird“ (Saß et al., 1998, S. 453). Beiden Angststörungen gemein ist die häufig anzutreffende Vermeidung angstauslösender Situationen.

Die Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10; Dilling et al., 2004) zählt Prüfungsangst zu den spezifischen (isolierten) Phobien. Das DSM-IV (Saß et al., 1998) führt sie indessen nicht explizit auf. Für eine diagnostische Einordnung ist daher eine individuelle Angstanamnese unumgänglich.

2.1.3 Ursachen von Prüfungsangst

Die wichtigsten Ursachen von Prüfungsangst werden von Weiß (1997), gestützt auf verschiedene Untersuchungsergebnisse, wie folgt zusammengefasst: Er betont die negative und ablehnende Haltung von prüfungsängstlichen Personen gegenüber einer Prüfung, die nicht nur eine Steigerung der Angst zur Folge hat, sondern sich auch hemmend auf die Motivation auswirkt. Die Person befindet sich in einem Teufelskreis – physiologische Angstsymptome werden wahrgenommen, beunruhigen und verstärken die bereits bestehende Angst. Daraufhin kommt es zu einer Intensivierung der

körperlichen Begleiterscheinungen, die im Anschluss daran erneut die Angst steigern. Hochängstliche Personen verfügen darüber hinaus über geringe Kontrollüberzeugungen, die Ergebnisse der Prüfung durch ihr Verhalten beeinflussen zu können. Sie messen Misserfolgen eine überaus große Bedeutung bei und neigen dazu, deren Ausmaße und Konsequenzen zu katastrophisieren. Ebenso sehen sie die Ursache in sich selbst und führen Misserfolge auf ihre mangelnde Begabung zurück. Oft weisen Prüfungsängstliche einen überaus hohen Perfektionismus auf, stecken sich unerreichbare Ziele und sind dabei unnachgiebig und gnadenlos gegen sich selbst. Sie besitzen häufig ein geringes Selbstwertgefühl und tendieren dazu, sich selbst abzuwerten. Misserfolge bekräftigen diese verzerrte Selbstwahrnehmung, Erfolge bleiben hingegen ohne Wirkung, da sie äußeren Ursachen zugeschrieben werden. Ein unrealistisch hohes Anspruchsniveau führt zu einer Minderung der Erfolgsaussichten und steigert dabei gleichzeitig die negative Bewertung des Misserfolgs, da die Diskrepanz zwischen erwünschtem, erwartetem und dem tatsächlich erreichten Ergebnis in dessen Bemessung mit einfließt. Nicht selten stehen Prüflinge unter einem erheblichen Druck, Erwartungen von Eltern, Freunden und Bekannten zu erfüllen – eine Last, die sich gleichermaßen nachteilig auf ihre Angst auswirkt. Weitere Gründe für Prüfungsangst liegen in ineffektiver Vorbereitung, hoher Aufgabenschwierigkeit, fehlenden Kenntnissen, Fähigkeiten und Stressbewältigungskompetenzen (Fliegel, 1998).

2.1.4 Konzepte der Prüfungsangst

Nachfolgend werden nun einige weitere Überlegungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Prüfungsangst vorgestellt und ihr Zusammenhang mit Leistungsaspekten erörtert.

2.1.4.1 Selbstwirksamkeit und Prüfungsangst

Selbstwirksamkeit ('self-efficacy') bezeichnet die Überzeugung über die Fähigkeit zu verfügen, ein bestimmtes Verhalten ausführen zu können, das notwendig ist, um ein spezifisches Ziel zu erreichen (Bandura, 1986; Stroebe, Jonas & Hewstone, 2003). Sie ist demzufolge nicht abhängig von den tatsächlichen Fertigkeiten einer Person, sondern einzig von der Wahrnehmung und Beurteilung, die Befähigung zu besitzen, sich wie gewünscht verhalten zu können. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst das Verhalten und Befinden einer Person in stressigen Situationen (Bandura, 1986). Die Tatsache, dass die Selbstwirksamkeitsüberzeugung von Prüfungsängstlichen üblicherweise gering ist und sie Prüfungen als unkontrollierbar erleben, lässt den engen Zusammenhang zwischen dem Konzept der Selbstwirksamkeit und der Angst vor Prüfungen erkennen (Capa & Loadman, 2002). Ebenso kann festgehalten werden, dass Hochängstliche sehr schnell aufgeben, wenn sich ihnen Hindernisse in den Weg stellen

und ihnen Schwierigkeiten begegnen, die sie nach anfänglichen Versuchen nicht überwinden und bewältigen können. Kapitulation ist allerdings gleichbedeutend mit erneutem Versagen, was wiederum eine Minderung der Selbstwirksamkeitserwartung zur Folge hat (Sapp, 1999). Entgegen vielen Untersuchungsergebnissen, die scheinbar darauf hinweisen, dass geringe Selbstwirksamkeitserwartung eine Komponente von Prüfungsängstlichkeit ist (vgl. Ferraro & Washington, 2005), diskutieren Hodapp und Benson (1997) diese als einen Vorboten bzw. Vorläufer von Prüfungsangst, der in enger Beziehung zum Faktor 'mangelnde Zuversicht' steht (Keith, Hodapp, Schermelleh-Engel & Moosbrugger, 2003). Ihren Analysen zufolge ist Selbstwirksamkeit kein Aspekt dieser Angst und muss demnach als unabhängiges Konstrukt betrachtet werden. *Besorgtheit*, *Aufgeregtheit* und *mangelnde Zuversicht* werden von ihnen hingegen als der Prüfungsängstlichkeit zugehörig gedeutet. Ungeachtet der kontroversen Diskussionen darüber, ob *Interferenz* auch ein Aspekt der Angst vor Prüfungen sei (Keith et al., 2003), bilden die vier letztgenannten Merkmale (kursiv) die Dimensionen des Test Anxiety Inventory – German Version (TAI-G) – einem Instrument zur Erfassung von Prüfungsangst (Hodapp, 1996), das auch in dieser Studie Anwendung fand.

2.1.4.2 Prüfungsangst als selbstwertdienliche Strategie

Ein äußerst interessantes Konzept, das im Zusammenhang mit Prüfungsangst erörtert wird, ist das der Selbstbehinderung ('self-handicapping'). Nach Stroebe und Mitarbeitern (2003) ist Selbstbehinderung eine sehr subtile Art der selbstwertdienlichen Verzerrung, bei der eine Person die Gründe ihres Scheiterns schon im Vorfeld manipuliert, bevor das eigentliche Versagen eintritt. Ihr Ziel ist es, so den Zusammenhang zwischen ihrer Leistung und deren Bewertung zu verschleiern. Personen die eine *selbstbehindernde Strategie* einsetzen und Handlungen unternehmen (z.B. Lernvermeidung), die sie an der Erreichung wichtiger Ziele hindern, versuchen schon vor der eigentlichen Prüfung, die Konsequenzen eines möglichen Misserfolges zu kontrollieren (Berglas & Jones, 1978). Ein Versagen muss dann nicht mehr mit der eigenen Unzulänglichkeit erklärt werden. Vielmehr wird es den Hindernissen zugeschrieben, die sich die Person selbst erschaffen hat. Eine Selbstbehinderung dient folglich dem Schutz des Selbstwertes, der Vorrang hat gegenüber der Erreichung anderer Ziele (Bossong, 1995). Die Kosten einer solchen Strategie sind allerdings erheblich und erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines realen Scheiterns. Einen weniger hohen Preis zahlen Personen, die vor der eigentlichen Prüfung von bereits bestehenden Barrieren berichten, beispielsweise von Kopfschmerzen oder Prüfungsangst. Leary und Shepperd (1986) nennen solche Taktiken *selbstberichtete Handicaps*. Auch diese Strategien sichern den Selbstwert schon vor der eigentlichen Leistungsphase. Er kann daher durch anschließenden

Misserfolg nicht mehr beeinträchtigt werden. Der Person wird es möglich, ihre Aufmerksamkeit voll und ganz auf die zu bewältigende Aufgabe zu fokussieren, da die Prüfung weniger bedrohlich erscheint. Schon im Vorfeld eine entsprechende Angst zu bekunden birgt also entscheidende Vorteile. Besteht doch Einigkeit darüber, dass Angst Leistungen erheblich beeinträchtigen kann und sie einer Person moralisch nicht anzulasten ist, da sie sich ihrer rationalen Kontrolle entzieht. Angst ist außerdem durch Worte, Mimik und Gestik leicht zu kommunizieren. Der Einsatz von Prüfungsangst als defensive Strategie wird durch verschiedene Studien gestützt. Aus den Ergebnissen lässt sich außerdem ableiten, dass durch zunehmend berichtete Angst die Bedrohung des Selbstwertes und damit auch die tatsächliche Angst verringert wird. Die Personen sind leistungsfähiger, da sie weniger durch ängstliche, negative Selbstkognitionen abgelenkt werden (siehe unter anderem Smith, Snyder & Handelsman, 1982; Bossong, 1989a; Bossong, 1989b).

Eine Studie von Bossong (1995) belegt allerdings, dass sich Personen in ihrer überdauernden Bereitschaft, Angst als defensive Strategie einzusetzen unterscheiden. Diese Bereitwilligkeit ist bei einzelnen Personen verschieden ausgeprägt und relativ stabil.

2.1.4.3 Über den Zusammenhang von Prüfungsangst und Leistung

2.1.4.3.1 Das Interferenzmodell

Das Interferenzmodell geht grundlegend davon aus, dass prüfungsängstliche Personen den prüfungsrelevanten Lernstoff genauso gut beherrschen wie Personen ohne Angst. Entscheidend für eine Leistungsminderung bzw. ein Versagen ist bei Hochhängstlichen demnach nicht das Fehlen von Wissen. Vielmehr werden sie bei der Aufgabenbearbeitung durch irrelevante, sorgenvolle Kognitionen und angstbezogene Selbstzweifel abgelenkt und gestört (Küpfer, 1997; Ferraro & Washington, 2005). Selbstabwertende Gedanken ('ich bin ohnehin dumm', 'das werde ich bestimmt niemals schaffen') hemmen die Konzentration auf die bestehende Aufgabe.

Diese Überlegungen entsprechen der Aufmerksamkeitshypothese von Wine (1982), die davon ausgeht, dass prüfungsängstliche Personen ihre Aufmerksamkeit in leistungsbewertenden Situationen von den anstehenden Aufgaben abziehen und zu sehr auf sich selbst fokussieren. Die Aufmerksamkeit wird folglich aufgeteilt zwischen problemrelevanten Aspekten und aufgabenirrelevanten Kognitionen mit vornehmlich sorgenvollen und ängstlichen Inhalten. Infolgedessen stehen diesen Personen weniger Leistungskapazitäten zur Lösung des Problems zur Verfügung.

Die Annahmen des Interferenzmodells haben in zahlreichen Studien Bestätigung gefunden (für eine Übersicht siehe Küpfer, 1997).

2.1.4.3.2 Das Defizitmodell

Der Grundgedanke des Defizitmodells beinhaltet die Annahme, dass Personen mit Prüfungsangst gegenüber Personen ohne entsprechende Angst generell über weniger Studierfertigkeiten verfügen. Die Konsequenzen dieses Lerndefizits zeigen sich in einem schlechten Abschneiden bei der Prüfung aufgrund der weniger sorgfältigen oder ineffektiven Vorbereitung. Ferner geht das Modell davon aus, dass das Wissen um diese Lernmängel Auslöser für Prüfungsangst ist.

Auch für dieses Konzept finden sich vielfältige Studienbelege (Küpfer, 1997).

2.1.4.3.3 Das Zwei-Typen-Modell

Werden die Aussagen der oben genannten Modelle zusammengefasst, finden sich einige Widersprüchlichkeiten. Betont doch das Interferenzmodell die Gleichheit zwischen Prüfungsängstlichen und Personen ohne Angst bezüglich des Wissens um die wichtigsten Fachinhalte. Demnach scheint es keinen Unterschied zu geben in der kognitiven Strukturierung und Organisation dieser Inhalte. Die Annahmen des Defizitmodells weisen allerdings genau in die entgegengesetzte Richtung. Prüfungsängstlichkeit geht hier mit unfruchtbaren Lernmethoden Hand in Hand. Personen mit effektiven Studiengewohnheiten sollten hingegen beruhigt und gelassen in die Prüfung gehen, da sie auf das in der Vorbereitung erworbene Wissen vertrauen können (Küpfer, 1997).

Untersuchungen der Forschergruppe um Naveh-Benjamin (1987) kommen in diesem Punkt zu unterschiedlichen Ergebnissen. Einerseits sprechen die Resultate dafür, dass es Hochängstlichen weniger gut gelingt, Lerninhalte in sinnvolle Beziehungen miteinander zu setzen und sie in größere hierarchische Sinneinheiten zu strukturieren (Bekräftigung des Defizitmodells), andererseits verfügt aber auch ein Teil der prüfungsängstlichen Personen über äußerst geeignete Studierfähigkeiten. Dieses Ergebnis würde folglich eher die Annahme des Interferenzmodells stützen, in der die Person durch aufgabenirrelevante Kognitionen abgelenkt wird und demnach ihr Wissen nicht mehr störungsfrei abrufen und es sinnvoll einsetzen kann.

Die vermeintlichen Unstimmigkeiten werden durch Naveh-Benjamin, McKeachie und Lin (1987) aufgelöst. Sie unterstreichen die Ähnlichkeit der Modelle in einem wesentlichen Punkt: Beide weisen darauf hin, dass Informationsverarbeitungsprozesse durch Prüfungsängstlichkeit nachteilig beeinträchtigt werden. Informationsverarbeitung wird dabei als Sammelbegriff für kognitive Enkodierungs- und Organisationsprozesse verstanden unter den weiter der Abruf von relevanten Informationen gefasst wird. Auf der Grundlage der Informationsverarbeitungsperspektive betont das Defizitmodell also hauptsächlich Enkodier- und Organisationsprobleme von Prüfungsängstlichen in der Phase der Vorbereitung auf die Prüfung, während das Interferenzmodell die Probleme

des Informationsabrufes dieser Personen während der Prüfung herausstellt (Küpfer, 1997). Demzufolge lassen sich zwei unterschiedliche Typen identifizieren: Jene, die über effiziente Lernstrategien verfügen und die wichtigsten Fachinhalte angemessen strukturieren und organisieren können, die allerdings Probleme haben, ihr Wissen in der Prüfung abzurufen, da ihre Aufmerksamkeit zu sehr auf irrelevante, hinderliche Kognitionen fokussiert ist und Personen mit unpassenden Lerntechniken, die dadurch keinerlei geeignete Studierfertigkeiten besitzen, um sich adäquat für die Prüfung rüsten zu können. Ihre Angst entsteht daher eher durch das Wissen um dieses Lerndefizit (Naveh-Benjamin et al., 1987).

Die Annahmen dieses Zwei-Typen-Modells konnten durch verschiedene empirische Untersuchungen gestützt werden (Naveh-Benjamin et al., 1987; Naveh-Benjamin, 1991; Küpfer, 1997).

2.1.4.4 Interventionen und Behandlungsansätze im Zusammenhang mit Prüfungsangst

Zum Thema Prüfungsangst finden sich zahlreiche Publikationen, in denen das Phänomen nicht nur erörtert wird. Vielmehr möchten diese Bücher durch praktische Tipps und Tricks helfen, Angst vor Prüfungen zu mindern (vgl. u.a. Barthel, 2001; Eschenröder, 2002; Knigge-Illner, 2002; Böss-Ostendorf & Senft, 2005; Metzsig & Schuster, 2005). Sie erteilen Ratschläge zur Gestaltung günstiger Arbeitsbedingungen, vermitteln effektive Lernstrategien und geben Anleitungen zu gutem Zeitmanagement. Weiterhin zeigen sie Wege auf, mit persönlichen Stärken und Schwächen konstruktiv umzugehen, die oftmals diffuse Prüfungszeit konkret und realistisch zu betrachten und dadurch bestehende Ängste abzubauen. In vielen Fällen lassen sich diese durch die genannten Techniken auf ein erträgliches Maß reduzieren. Entspannungsverfahren wie Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Yoga oder Atemübungen können dazu beitragen, die mit der Angst verbundene Unruhe, Nervosität und Anspannung zu bekämpfen (Fliegel, 1998).

Oft kann auch die soziale Unterstützung von Familie oder Freunden hilfreich zur Stress- und Angstminderung beitragen und so zu einer entspannteren Haltung gegenüber der Prüfung führen.

Bei hartnäckigen und resistenten Ängsten empfiehlt es sich hingegen, eine Beratungsstelle aufzusuchen oder therapeutischen Rat einzuholen (Weiß, 1997). Alle gängigen Therapieverfahren bieten auf ihre jeweils individuelle Art Hilfe im Umgang mit diesen Ängsten. Die einzelnen Ansätze sind allerdings nicht speziell auf Prüfungsangst zugeschnitten, sondern bedienen sich unterschiedlicher Interventionen, die sich im Zusammenhang mit der Behandlung anderer Angstformen bewährt haben. Ein spezifischer Therapieansatz für Prüfungsangst besteht demnach noch nicht (Resultat einer ausführlichen Internetrecherche in fachspezifischen Datenbanken unter

den Stichworten: Prüfung, Prüfungsangst, Prüfungsangstlichkeit und Testangst im September 2005).

Die oben angeführten Überlegungen lassen ein solches Konzept jedoch äußerst hilfreich und notwendig erscheinen. Ihme-Krippner und Krippner (2005) haben daher ein Verfahren zur Behandlung von Prüfungsangst entwickelt, das sich an die Methode der KIP anlehnt und zum Ziel hat, die Patientin die Prüfung Ich-gestärkt und angstfrei erleben zu lassen.

2.2 Imagination zur Behandlung von Prüfungsangst

Das Konzept zur Behandlung von Prüfungsangst – Imaginative Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst (IRP) – von Ihme-Krippner und Krippner (2005) folgt einem ressourcen- und lösungsorientierten, in die Zukunft gerichteten Vorgehen, das mit Imaginationen nach Art der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) arbeitet und dabei insbesondere den wichtigsten Regeln der Traumabehandlung mit der KIP und der Psychosynthese-Therapie folgt. Zum besseren Verständnis des Konzepts werden daher im Folgenden zunächst kurze Informationen zur grundlegenden Theorie der KIP, zur modifizierten Vorgehensweise der Traumabehandlung in der KIP und zu den Ansätzen der Psychosynthese gegeben, um dann im weiteren Verlauf der Arbeit die IRP darzustellen.

2.2.1 Theorie der Katathym Imaginativen Psychotherapie

Die KIP wurde in ihren Grundzügen in den 50er Jahren von Hans-Carl Leuner entwickelt und ist ein psychodynamisches, tiefenpsychologisch fundiertes Psychotherapieverfahren, das besonders katathyme Bilder (Tagträume) in den Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses stellt (Henning, 1999). Diese treten in entspanntem Zustand nach einer bestimmten Motivvorgabe spontan auf und liegen in der menschlichen Fähigkeit begründet, unbewusste, innerseelische Zustände in symbolisch-bildhafter Form unwillkürlich darzustellen (Bahrke, 1997). Mit Hilfe der katathymen Bilder lassen sich folglich unbewusste Motivationen, Phantasien, Konflikte, Abwehrmechanismen, Übertragungsbeziehungen und Widerstände veranschaulichen und deren Bearbeitung sowohl auf symbolischer Ebene als auch im Gespräch fördern (Kottje-Birnbacher, 2001). Der Name des Verfahrens kennzeichnet die Abhängigkeit imaginativer Vorgänge von Affekten und Emotionen (Wächter & Rüger, 1994). Das Wort 'katathym' kommt aus dem Griechischen, bedeutet 'gemäß der Seele, der Emotionalität' und bezeichnet Dinge, die einem im Sinn, in Gedanken oder auf dem Herzen liegen. Gegenwärtige emotionale Befindlichkeiten und zentrale Beziehungskonflikte werden in den imaginierten Traumbildern symbolhaft abgebildet und somit der Bearbeitung zugänglich gemacht (Kottje-Birnbacher, 2001).

Neben dem globalen Ziel, Einsicht in die eigene Persönlichkeit zu gewinnen, lassen sich verschiedene Wirkdimensionen der KIP identifizieren (Abbildung 1): Konfliktverdeutlichung und –bearbeitung auf der Symbolebene stellt die erste dieser Dimensionen dar. Durch die Imagination kann eine Brücke zwischen Symptom und Konflikt sowie Körper und Psyche geschlagen werden, um über symbolische Repräsentation Konfliktkerne bewusst zu machen und zu bearbeiten (Bahrke, 1999). Weiterhin besteht die Möglichkeit, innerhalb der Imagination affektive Lücken aufzufüllen. Durch die eingeleitete Entspannung und dem Sich-den-Bildern-Überlassen, entsteht im Beisein des Therapeuten ein geschützter Raum, in dem durch kontrollierte Regression verdrängte, verleugnete und abgewehrte Impulse auftauchen und in imaginierten Handlungsvollzügen befriedigt werden können (zweite Wirkdimension). Die spontane Entfaltung der eigenen Kreativität, die zu einer Ausweitung der Ich-Struktur führt, bildet schließlich die dritte Dimension (Kottje-Birnbacher, 2001). Für bestehende Probleme können neue, phantasiereiche Lösungsmöglichkeiten entdeckt und neue Erlebnismöglichkeiten ausprobiert werden (Leuner, 1994).

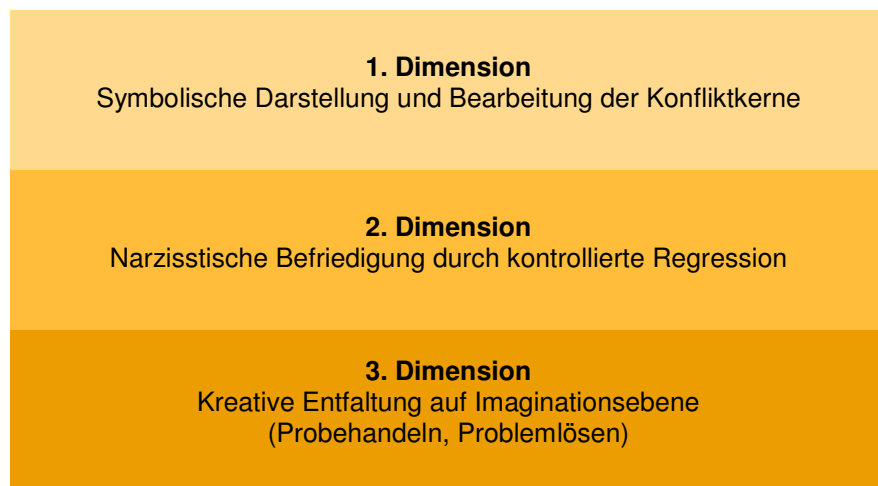


Abbildung 1: Wirkdimensionen der Katathym Imaginativen Psychotherapie.

Um die KIP von Verfahren abzugrenzen, die ebenfalls mit Imaginationen arbeiten, sollen nachfolgend ihre Besonderheiten hervorgehoben werden:

- Die in der KIP entstehenden Imaginationen sind nicht nur bloße Visualisierungen und somit keine willentlich erzeugten und gesteuerten Vorstellungen (Unterschied zur Hypnotherapie). Sie regen vielmehr affektgesteuerte, sich aus der Gestimmtheit der Patientin entwickelnde Handlungsvollzüge an, die mit allen Sinnesmodalitäten erspürt und erlebt werden.
- Die in den Bildern auftretenden Symbole werden als Darstellung innerer Objektbeziehungen verstanden und Möglichkeiten zum individuellen und kreativen Probehandeln und Problemlösen werden genutzt. Deren Planung ist

demnach, anders als bei der systematischen Desensibilisierung in der Verhaltenstherapie, weder realistisch noch systematisch, sondern folgt allein der inneren Gestimmtheit der Patientin und keiner vorher erarbeiteten Reizhierarchie. Der Therapeut sorgt hier innerhalb der sich spontan entwickelnden, symbolisch verschlüsselten Imagination für eine angemessene Reizdosierung und eine sich daraus ergebende Reizkonfrontation.

- Getreu dem dialogischen Prinzip steht der Therapeut in ständigem Kontakt mit der Patientin, unterstützt sie, regt sie an und greift, wenn die Patientin sich zu überfordern droht, auch schützend ein (Unterschied zur Oberstufe des Autogenen Trainings und der aktiven Imagination nach C.G. Jung; Kottje-Birnbacher, 2001).

2.2.1.1 Methodik und Behandlungstechnik

Die KIP entspricht im Setting der tiefenpsychologisch fundierten Therapie und umfasst daher eine sorgfältige tiefenpsychologische Anamnese, die Klärung der Indikation und der Behandlungsprognose, das Arbeitsbündnis zwischen Patientin und Therapeut, konfliktzentrierte Gespräche vor und nach der Imagination, Protokollführung und nachträgliche gestalterische Darstellung der Imagination (Malen) durch die Patientin (Wächter & Rüger, 1994; Leuner, 1993).

In der Therapie werden zwei wesentliche Kommunikationsebenen unterschieden: Die *Ebene der Imagination* mit einer Dominanz des emotionalen Erlebens, die einen geschützten Ereignis- und Erfahrungsraum bietet und die *Ebene des Gesprächs*, bei der die kognitive Verarbeitung der bildlichen Inhalte im Vordergrund steht. Therapeut und Patientin arbeiten hier erwachsen und kognitiv orientiert zusammen, um die in den Bildern auftretenden Affekte und Beziehungskonstellationen zu verstehen (Kottje-Birnbacher, 2001, 2002).

Die Therapiestunde beginnt immer mit einer Gesprächsphase, in der die momentane Situation und die aktuelle Befindlichkeit der Patientin erfasst wird, und endet auch immer mit einer solchen. Im Durchschnitt findet etwa in jeder dritten Stunde eine Imaginationssequenz von ca. 10-30 Minuten Dauer statt.

Therapeut und Patientin sitzen sich normalerweise gegenüber. Wenn es der Wunsch der Patientin ist, hat sie allerdings auch die Möglichkeit, während der Imaginationsphasen zu liegen. Um ihre Eignung für die KIP zu überprüfen und sie zwanglos an die unbekanntere imaginative Ebene heranzuführen (Wächter & Rüger, 1994), wird zu Beginn einer jeden Therapie eine kurze initiale Imagination durchgeführt. Dabei wird die Patientin gebeten, bei einer kleinen Übung mitzumachen – sich zu entspannen, eventuell die Augen zu schließen und sich eine Blume

vorzustellen, irgendeine Blume, die gerade vor ihrem inneren Auge erscheint. Der Therapeut bittet sie, diese zu beschreiben, und fragt weiter nach Konkretisierungen und Ausgestaltungen des Bildes. Die Eigenschaften der Blume werden als bestimmt durch die aktuelle Befindlichkeit und spezifische innere Affinitäten der Person angesehen. Patientinnen stellen oft verwundert fest, dass diese Blume etwas mit ihnen zu tun hat. Das Prinzip der Symbolisierung, von dem die KIP Gebrauch macht, wird ihnen, indem sie die Bildinhalte auf sich selbst und ihre gegenwärtige Situation beziehen, daher schnell deutlich (Kottje-Birnbacher, 2001).

Jede Imagination wird mit einer Entspannungsphase eingeleitet. Anschließend bittet der Therapeut die Patientin sich ein von ihm angebotenes Motiv (z.B. eine Wiese) vorzustellen und dieses, sobald sie etwas sieht, zu beschreiben. Diese Motivvorgabe strukturiert ihre innere Situation und bedeutet somit eine Entlastung (Kottje-Birnbacher, 2001). Die Patientin befindet sich dabei im Zustand einer kontrollierten Regression – ihre bewusste Kontrolle wird gelockert (Bahrke, 1997). Der Therapeut regt sie an, die Bildinhalte und ihre damit verbundenen Gefühle, Empfindungen und Sinneseindrücke detailliert zu beschreiben. Er ist dabei freundlicher, zurückhaltender und empathischer Begleiter und folgt mit seiner eigenen Vorstellung einführend den Beschreibungen der Patientin. Der Therapeut begünstigt die Imaginationsentfaltung, indem er vorsichtige Fragen nach Einzelheiten der Szenerie stellt, Wünsche und Empfindungen der Patientin ernst nimmt und ihr dabei hilft, ihre Anliegen zu verwirklichen. Dabei ist es jedoch zuweilen notwendig, stärker strukturierend in das Imaginationsgeschehen einzugreifen – beispielsweise vor möglichen Gefahren zu warnen oder positive Unterstützung zu leisten, wenn die Patientin Lust hat, etwas Neues auszuprobieren (Kottje-Birnbacher, 2001). Diese ist durch die Verwirklichung des dialogischen Prinzips niemals auf sich allein gestellt, sondern findet durch Verbalisation der Traumerlebnisse Entlastung und erfährt therapeutischen Schutz und Hilfe, wenn es erforderlich ist (Bahrke, 1997).

In der emotionalen Rückschau nach der Imagination hat die Patientin Gelegenheit, ihre Eindrücke, Empfindungen, Gedanken und Bewertungen bezüglich des Bildes auszudrücken. Es wird ihr Raum gegeben, zu erzählen, was sie besonders berührt oder gewundert hat und was ihr besonders wichtig war. Weiterhin hat hier auch der Therapeut die Möglichkeit, der Patientin seine Eindrücke zu schildern. Deutungen sind zu diesem Zeitpunkt jedoch Fehl am Platze, da sie den Prozess der Erkenntnisgewinnung und der assoziativen Anreicherung eingrenzen würden (Kottje-Birnbacher, 2001).

Die kognitive Einordnung und Verarbeitung der Imaginationen findet daher erst in der nächsten Stunde statt. So hat die Patientin genügend Zeit, die Bildinhalte auf sich

wirken zu lassen und sich mit ihnen zu beschäftigen. Das Malen dieser Inhalte bietet oft zusätzliche Einfälle und Ideen. Das gemalte Bild bildet die Einstiegsgrundlage der nächsten Stunde, indem Therapeut und Patientin es gemeinsam betrachten und die Erlebnisse und Erfahrungen der Patientin besprechen. Beispielsweise können während der Imagination Aspekte der Selbstwahrnehmung oder der Beziehung zu anderen Personen klarer geworden sein, die jetzt mit realen Erlebnissen verglichen und verknüpft werden können. Andererseits sind vielleicht typische Verhaltensmuster der Patientin hervorgetreten, deren Vor- und Nachteile nun besprochen werden können. Der Therapeut versucht in dieser Phase behutsam, die Eigenheiten der Patientin hervorzuheben und dynamische Zusammenhänge zwischen Affekten, Wünschen, Ängsten und Abwehrmechanismen herzustellen (Kottje-Birnbacher, 2001). Direkte Deutungsversuche werden jedoch vermieden, da die symbolischen Bildinhalte einen vielgestaltigen Bedeutungsgehalt aufweisen, deren eindimensionale Auslegung somit verfehlt wäre. Weiterhin werden die zuerst langsamen und schrittweisen Selbstinterpretationen der Inhalte, zu denen die Patientin ermutigt wird, immer deutlicher und differenzierter (Leuner, 2005).

Zu den von Leuner (2005) entwickelten Standardmotiven, die symbolhafte Projektionen in zentralen menschlichen Konfliktbereichen anzuregen vermögen, sind im Laufe der Ausarbeitung therapeutisch wirksamer Strategien zur Bewältigung spezifischer Schwierigkeiten viele weitere Motive hinzugekommen. So gibt es klärungsorientierte Motive, beispielsweise die Personifikation von verschiedenen Ich-Anteilen, aber auch Ressourcenmotive, wie die Vorstellung eines geschützten Ortes oder die Rekrutierung innerer Helfer. Gerade die letztgenannten finden vielfältige Anwendung in der Traumabehandlung mit der KIP, die nun nachfolgend näher vorgestellt wird.

2.2.2 Traumabehandlung mit der KIP

Mit der fortschreitenden Entwicklung der KIP und ihrer Anpassung an neue psychotherapeutische und neuropsychologische Erkenntnisse sind störungsspezifische Vorgehensweisen entstanden. An dieser Stelle soll auf die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit der KIP eingegangen werden, da sich aus dieser Methode bedeutende Regeln für das Konzept der IRP ableiten, die sich in wesentlichen Punkten zum Vorgehen der klassischen KIP differieren.

Nach Steiner und Krippner (im Druck) unterscheidet sich die Traumabehandlung mit der KIP von dem Standardvorgehen der KIP vor allem darin, dass sie stärker strukturierend und auch suggestiver arbeitet. Stützenden und narzisstisch restitutiven Motiven kommt dabei eine wesentliche Rolle zu. Es soll, so führen die Autoren weiter aus, dabei so interveniert werden, dass die Patientin eben nicht in einen Ich-schwächenden, regressiven Sog gerät, sondern ihr bewusstes Ich zur Kontrolle

einsetzen kann. Die Haltung des Therapeuten ist überwiegend protektiv, ohne jedoch in eine direktive Position zu verfallen.

Beispielhaft für diese Ansicht ist die Art und Weise wie die Entspannungssuggestion formuliert wird oder wie Motive in der Traumabehandlung mit der KIP induziert werden. Bereits bei der Entspannung werden Sicherheit und Schutz ausdrücklich betont: „Sie können sich ganz sicher fühlen in diesem Raum, spüren Sie, wie Ihnen der Stuhl Halt gibt, ...“ (mündliche Mitteilung von Krippner, 2005).

In der klassischen KIP ist es üblich, eine Imagination, zum Beispiel eine Wiese, mit folgenden (oder ähnlichen) Worten einzuleiten: „Und nun stellen Sie sich bitte eine Wiese vor, irgendeine Wiese. Aber auch alles andere, was vor Ihre Augen kommen will ist recht und Sie lassen es zu“ (Leuner, 2005, S. 25). In der Traumabehandlung mit der KIP wird ausdrücklich auf den Teil 'Aber auch alles andere, ...' verzichtet, um die Patientin vor intrusiven Erlebnissen zu bewahren. Das Wissen um das zentrale Bedürfnis der Patientin nach Sicherheit (Sandler, 1987) ist stets gegenwärtig. Daher finden sich gerade zu Beginn der Therapie in der Motivvorgabe vielmehr Worte wie 'sicher', 'geschützt' oder 'wohlfühlen', die häufig und wiederholt betont werden (Steiner & Krippner, im Druck). Das diagnostische Motiv der Blume wird in einer Traumabehandlung also auf folgende Weise eingeleitet: 'Und nun stellen Sie sich eine Blume vor, an einem Ort, an dem es der Blume gut geht. Irgendeine Blume, die alles hat, was sie braucht.'

Das vorrangige Anliegen zu Beginn der Therapie ist die Linderung der mit dem Trauma einhergehenden Hauptsymptomatik (Intrusionen, Übererregtheit und emotionale Taubheit). Die Bearbeitung der aus dem Trauma entstandenen spezifischen Konflikte wird im Verlauf der Behandlung erst viel später vorgenommen, schließlich ist das Trauma die Ursache der Symptomatik. Die theoretisch mögliche schwierige Kindheit als Voraussetzung einer eventuellen Traumatisierung „darf nicht von der akuten traumatischen Erfahrung ablenken“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 193).

Diesem Anliegen folgend, haben Steiner und Krippner (2005) sechs aufeinander folgende Phasen bestimmt, die es Schritt für Schritt zu durchlaufen gilt (Tabelle 1). Für den Erfolg der Therapie ist es - anders als bei der klassischen KIP - von großer Bedeutung, dass das Ziel einer einzelnen Phase erreicht sein muss, bevor die darauf folgende beginnen kann. Ebenso wichtig für den Behandlungserfolg ist die Einhaltung der Reihenfolge der sechs Stadien, da jeder Abschnitt notwendige Voraussetzungen für die Bearbeitung des nächsten schafft.

Tabelle 1: Phasen der Traumabehandlung mit der KIP und die damit verfolgten Ziele nach Steiner & Krippner (2005).

Phase	Ziel
1. Initial- und Stabilisierungsphase 2. Arbeit mit dem Konzept des inneren Kindes	Linderung der PTBS-Symptomatik durch Aktivierung von Ressourcen und das Erleben von Sicherheit und Kontrolle; Stärkung der Ich-Funktionen
3. Phase der imaginativen Auseinandersetzung mit dem traumatischem Geschehen 4. Täterkonfrontation 5. Arbeit mit positiven und negativen Introjekten	Verarbeitung des Traumas; Konfliktbearbeitung; Auseinandersetzung mit Schuld, Wut, Verletzungen etc.
6. Integration des Traumas - Phase des Durcharbeitens und Trauerns	Das Trauma wird zur Erinnerung, zum integrierten Teil der Lebensgeschichte

Insbesondere die erste, die so genannte 'Initial- und Stabilisierungsphase', ist durch ein stark ressourcenorientiertes Vorgehen geprägt. Dabei ist Ich-Stabilisierung wichtiger Bestandteil der Therapie, da die Patientin durch die Traumatisierung von vielen ihrer wesentlichen Ich-Funktionen getrennt ist (Steiner & Krippner, im Druck). Zur Etablierungen der gewonnen Ressourcen ist es sinnvoll, die Stabilisierungsarbeit im gesamten Therapieverlauf zu wiederholen. Besonders nach jeder Krise oder vor einer stark belastenden Intervention ist ihr Einsatz viel versprechend. Auch Reddemann (2001; 2004) betont die Notwendigkeit, eine PTBS-Behandlung mit ressourcenaktivierenden, stabilisierenden und schützenden Techniken zu beginnen. Die Patientin, die unter dem Druck der traumatischen Realität und der damit einhergehenden unkontrollierten Angst und völligen Hilflosigkeit regrediert (Peichl, 2001), verliert den Zugang zu ihren erwachsenen, schutzgebenden Mechanismen und ist darauf angewiesen, dass zunächst der Therapeut diese Schutzfunktion für sie übernimmt. Ein solches Vorgehen fördert nicht nur die Symptomverbesserung, sondern auch den Aufbau einer guten Therapiebeziehung. Die Patientin lernt schnell, dem Therapeuten zu vertrauen und dass dieser ihr schützend, validierend und wertschätzend zur Seite steht (Steiner & Krippner, im Druck).

Für die Induktion der Imaginationen haben Steiner und Krippner (im Druck) spezielle Motivvorgaben aufgegriffen oder neu entwickelt, die jeweils spezifisch für die einzelnen Abschnitte sind und der Erreichung der jeweiligen Phasenziele dienen. Die wesentlichen Motive der ersten beiden Phasen sind 'der geschützte Ort', 'die hilfreichen

Gestalten' und 'Bilder zur narzisstischen Restitution'. Sie finden hier Erwähnung, da sie auch in der IRP eingesetzt werden.

Besonders der *geschützte Ort* (Jollet, Krippner & Krägeloh, 1997) eignet sich dazu, in der Phantasie Sehnsüchte, Wünsche und Bedürfnisse nach Sicherheit wieder zu beleben, zu festigen und somit abrufbar zu machen – und zwar nicht nur zu Beginn der Therapie. Der *sichere Ort* bildet nämlich den Ausgangspunkt für alle problematischen Situationen innerhalb der Therapie (Steiner & Krippner, 2005). Und, „an den sicheren Ort kann man immer wieder gehen, um aufzutanken“ (Reddemann, 2001, S. 37).

Mit der Vorgabe von *hilfreichen, schützenden und unterstützenden Gestalten* wird die Ich-stärkende Wirkung dieses Motivs genutzt. Den *hilfreichen, schützenden und unterstützenden Gestalten* kommt die Funktion eines idealen Selbstobjekts zu. Denn, so Steiner und Krippner (im Druck) weiter, wenn es der Patientin gelingt, diese aktuell zu generieren und mit positiven Selbstobjektanteilen aus der Kindheit zu amalgamieren, stehen sie in spiegelnder, hilfreicher, unterstützender Bezogenheit zu ihrem Selbst. Es ist daher wie kein anderes Motiv dafür geeignet, der traumatisierten Patientin erstmals wieder ein Gefühl zu geben, in sich Sicherheit zu gewinnen und die Möglichkeit der Kontrolle zu spüren. Die zu Beginn etablierten *Inneren Helfer* sind auch im weiteren Therapieverlauf von Bedeutung. In konfliktreicheren Phasen können sie der Patientin hilfreich und mit Rat und Tat zur Seite stehen, so dass diese auch schwierige Hürden zu meistern vermag (Reddemann, 2001).

Zuletzt sei noch erwähnt, dass in der Traumabehandlung mit der KIP eine Stunde nie in Unsicherheit oder Ängstlichkeit endet, sondern, sollten diese vorherrschen, so lange weiter gearbeitet wird, bis wieder Stabilität erreicht ist. In der klassischen KIP ist es indes nicht ungewöhnlich, dass eine Sitzung auch mit aufwühlenden oder beunruhigenden Bildern beendet wird (Leuner, 2005).

2.2.2.1 Psychosynthese-Therapie

Der Begründer des Psychosyntheseverfahrens Dr. Roberto Assagioli praktizierte zunächst verschiedene Methoden der Psychotherapie, bevor er eine neue und umfassende Sicht des Menschen entwickelte, die von ihm als Psychosynthese bezeichnet wurde (Assagioli, 1988). Die Psychosynthese sieht sich selbst nicht einfach als eine Form psychischen Trainings, das stets ein 'Mehr' verspricht – mehr Energie, Konzentration oder Entspannung. Ferner gibt sie zudem an, keine Form der Therapie zu sein, die lediglich *weniger* Symptome proklamiert – weniger Angst oder weniger Spannung. Vielmehr ist das Ziel die 'Ganzwerdung' des Wesens und der Zugang zu Integration auf einer höheren Ebene (Ferrucci, 1986).

2.2.2.2 Theorie der Psychosynthese

Basis der Psychosynthese ist die Annahme, dass die Psyche in ihrer komplexen Struktur keineswegs eine Einheit darstellt, sondern aus vielen verschiedenen Teilen besteht. Sie konstituiert sich demnach aus mehreren psychischen Strukturen wie Empfindungen, Wünschen, Gefühlen, Intuitionen oder Ideen. Diese Teile stehen miteinander in Verbindung, herrschen als Gegensatzspannung bzw. Konflikte vor, und wieder andere existieren einfach ohne Kontakt zu den übrigen (Ihme, 1999). Assagioli (2004) geht davon aus, dass verbindungslos bestehende, nicht bekannte Teilpsychen zu konflikthaftern Mustern und auch Blockaden im menschlichen Erleben führen können, was mit großem psychischem Leiden einhergeht. Andererseits können durch die Vereinigung der verschiedenen Elemente der Psyche neue Kräfte entstehen. Ferrucci (1986) stellt dazu fest: „Das Ganze ist größer als die Summe seiner Teile“ (S. 20).

Um deutlicher zu machen, wie die verschiedenen Dimensionen der inneren Welt des Menschen aus der Sicht der Psychosynthese zusammenhängen, benannte Assagioli (1988, 2004) verschiedene Ebenen der menschlichen Psyche – eine Art innerer Landkarte (Ferrucci, 1986). Hierzu gehören das *tieferen Unbewusste*, das *mittlere Unbewusste*, das *höhere Unbewusste oder Über-Bewusste*, das *Bewusstseinsfeld*, das *'Ich' oder bewusste Selbst*, das *höhere (transpersonale) Selbst* und das *kollektive Unbewusste*.

Nach Assagioli (2004) bilden diese Ebenen die Gesamtheit der menschlichen Psyche. Dabei sind Erfahrungen der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft auf unterschiedliche Art und Weise jederzeit in der Psyche aktiv und weisen eine jeweils eigene Dynamik auf (Ihme, 1999). Für das Konzept der IRP sind lediglich die Ebenen des *Bewusstseinsfeldes* und des *Ichs* von besonderem Interesse, infolgedessen werden diese Ebenen nun beschrieben.

Das *Bewusstseinsfeld* bezeichnet den unmittelbar bewussten Teil der Persönlichkeit (Gefühle, Gedanken und Empfindungen), wobei das *Ich* das Zentrum dieses Feldes bildet.

Dieses *Ich*-Zentrum ist deutlich zu unterscheiden von den wechselnden Inhalten des Bewusstseins. Es macht vielmehr den Kern des Selbst aus, der - losgelöst von Affekten und nicht mit den Bewusstseinsinhalten identifiziert – zur Selbstreflexion fähig ist und somit eine intrapersonelle, beobachtende Instanz im Menschen darstellt. Diese Instanz gilt es zu schulen, um den Prozess der Selbstverwirklichung zu steuern. Das *Ich* ist mit den Worten von Ihme (1999) „ein Bewußtsein [*sic*], das sich seiner selbst bewußt [*sic*] ist“ (S. 8).

2.2.2.3 Methoden der Psychosynthese

Assagioli (2004) entwickelte entsprechende Methoden und Techniken, die das Aufdecken der psychischen Geschehnisse, den Vorgang des Widerstreits im psychischen Prozess, ermöglichen sollen. Die für die Behandlungsmethode der IRP relevanten Techniken (*Arbeit mit den Teilpersönlichkeiten* und *Disidentifikation* bzw. *Beobachterübung*) und die ihnen zugrunde liegende Theorie werden im Folgenden kurz dargestellt.

2.2.2.3.1 Arbeit mit den Teilpersönlichkeiten

Im Verständnis der Psychosynthese ist das Feld der Psyche durchwirkt von Teilpsychen, die sowohl instinkthafte wie mentale Bedürfnisse, kreative und destruktive Antriebe, als auch Impulse, Wünsche, Erfahrungen, Prinzipien, Sehnsüchte und Ideale widerspiegeln. Häufig stehen diese Teilpersönlichkeiten im Widerspruch zueinander. So entsteht ein reges System von Teilaspekten, die eine jeweils eigenläufige Dynamik entwickeln, die zudem entgegen der Eigendynamik ihres Gegenpols handeln (Ihme, 1999). Folglich entsteht in der Psyche ein unbewusstes Netz von gegenläufigen Bestrebungen, die durch eine fehlende Harmonisierung und Anbindung an das bewusste *Ich*, intrapsychische Konflikte und Komplexe hervorbringen (Gilot, 1989). Ziel der *Arbeit mit den Teilpersönlichkeiten* ist daher die Aufdeckung dieser unterschiedlichen Bestrebungen und ihre Synthese innerhalb der Psyche, so dass sie letztendlich ein versöhnliches Ganzes bilden, in dem jeder Teil seine Berechtigung hat. Schritt für Schritt soll durch verschiedene Techniken jeder Anteil der Persönlichkeit zum bewussten Mittel des Selbstaudrucks werden.

Für das methodische Vorgehen mit Teilpersönlichkeiten bietet sich die Imagination an, in der die jeweiligen Teilpersönlichkeiten visualisiert und personifiziert werden, um dem Bewusstsein zugänglich gemacht zu werden (Ferucci, 1986; Ihme, 1999).

2.2.2.3.2 Disidentifikation bzw. Beobachterübung

Durch die *Arbeit mit Teilpersönlichkeiten* wird das persönliche Bewusstsein (*Ich*) frei von Identifikationen und Teilelementen der Psyche, wodurch eine neutrale Beobachtungsinstanz im Selbst möglich wird (Ihme, 1999). Assagioli (1988) erklärt genauer: „Wir werden beherrscht von allem, womit sich unser Selbst identifiziert. Wir können alles beherrschen und kontrollieren, von dem wir uns disidentifizieren“ (S. 131). Das Prinzip der *Disidentifikation* ermöglicht es folglich, die verschiedenen Persönlichkeitsanteile unter die Kontrolle des Ich-bewussten Selbst zu stellen und demnach das zu kontrollieren, was unbewusst beherrscht und einengt. Die Disidentifikation dient nach Assagioli (2004) vor allem der Festigung eines sicheren inneren Standortes. Dieser soll dabei helfen, die Fähigkeit der Introspektion aus der

Haltung eines neutralen Beobachters zu stärken und zu schulen – „eines Beobachters, der ›die Geister unterscheiden‹ kann“ (S. 32). Der *innere Beobachter* gleicht einem Naturwissenschaftler, der objektiv, geduldig und beharrlich Naturphänomene betrachtet, ohne sie zu werten (Assagioli, 2004). So wird die Grundlage für eine bewusste und gezielte Selbstidentifikation geschaffen (Assagioli, 1994).

Die *Beobachterübung*, wie sie im Konzept der IRP angewandt wird, ähnelt in ihrer Art einer Methode aus der *Lösungsorientierten Therapie* (De Jong & Berg, 2003). In beiden Verfahren wird die Patientin gebeten, sich vorzustellen, wie sie sich selbst in einer vom Therapeuten vorgegebenen Situation beobachtet. Anders als in der Lösungsorientierten Therapie, die die Patientin ihr Handeln und Erleben betrachten lässt 'als wäre sie eine Fliege an der Wand', gibt die Psychosynthese der Patientin mit geschlossenen Augen beispielsweise Folgendes vor: 'Stellen Sie sich vor, es ist der Tag der Prüfung und Sie beobachten die Melanie (Patientin selbst), wie sie am Frühstückstisch sitzt. Was sehen Sie?' Die Patientin wird dabei angehalten immer in der Rolle der außenstehenden Beobachterin zu bleiben und genau zu beschreiben, was sie vor ihrem inneren Auge sieht. Indem sie von sich selbst in der dritten Person spricht, soll sie in die Lage versetzt werden, sich von ihren Gefühlen zu distanzieren. Das ist die notwendige Bedingung dafür, zu erkennen, was eigentlich los ist. Im Gegensatz zur lösungsorientierten Technik ist die Patientin hier nicht nur imstande in einen Dialog mit sich selbst zu treten, sondern wird auch direkt vom Therapeuten dazu aufgefordert ('Fragen Sie Melanie mal...' und 'Was antwortet sie?'). In der Rolle der objektiven Beobachterin kann sie viel besser erkennen, was sie verändern muss, um im Einklang mit sich selbst, ihren Bedürfnissen, Wünschen und Zielen stehen zu können (Ferrucci, 1986).

Nachdem bis hier wesentliche theoretische Grundlagen der IRP vorgestellt wurden, wird nun das eigentliche Konzept, das diese Grundlagen vereint, vorgestellt.

2.2.3 Imaginative Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst

Die Therapien nach den Regeln der Traumabehandlung mit der KIP und nach denen der IRP ähneln sich vor allem in den Anfangszielen der Therapieformen. Beide sind sehr stark auf Symptomlinderung ausgerichtet, darauf, dass die Patientin positive Emotionen erleben kann und ihre Ressourcen wieder entdeckt. So wie in der Traumabehandlung mit der KIP, wird auch in der IRP strukturierender, ressourcenorientierter, weniger regressiv und stärker fokussierend gearbeitet, als es in der klassischen KIP der Fall ist. Die Einflüsse der Psychosynthese hingegen machen sich in der Wahl einzelner Motive und der damit einhergehenden Methode bemerkbar (Ihme-Krippner & Krippner, 2005).

2.2.3.1 Stärkung der Ich-Funktionen

Als konkretes Behandlungsziel der IRP gilt die Angstfreiheit der Patientin bzgl. ihrer bevorstehenden Prüfung, was vor allem durch eine gezielte Ich-Stärkung geschieht. Hierzu stehen in der Therapie von Prüfungsangst einige, der von Rust (1993) beschriebenen Ich-Funktionen, besonders im Zentrum der Aufmerksamkeit und Intervention:

- *Realitätsprüfung* (Diskriminierungsfähigkeit von Reizen; Wahrnehmung der äußeren Realität; Binnenwahrnehmung, bezogen auf die eigenen Emotionen, Kognitionen und Bedürfnisse und besonders der Bewusstwerdung des Konflikts)
- *Reizschutz* (bezogen auf das Empfinden von und Antworten auf Reize, insbesondere auf angstbesetzte Stimuli)
- *Meisterschaft und Kompetenz* (Entwicklung und Selbsterleben dieser Punkte, findet Ausdruck im Selbstwertgefühl und in der Selbstsicherheit)

2.2.3.2 Der Nutzen von Imaginationen

Da es sich bei Prüfungsangst um eine Form der Angststörung handelt und sich Angst nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht löschen lässt, ist es daher notwendig, die angstbesetzten Schemata zu verändern oder neue zu etablieren, die die maladaptiven langfristig ersetzen können (Grawe, 2004a). Aus diesem Grund eignet sich die Einbeziehung der Imagination nach den Regeln der Traumabehandlung mit der KIP besonders gut für die Behandlung von Prüfungsangst, weil sie zwei entscheidende Vorteile bietet:

Erstens produziert der Mensch, als ein denkendes und fühlendes Wesen, fortwährend Bilder und empfängt diese auch beständig aus der Außenwelt. Das Begreifen seelischer Prozesse wäre damit ohne die Berücksichtigung von Imaginationen, die Rubinstein (1984) als eine Grundform des Denkens klassifiziert, kaum denkbar. Das komplexe seelische Erleben ist untrennbar an Imaginationen geknüpft und stellt sich in diesen inneren Bildern komprimiert und dennoch ganz konkret dar. Phantasie und Realität werden durch die mentalen Bilder miteinander verbunden (Steiner & Krippner, im Druck). Durch die in der Imagination hervorgerufenen Bilder wird so der implizite Funktionsmodus des Gedächtnisses angesprochen (Hüther, 1997; LeDoux, 2003). Bloßes Reden, welches das explizite, verbale Gedächtnis aktiviert, reicht hierzu oft nicht aus (Stigler & Pokorny, 2001). Durch die Aktivierung des impliziten Funktionsmodus werden problembezogene Schemata, aber auch 'verloren gegangene' Ressourcen, der bewussten Bearbeitung zugänglich gemacht. Somit können schwierige Verhaltensmuster dem Erleben, der Klärung und damit der Bearbeitung innerhalb der Therapie zugänglich gemacht und verändert werden.

Der zweite entscheidende Vorteil der Imagination liegt in dem Symbolcharakter der vorgegebenen Motive. Wird das menschliche Gehirn kontinuierlich bestimmten Stimuli, zum Beispiel Angstreizen, ausgesetzt, so wird die Ausbildung assoziativer neuronaler Verschaltungen davon beeinflusst. Zunächst noch direkt von sensorischen Eingängen abhängig, wird die Aufrechterhaltung der assoziativen Vernetzung mit der Häufigkeit der Reizdarbietung zunehmend von der aktuellen Wahrnehmung unabhängig. Die vom assoziativen Kortex generierten Erregungsmuster werden zu inneren Abbildern der äußeren Umgebung und beeinflussen so Wahrnehmung, Verhalten und Erleben (Hüther, 2001). Will man nun die mit der Angst zusammenhängenden neuronalen Verbindungen verändern, so muss man beachten, dass das Neulernen (wie oben beschrieben) sowohl mit der Reizdarbietung zusammenhängt als auch mit dem Grad der affektiven Erregung (van der Kolk, 1996). Neues Lernen steht mit einem mittleren affektiven Erregungsgrad in positivem und mit hoher Erregung in negativem Zusammenhang. Mathews und Rezin konnten bereits 1977 zeigen, dass die stärkste Angstreduktion durch ein eher geringes Aufkommen an Erregung erreicht wird. Durch die Bearbeitung eines Problems auf der Bildebene werden die mit diesem Problem einhergehenden Schemata zwar aktiviert, jedoch in einer weitaus geringeren Bedrohlichkeit (Stigler & Pokorny, 2001). Der Symbolcharakter des Bildes führt zu einer Verschiebung der negativen Gefühle in Richtung positiver Affekte. Traumatische Erfahrungen oder bedrohliche Erinnerungsbilder können in der Imagination sinnlich, begriffsymbolisch als Szene erfasst und versprachlicht werden, was der Patientin zu der Erfahrung verhilft, Kontrolle über diese Inhalte zu haben (Steiner & Krippner, im Druck).

Die Behandlung von Ängsten mit Imaginationen verhindert demnach nicht nur eine Verstärkung der maladaptiven Schemata. Vielmehr werden, indem die Patientin im Bild sogar positive Bewältigungserfahrungen macht, neue und dienliche Schemata etabliert und gefestigt.

2.2.3.3 Das konkrete Vorgehen: Motive und Theorie

Die oben genannten Ziele und Theorien finden Berücksichtigung in den einzelnen Phasen der IRP, die jeweils eine bestimmte Motivvorgabe beinhalten. Die Anzahl der hier genannten Motive muss jedoch nicht gleichbedeutend mit der jeweiligen Sitzungszahl innerhalb einer Therapie sein (obwohl das durchaus vorkommen kann). Nachstehend werden die einzelnen Motive und ihre Ziele näher erläutert (modifiziert nach Ihme-Krippner & Krippner, 2005):

1. Mit dem **geschützten Ort** (Jollet et al., 1997) wird das Ziel der Affektkontrolle und Sicherheit verfolgt. Die Patientin soll lernen, sich dieses Bild bei Unruhe oder Angst vor Augen zu führen, um wieder Ruhe und Sicherheit empfinden zu können.

Sie macht dadurch die Erfahrung, dass sie ihren Reaktionen nicht hilflos ausgeliefert ist. So wird ihr Grundbedürfnis nach Kontrolle (Grawe, 2004a) gestärkt und infolgedessen die diesbezüglich erlebte Inkongruenz gesenkt. Außerdem trägt das Motiv durch die Vermittlung von Schutz und Geborgenheit zur Stabilisierung der Therapeut-Patientin-Beziehung bei, was besonders wichtig ist, da ebendiese für die Patientin eine wesentliche Ressource im Therapieverlauf darstellt (Grawe & Grawe-Gerber, 1999).



Abbildung 2: Beispiele für einen geschützten Ort: links das *sichere Schloß, hoch über den Wolken* und rechts die *sichere Höhle, gewärmt von eindringenden Sonnenstrahlen*.

- Die **inneren Helfer, die für die Prüfung hilfreich sein können** stellen innere Repräsentanten der eigenen Fähigkeiten dar. Diese sollen der Patientin durch das Imaginieren wieder zugänglich gemacht werden und ihr somit fortan zur Verfügung stehen. Die *inneren Helfer* können auf zwei Wegen etabliert werden: Als konkrete Motivvorgabe oder aber in der Arbeit mit Teilpersönlichkeiten, wie sie in der Psychosynthese praktiziert wird (vgl. Kapitel 2.2.2.3.1; Assagioli, 2004). Beispielsweise wird die 'kritische Oberlehrerin' in der Patientin en detail imaginiert und im Anschluss daran wird erörtert, in welcher Hinsicht diese mit ihren zunächst negativ erscheinenden Eigenschaften hilfreich sein könnte. Diese Methode wird ebenfalls in der Traumabehandlung mit der KIP angewendet, jedoch dort als *Arbeit mit inneren Introjekten* bezeichnet (Steiner & Krippner, im Druck). Gerade die Teilpersönlichkeitsarbeit bzw. Arbeit mit inneren Introjekten ermöglicht eine differenzierte Klärung der in Bezug auf die Prüfung hinderlichen und auch förderlichen Selbstanteile der Patientin. Ständiger Wechsel zwischen Primär- und Sekundärprozess (vgl. Kapitel 2.4.4.3.2) fördert die Affektdifferenzierung und Kontrolle (Steiner & Krippner, im Druck).



Abbildung 3: Links innere Helfer, *Urmenschen* und rechts Teilpersönlichkeiten der Patientin, *die Oberlehrerin (oben), die Starke, die Patientin (unten Mitte) und der Großvater*.

- Die Motive **fremde Insel** oder **Expedition in ein unbekanntes Land** dienen sowohl der Wahrnehmungsschulung als auch der Bewusstwerdung eines Konflikts und der damit einhergehenden problematischen Verhaltens- und Erlebensmuster. Schließlich ähnelt die Prüfungssituation einer Reise in ein unbekanntes Terrain. Der Prüfling kann nie sicher sagen, was ihn erwartet, welche Frage ihm gestellt wird, welche Situation er zu meistern hat. Im Bild können neben der Klärung und Bewusstwerdung von hinderlichen Verhaltensweisen, Befürchtungen und Vorstellungen auch Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden, die die Ressourcen der Patientin aktivieren, ihr Bewältigungsmöglichkeiten aufzeigen und letztendlich ihr Kontrollerleben stärken.



Abbildung 4: Links *fremde Insel* und rechts *Expedition in ein fremdes Land*.

- Die **weise Gestalt** kann im Bild optional entweder direkt vorgegeben oder aber erst im Verlauf einer Imagination durch gezielte Interventionen des Therapeuten eingeführt werden. Durch die Begegnung mit der weisen Gestalt und der damit gewonnenen Einsicht der Patientin, dass sie selbst das Wissen und die Kraft in sich trägt, eine für sie schwierige Situation meistern zu können, soll ihr Kompetenzerleben und somit ihr Selbstwert und ihre Selbstwirksamkeitserfahrung gestärkt werden. Gerade letztgenannter Punkt ist im Zusammenhang von Prüfungsangst sehr wichtig (Cappa & Loadman, 2002). Das Motiv *weise Gestalt* stammt

ursprünglich aus der Psychosynthese (Assagioli, 1988), wird aber in verschiedenen Therapierichtungen, zum Beispiel der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) von Linnehan (1996; dort als *wise mind*), genutzt.



Abbildung 5: Links *der Stein des Vertrauens* und rechts *Medea, die weise Gestalt*.

- Die **Beobachterübung** ist eine aus der Psychosynthese entlehnte Übung, die der Wahrnehmungsschulung, der Problemaktualisierung und der Problembewältigung dient. Durch die Disidentifikation mit der 'ängstlichen Person', kann ein objektiver Blick auf das 'Eigentliche' gewährt werden, wodurch sich der Patientin Lösungsstrategien zur Bewältigung ihres Problems aufzeigen. Im Unterschied zur systematischen Desensibilisierung (vgl. Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1998) geht es hier nicht darum, eine ängstigende Situation in der Imagination einfach durchzustehen, um die Angst zu verringern. Vielmehr bekommt die Patientin die Möglichkeit, sich Unterstützung in Form eines inneren Helfers zu holen, direkt mit sich selbst in Dialog zu treten, um selber Ratschläge zu geben oder Änderungen im Verhalten beobachtend auszuprobieren.



Abbildung 6: Links die *Huddelfrau (innere Helferin)* mit der *Patientin als Beobachterin* und rechts die *Prüfungssituation zu Beginn der Beobachterübung und nach Veränderungen durch den beobachtenden Patienten*.

- Die **letzte Stunde** bildet ein Resümee der bisherigen Imaginationen und sollte variabel gestaltet werden. Der geschützte Ort, die inneren Helfer und der Beobachter werden vergegenwärtigt und es wird noch einmal kritisch geprüft, ob

die Patientin alles Notwendige für die Prüfungssituation etabliert hat. Weiterhin wird sichergestellt, dass ihr diese Ressourcen auch jederzeit zur Verfügung stehen. Hierzu werden alle Helfer gefragt, ob sie tatsächlich in der schwierigen Situation zur Verfügung stehen und wie sie gegebenenfalls gerufen werden können.



Abbildung 7: Alle Helfer (links) bzw. Teilpersönlichkeiten (rechts) werden am geschützten Ort versammelt und gefragt, ob sie der Patientin beistehen werden.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass die sechs Motive der IRP entweder der KIP oder der Psychosynthese entlehnt sind.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die genaue Zuordnung der Motive zu den genannten Methoden.

Tabelle 2: Zuordnung der IRP-Motive zu den Methoden KIP und Psychosynthese.

IRP-Motiv aus der KIP	IRP-Motiv aus der Psychosynthese
Geschützter Ort (<i>Motiv 1</i>)	Teilpersönlichkeiten und Helfer, die in den Dialog treten (<i>Motive 2 & 6</i>)
Fremde Insel bzw. Expedition in ein fremdes Land (<i>Motiv 3</i>)	Beobachterübung (<i>Motiv 5</i>)
Weise Gestalt in Tier- oder Symbolform (z.B. Licht, Sonne, Fisch etc.; <i>Motiv 4</i>)	Weise Gestalt in Form einer Person, die in den Dialog tritt (<i>Motiv 4</i>)

2.3 Aktuelle KIP-Forschungsbefundlage

Der Einsatz der KIP in verschiedenen Anwendungsgebieten ist durch viele Kasuistiken und Beschreibungen belegt. Kontrollierte Studien, welche die Wirkweise und Wirksamkeit dieses Verfahrens untersuchen, existieren zum gegenwärtigen Zeitpunkt hingegen nur in äußerst geringer Anzahl (Wietersheim, Wilke, Röser & Meder, 2003). Die gefundenen Ergebnisse sind jedoch viel versprechend und verlangen daher nach weiterer Forschung auf diesem Gebiet.

Zur Wirksamkeit der KIP finden sich im deutschsprachigen Raum fünf kontrollierte Studien (Kulesa & Jung, 1980; Wächter & Pudiel, 1980; Tress, 1981; Wilke, 1982; Wietersheim et al., 2003), die positive Ergebnisse postulieren. Allerdings muss die

Aussagekraft der vier Studien älteren Datums zum Teil relativiert werden, da sich die damaligen Forschungsmethoden und -standards von den heutigen deutlich unterscheiden (Wampold, 2001). Die Arbeit von Wietersheim und Mitarbeitern (2003) im Wartegruppenkontrolldesign erfüllt das an aktuelle Studien gestellte methodische Anspruchsniveau und berichtet dabei von hohen Effektstärken, die sich mit denen anderer Verfahren (Grawe et al., 1994) messen können.

Neben der Wirksamkeitsforschung wird die differenzierte Betrachtung von Wirkprozessen innerhalb der KIP immer bedeutender, da die Symptomreduktion und Verbesserung des Befindens einer Patientin aus Forschungssicht relativ wenig Aussagekraft hat (Bahrke, 1999). Das Interessante ist es gerade zu ergründen, was zu einer solchen Besserung und somit zur Effizienz der Therapie geführt hat. Leuner (1990) hat, basierend auf klinischen Beobachtungen, eine Reihe von wirksamen Faktoren des Verfahrens beschrieben und als besonderes Merkmal vor allem die Kreativität der Imagination der Patientin hervorgehoben. Mit Ausnahme der Ableitungen einzelner Wirkfaktoren aus der klinischen Erfahrung, gibt es bislang zwei Einzelfallanalysen (Bahrke & Gutt, 1996; Stigler & Pokorny, 2001), die sich mit den Wirkmechanismen der Therapiemethode befassen. Hervorzuheben ist darunter, aufgrund des anspruchsvollen Designs, die Einzelfallprozessanalyse von Stigler und Pokorny (2001), die mittels computergestützter Verfahren zeigen konnte, dass während der Imagination ein geschützter Erlebnisraum entsteht, in dem positive Emotionen tief greifend erfahren werden und negative Affekte (z.B. Angst) nur mit äußerst geringer Intensität auftreten (Kottje-Birnbacher, 2002).

Durch die beschriebenen Ausführungen dürfte deutlich geworden sein, dass sowohl auf dem Gebiet der Erfolgsforschung als auch im Bereich der Prozessforschung erhebliche Notwendigkeit besteht, das Verfahren der KIP durch kontrollierte Studien zu validieren. Die vorliegende Arbeit hat daher den Anspruch, ein weiterer Schritt auf diesem Weg zu sein.

2.4 Psychotherapieforschung

Nach Schindler (1996) soll Psychotherapieforschung im Allgemeinen dazu dienen, das Verständnis der therapeutischen Wirkmechanismen zu verbessern und auf Grundlage dieser Erkenntnisse ihre Anwendung in der Praxis effizienter zu gestalten. Dies kann sich einerseits auf die generelle Wirksamkeit einer Therapie beziehen und bedeutet somit eine Erfassung von Outcome-Variablen, oder andererseits auf die innerhalb einer Therapie ablaufenden Prozesse, so dass bestimmte Prozess-Variablen im Fokus des Interesses stehen. Psychotherapieforschung soll demnach einen Beitrag zur gesetzlichen Forderung nach Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung leisten (Schulte, 1993). Dabei kann die Qualität von Psychotherapien entweder in

Gruppen- oder Einzelfalldesigns überprüft werden, wobei das jeweilige Untersuchungsdesign wiederum verschiedene Vor- und Nachteile birgt. Aufgrund der Bedeutung für die vorliegende Diplomarbeit wird im Folgenden lediglich auf die Theorie der Einzelfallforschung näher eingegangen.

2.4.1 Einzelfallforschung

Obwohl Einzelfallstudien sowohl in der klinisch-psychologischen Forschung als auch in der Praxis eine wichtige Rolle spielen, werden sie nur selten publiziert (Perst & Baumann, 1999). Ihr Einsatz wird immer dann bevorzugt, wenn erst wenige Erkenntnisse über Wirkweise und Wirksamkeit einer neuen Therapiemethode vorliegen (Baumann & Reinecker-Hecht, 1998), denn das Vorgehen eignet sich insbesondere zur Erfassung komplexer Phänomene und zur Hypothesengenerierung (Kern, 1997a; Petermann, 1996; Strauß, 1996), wozu neben Prozessmaßen natürlich auch Outcome-Variablen erhoben werden (Kiesler, 1969; Schindler, 1995). Reinecker (2003) nennt spezielle Fälle, in denen Einzelfallstudien aus inhaltlichen und methodischen Gründen angezeigt sind. Hierzu gehören unter anderem die Untersuchung von sehr seltenen Phänomenen, die erstmalige Anwendung eines Verfahrens und die Aufklärung der Varianz sehr heterogener Stichproben.

Das einzelfallanalytische Vorgehen ist besonders dann von Vorteil, wenn man bedenkt, dass Gruppenvergleiche aufgrund des Informationsverlustes der individuellen Einzelwerte auf bestimmte Fragestellungen limitiert sind (Barlow & Hersen, 1984). Genau dieser Gewinn kann allerdings auch zum Nachteil werden, wenn von der Betrachtung eines Einzelfalls, bei der man von Parametern eines Individuums ausgeht, Generalisierungen vorgenommen werden sollen (Reinecker, 1995). Dabei stellt sich jedoch die Frage, inwiefern auch bei Gruppenvergleichen eine Übertragung von Analyseergebnissen aus Untersuchungen von vielen Fällen auf den nächsten, noch nicht erfassten Fall tatsächlich zulässig ist (Huber, 1978). Diese Diskussion ist noch immer nicht zugunsten der einen oder anderen Sichtweise beendet worden, kann aber auch nicht über den wesentlichen Beitrag der Einzelfallanalyse zum besseren Verständnis psychischer Mechanismen hinwegtäuschen.

Es lassen sich verschiedene Forschungsstrategien für den Einzelfall unterscheiden, wobei die quantitative Einzelfallanalyse für das Anliegen dieser Diplomarbeit am besten geeignet erscheint. Nach Regli, Grawe, Gassmann und Dick (1998) wird hierbei versucht, mit Hilfe von standardisierten Datenerhebungsinstrumenten der Forderung nach Objektivität, Intersubjektivität und Replizierbarkeit nachzukommen. Das Design greift jedoch nicht, anders als bei experimentellen Studien, in das therapeutische Geschehen ein. Vielmehr soll die unbeteiligte Beobachterperspektive anhand verschiedener Messinstrumente Rückschlüsse auf den Prozess erlauben. So können

letztlich relevante Wirkmechanismen identifiziert und zur erneuten Hypothesengenerierung und –überprüfung genutzt werden. Kern (1997b) bezeichnet genau dieses Vorgehen mit dem Titel 'Fallstudie'. Er betont auch, dass dabei die Daten aus der Beobachterrolle gewonnen werden und so den Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität genügen, beklagt allerdings, dass in einer Fallstudie die Kontrolle der Störvariablen fehlt, was ihre Beweiskraft etwas einschränkt. Nach Petermann (1996) bedeutet 'Quantitative Einzelfallbetrachtung' die prospektive Abbildung eines Verlaufs. Bezogen auf die klinische Psychologie würde das eine therapiebegleitende Überprüfung von Interventionsmaßnahmen bedeuten.

Da die hier vorliegende Diplomarbeit die Überprüfung eines neuen und bislang nicht untersuchten Verfahrens zu ihrem Gegenstand hat, scheint die Fallstudie bzw. quantitative Einzelfallanalyse besonders im Hinblick auf die Erfassung der darin ablaufenden Prozesse ein geeignetes Mittel zu sein.

Wie oben erwähnt können in einer Einzelfallanalyse sowohl Prozesse als auch Erfolgsmessungen im Zentrum des Interesses stehen. Aus diesem Grund sollen im Folgenden zunächst die Bedeutung der Erfolgsmessung innerhalb der Therapieforschung und im weiteren Verlauf der Begriff Prozess und die damit einhergehende Prozessforschung näher erläutert werden.

2.4.2 Erfolgsmessung in der Psychotherapie

Erfolgsmessung, auch Outcome-Forschung genannt, ist ein wesentlicher Bestandteil der durch Forschung erreichten Qualitätssicherung von Psychotherapie. Der Wert einer Behandlung ist letztendlich an ihren Konsequenzen für den Therapieerfolg zu messen. Dieser Logik folgend kommt der Definition von den Beurteilungskriterien der Ergebnisqualität und ihren Erhebungsmethoden besondere Bedeutung zu (Schulte, 1993). Generell kann die Heilung oder Besserung von Krankheiten als gemeinsames, gesellschaftlich vorgegebenes Therapieziel gelten. Schulte (1993) folgert, dass die Erfolgsmessung daher drei Schritte beinhalten muss:

1. Die *Operationalisierung der Erfolgsvariablen* und damit eine Festlegung der notwendigen Instrumente. Zu diesen Entscheidungen gehört auch die zu wählende diagnostische Methode.
2. Die *Kriterienbildung*, wobei zwischen Kriterien für den Grad der Veränderung und solchen für den Grad der Zielerreichung unterschieden wird. Wesentliche Bedingung für letztere Messungen ist das Vorliegen einer Vergleichsmöglichkeit, also eines Bezugs- oder Normwertes.
3. Die *Erstellung des Designs der Datenerhebung*, welches die Aspekte der Generalisierbarkeit der Messergebnisse über Zeit, Situation, Verhalten und

Personen gewährleisten sollte. Eine übliche Methode zur Erfassung der Generalisierung über die Zeit sind Katamneseerhebungen.

Gerade Punkt Eins gewinnt an Bedeutung, wenn man bedenkt, dass in etlichen Psychotherapiestudien 'erfolgreiche' mit 'nicht erfolgreichen' Therapien verglichen werden. Daher ist es sinnvoll, genau festzuhalten, wie 'Erfolg' definiert und somit erfasst wurde. Gegenüberstellungen verschiedener Studien erinnern ansonsten eher an einen Vergleich von Birnen mit Äpfeln. Anhand seiner Ausführungen macht Schulte (1993) schließlich deutlich: „die Messung von Therapieerfolg ist vielfältig, aber nicht beliebig“ (S. 388).

Die von Schulte (1993) vorgeschlagenen Richtlinien beziehen sich jedoch lediglich auf die Outcome-Forschung. Daneben sollte nach Schindler (1996) der Untersuchung von Therapieprozessen eine ebenso große Bedeutung zugeschrieben werden wie der Erfolgsmessung, um die Behandlungseffizienz damit zu fördern. Auf die Inhalte und Ziele der Prozessforschung wird daher im nächsten Kapitel näher eingegangen.

2.4.3 Prozessforschung

Mit Hilfe psychotherapeutischer Interventionen soll der aktuelle Leidenszustand der Patientin in einen neuen, zuvor gemeinsam mit dem Therapeuten bestimmten, Erlebens- und Verhaltenszustand überführt werden. Eine persönliche Entwicklung, die sich in konkreten Veränderungen von Erleben, Verhalten und Emotionen manifestiert, ist demnach das Ziel einer jeden Psychotherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2004). Der Therapeut beeinflusst diese innerhalb des therapeutischen Geschehens – er stellt Veränderungsbedingungen her, regt diese an und unterstützt und begleitet die Patientin auf ihrem Weg. Mit dem Begriff Prozess ist demnach eine sozial beeinflusste, in eine bestimmte Richtung verlaufende Entwicklung gemeint, die sich schrittweise an einen gewünschten Zielzustand annähert und mit Erreichen dieses Status endet (Schindler, 1996).

Bisher, so Schindler (1991), ging es im Bereich der Psychotherapieforschung mehr um die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie, also der Erfolgsmessung, und spezifischer um den Nachweis, dass die eigene Therapiemethode den anderen in ihrer Effizienz überlegen ist. Der eigentlich interessante Untersuchungsgegenstand – das psychotherapeutische Geschehen sowohl innerhalb einer Therapiesitzung als auch zwischen den einzelnen Sitzungen – wurde demnach eher vernachlässigt. Erst in neuerer Zeit wird neben der Orientierung an Outcome-Variablen der Erforschung von Mechanismen, die im Rahmen des therapeutischen Prozesses zu Veränderungen führen, zunehmende Beachtung geschenkt. So wird nicht nur geprüft, welche psychotherapeutische Methode erfolgreich behandelt, sondern auch, welche

allgemeinen und spezifischen Aspekte (z.B. Interventionstechniken, Beziehungszustände) innerhalb einer Psychotherapie wirksam sind (Bänninger-Huber, 2001).

Greenberg und Pinsof (1986) definieren Prozessforschung als Interaktionsanalyse zwischen Therapeut und Patientin, deren Ziel es ist, den Prozess der Veränderung innerhalb dieser Interaktion zu identifizieren. Dieser Forschungsansatz umfasst somit das Verhalten und die Erfahrungen des Therapeuten auf der einen und der Patientin auf der anderen Seite.

2.4.3.1 Verschiedene Ebenen der Prozessanalyse

Für das eigentliche Prozessgeschehen innerhalb einer Therapie lassen sich verschiedene Beschreibungsebenen definieren, die sich durch die Komplexität der jeweiligen Einflussfaktoren unterscheiden (Schindler, 1996). Da es allerdings gilt, Veränderungsvariablen zu beschreiben und zu analysieren, sollte bei der systematischen Forschung mit kleinen, leicht beobachtbaren und klar definierten Verhaltenseinheiten begonnen werden. Die Erforschung längerer Interaktionsmuster oder komplexerer Ereignisse kann dann mit zunehmend gesicherter Erkenntnis stattfinden (Elliott, 1991).

In Anlehnung an die Ausführungen Schindlers (1996) lassen sich verschiedene Auflösungsebenen identifizieren (Abbildung 8): Bei der Betrachtung des *Gesamtverlaufs* der Therapie können globale Einschätzung des Klienten- (z.B. Offenheit, Ausdrucksfähigkeit) oder Therapeutenverhaltens (z.B. Empathie, Unterstützung) vorgenommen werden – diese Prozessmerkmale geben allerdings sehr wenig Auskunft über das eigentliche Geschehen. Der Gesamtverlauf lässt sich in einem ersten Auflösungsschritt in verschiedene *Phasen* gliedern, die jeweils unterschiedliche Ziele und Aufgaben beinhalten. Dabei stellt der erfolgreiche Abschluss eines Stadiums die Voraussetzung für das darauf folgende dar. Aus den definierten Zielen können dann zur empirischen Überprüfung Erfolgskriterien abgeleitet werden (z.B. Rollenstrukturierung, Etablierung des Interaktionsstils). Im nächsten Schritt lassen sich die einzelnen Stadien in mehrere *Sitzungen* einteilen, die jeweils unterschiedliche Ziele und Inhalte umfassen. Die einzelnen Ziele stehen im Zusammenhang mit den vorangehenden Sitzungen und im Kontext der jeweiligen Phase. Denkbare Erfolgskriterien wären hier die Erreichung der gesteckten Teilziele oder auch die erfolgreiche Umsetzung von Veränderungen im Alltag der Patientin. Ein weiterer Auflösungsgrad gliedert eine einzelne Therapiestunde in verschiedene *Episoden*. Diese stellen Ereignisse dar, die hilfreich, förderlich oder notwendig für eine Veränderung sind (z.B. therapeutische Unterstützung, neue Erkenntnisse, erarbeitete Problemlösungen). Eine Episode kann wiederum unterteilt werden in einzelne Gesprächsbeiträge, so genannte *Sprechakte*, die aus einer Äußerung oder einem Teil

einer solchen bestehen und sich anhand von Kategoriensystemen klassifizieren, beobachten und auswerten lassen. Als Erfolgskriterien könnten hier beispielsweise unterstützende, ermutigende Äußerungen des Therapeuten oder die Vermittlung neuer Aspekte, die für die Patientin eine Veränderung ermöglichen, genannt werden.

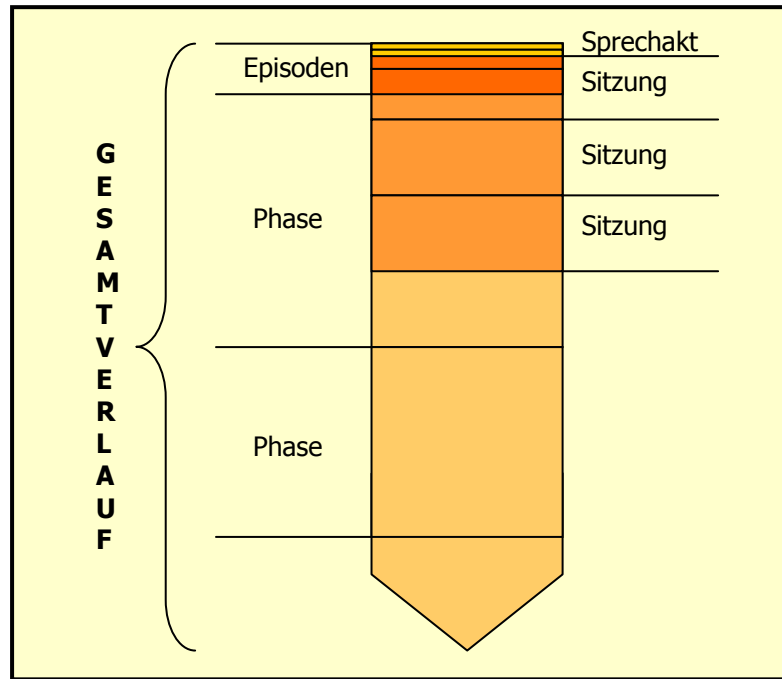


Abbildung 8: Verschiedene Ebenen der Analyse (nach Schindler, 1996).

2.4.3.2 Kombinationsmöglichkeiten verschiedener Forschungsstrategien

Um änderungsrelevante Aspekte zu erforschen, ist es sinnvoll, theoriegeleitete und explorative Untersuchungsstrategien zu verbinden (Schindler, 1996). So können auf der Grundlage eines vorläufigen theoretischen Prozessmodells, das auf Überlegungen und Ergebnissen der verschiedenen psychologischen Richtungen basiert, Hypothesen generiert und im Anschluss daran überprüft werden. Dieses Vorgehen stellt eine Bereicherung dar, weil das Modell durch die gewonnenen Resultate entsprechend erweitert oder korrigiert werden kann. Wichtig dabei ist aber auch, sich von klinischer Erfahrung leiten zu lassen, da nur so Fragen formuliert werden können, die im bisherigen Theoriemodell nicht enthalten sind.

Durch Prozessforschung allein lassen sich jedoch selten interessante Resultate erzielen, da über die Erfolgsrelevanz der gefundenen Ergebnisse keine Aussage getroffen werden kann (Caspar, 1998). Folglich ist es wichtig, diese mit der Ergebnisforschung zu kombinieren, da vorrangig von Interesse ist, wie *erfolgreiche* Therapien wirken. Es wird demnach eine Kombination aus Prozess- und Outcomeforschung, als Prozess-Ergebnisforschung bezeichnet, angestrebt, da sich nur so der Einfluss des Therapieprozesses auf das Ergebnis der Therapie untersuchen lässt (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Die vorliegende Studie befasst sich mit dem Konzept IRP, das für die Therapiepraxis hochrelevant sein dürfte. Angeregt durch die obigen Schlussfolgerungen wurden für diese Untersuchung unterschiedliche Überlegungen und Erkenntnisse des Prozessmodells zur Therapieplanung und –durchführung von Grawe (1998; vgl. Kapitel 2.4.4.1) mit denen der KIP verknüpft. Daraus abgeleitet wurden Hypothesen formuliert, mit denen nicht nur das Prozessgeschehen sondern auch die Wirksamkeit dieses Behandlungsansatzes geprüft werden sollte.

2.4.4 Wege der Prozessforschung

Sowohl die Untersuchungsaspekte als auch die damit einhergehenden Methoden der Prozessforschung sind überaus vielfältig. Eine Möglichkeit besteht darin, Mechanismen zu erfassen, die für die Wirksamkeit und somit den Erfolg einer Therapie verantwortlich sind. Deshalb soll im weiteren Verlauf zunächst auf das Konzept der ubiquitären Wirkfaktoren nach Grawe (1994) eingegangen werden, um im Anschluss daran den Bereich der textanalytischen Prozessforschung näher zu beleuchten. Dieser befasst sich mit dem Prozedere von Wortschatzuntersuchungen, um multiple Austauschprozesse innerhalb des Therapiesgeschehens auf der sprachlichen Ebene darzustellen (Hölzer, Scheytt, Mergenthaler & Kächele, 1994).

2.4.4.1 Wirkprinzipien in der Psychotherapie

Grawe hat die Überlegungen zur Wirkungsweise von Psychotherapien entschieden vorangetrieben. Seine Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass weniger die spezifischen Interventionstechniken als vielmehr gewisse von der angewandten Technik unabhängige Faktoren den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung bestimmen (Grawe, 1994). Hiermit sind solche Aspekte gemeint, die helfen können, das Inkongruenzerleben einer Patientin, das für das Aufsuchen therapeutischer Hilfe verantwortlich ist, zu verringern (Grawe, 2004a).

Der Begriff der Inkongruenz bezeichnet Diskrepanzen zwischen der wahrgenommenen Realität (Wahrnehmungen und Erfahrungen) und den motivationalen Zielen einer Person (Grosse Holtforth & Grawe, 2004). Diese Ziele sind unmittelbar an ihre intentionalen Schemata geknüpft, deren Zweck es ist, die psychische Aktivität eines Menschen zu ordnen und zu strukturieren (Grawe, 1998). Diese intentionalen Schemata werden bereits sehr früh entwickelt und dienen dazu, die Grundbedürfnisse einer Person nach Kontrolle und Orientierung, Bindung und Anschluss, Selbstwert-erhöhung und Selbstwertschutz sowie Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung zu befriedigen (Grosse Holtforth & Grawe, 2004; Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, 2004).

Bei einem hohen Inkongruenzerleben verstoßen die Wahrnehmungen eines Menschen „in grober und andauernder Weise gegen wichtige Schemata und die damit verbunden

Grundüberzeugungen. Die realen Wahrnehmungen weichen so stark davon ab, dass sie nicht an die bestehenden Erwartungen assimiliert werden können“ (Grawe, 1998, S. 426). Inkongruenz impliziert demzufolge eine Nichterfüllung und Vernachlässigung gegenwärtig wichtiger Bedürfnisse und damit einhergehend: schlechtes Wohlbefinden und hohe Symptombelastung (Grosse Holtforth et al., 2004).

Inkongruente Wahrnehmungen beruhen aber nicht nur auf solchen aus der Außenwelt. Vielmehr können auch Signale aus dem eigenen Körper, bestimmte Gedanken oder Erinnerungen Auslöser für derartiges Erleben sein (Grawe, 1998).

Psychotherapien sollten daher bestimmte Wirkprinzipien aufweisen, mit deren Hilfe es möglich ist, das Kongruenzerleben eines Menschen und damit die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse wiederherzustellen und zu sichern – Wirkfaktoren also, die den Erfolg einer Therapie ausmachen.

Der Wirkfaktorenbegriff bezeichnet, Grawe (1999) entsprechend, solche Prozesse, an denen Therapeut und Patientin gemeinsam beteiligt sind, die ihnen allerdings nicht bewusst beziehungsweise von ihnen intendiert sein müssen, um ihre Wirksamkeit entfalten zu können.

Er unterscheidet dabei zwischen allgemeinen, unspezifischen Wirkfaktoren, die bei jeglicher Art von Psychotherapie bedeutsam und daher methodenunspezifisch sind (beispielsweise die Überzeugung des Therapeuten, helfen zu können oder die Erwartung der Patientin, Hilfe zu bekommen), solchen, die für ein bestimmtes therapeutisches Verfahren kennzeichnend sind (z.B. Imaginationen bei KIP) und den vier ubiquitären Wirkprinzipien. Letztere lassen sich aus einer beachtlichen Anzahl verschiedener Psychotherapiestudien ableiten und prägen den Therapieerfolg ganz entscheidend (Grawe, 1994). Da die Verwirklichung dieser Faktoren entscheidend für die Wirksamkeit einer Therapie ist (Grawe, 1999), erscheint es angezeigt, die einzelnen therapeutischen Verfahren dahingehend zu untersuchen, inwieweit diese Wirkmechanismen Berücksichtigung finden. Die vier Konzepte *Ressourcenaktivierung*, *Problemaktualisierung*, *Problembewältigung* und *therapeutische Klärung* werden deshalb zunächst einmal näher vorgestellt, bevor im weiteren Verlauf ihre Realisation im Zusammenhang mit dem Konzept der IRP geprüft wird.

2.4.4.1.1 Wirkfaktor Ressourcenaktivierung

Der Ressourcenbegriff wird häufig gleichbedeutend mit Worten wie 'Stärken' oder 'Potentiale' verwendet und hat einen sehr weit gefassten Bedeutungsinhalt (Willutzki, 2000). Ziele, Wünsche, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Einstellungen, Wissen, Fähigkeiten, zwischenmenschliche Beziehungen, Attraktivität – kurz, all das, was eine Person in einer bestimmten Situation wertschätzt und als hilfreich erlebt, stellt eine Ressource dar (Nestmann, 1996), alle Möglichkeiten also, die einem

Menschen zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung stehen (Gutscher, Hornung & Flury-Kleubler, 1998). Demzufolge kann jeder Aspekt des seelischen Geschehens und der gesamten Lebenssituation eines Menschen als Ressource aufgefasst werden (Grawe, 1998) – als ein positives Ausgangspotential, dessen Verfügbarkeit und Einsatz letztlich sowohl für die psychische und physische Gesundheit als auch für das subjektive Wohlbefinden verantwortlich sind (Willutzki, 2003).

Das Aufsuchen therapeutischer Hilfe hat im Allgemeinen immer etwas damit zu tun, dass einzelne Grundbedürfnisse einer Person, wie das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle oder nach Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung, verletzt sind und somit keine Befriedigung finden (Smith & Grawe, 2003). In einer solchen Situation ist nicht davon auszugehen, dass eine Patientin ihre Ressourcen wahrnehmen kann, geschweige denn dazu fähig ist, Auskunft über diese zu geben (Willutzki, 2000). Fehlende oder zwar verfügbare, aber nicht genutzte Ressourcen stellen Quellen für ein hohes Inkongruenzerleben dar und sind somit ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen (Tröskén & Grawe, 2004). Für eine erfolgreiche Psychotherapie kommt daher der Ressourcenarbeit bzw. *Ressourcenaktivierung* eine essentielle Bedeutung zu, denn eine Problemanalyse allein weist nicht unbedingt in eine bestimmte Veränderungsrichtung und gibt auch keine Auskünfte darüber, *wie* Veränderung möglich werden kann (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Um Ziele zu definieren und Mittel und Wege zu finden, diese zu realisieren, sind daher die Möglichkeiten und Ressourcen einer Person ein ganz wesentlicher Anknüpfungspunkt (Willutzki, 2000). *Ressourcenaktivierung* bedeutet also in diesem Zusammenhang eine Anknüpfung an vorhandene Ziele, Werte und Möglichkeiten der Patientin. Der Therapeut muss diejenigen aufspüren, die für diese motivational am stärksten besetzt und damit für ihr Selbstwertgefühl besonders wichtig sind, um sie für den therapeutischen Veränderungsprozess mobilisieren zu können (Grawe, 1998).

Fühlt sich eine Patientin innerhalb der Therapie nicht auf ihre Probleme reduziert, sondern in ihren Möglichkeiten, Eigenarten, Zielen und Fähigkeiten angenommen, bestätigt und unterstützt, hat das direkte Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden. Sie erlebt sich als kompetent und wertgeschätzt, was wiederum zu einem gesteigerten Selbstbewusstsein und Kontrollenerleben führt. Zusätzlich werden so die Aufnahmebereitschaft für therapeutische Interventionen und die Kooperationsbereitschaft gesteigert (Grawe & Grawe-Gerber, 1999). Oft reicht eine Fokussierung der Aufmerksamkeit auf bestehende Ressourcen aus, um die Problemlösungsversuche der Patientin und dadurch günstige Entwicklungen zu fördern (Smith & Grawe, 2003). Die Auswirkungen ressourcenaktivierender Interventionen bestärken wiederum den Therapeuten in seinem Vorgehen und führen somit zu einer positiven und vertrauensvollen Therapiebeziehung (Grawe, 1998).

Eine optimale *Ressourcenaktivierung* verlangt daher ein therapeutisches Angebot, das ganz auf die individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten der Patientin zugeschnitten ist. Der Therapeut muss folglich sehr flexibel und variabel in seinen Interventionen sein (Grawe, 1994).

2.4.4.1.2 Wirkfaktor Problemaktualisierung

Der Begriff *Problemaktualisierung* wird von Grawe in seinen Arbeiten synonym mit prozessualer Aktivierung verwendet. Beide Begriffe bezeichnen - aus der Perspektive der Schematheorie betrachtet - eine notwendige Bedingung für therapeutische Veränderung (Grawe, 1998).

Nach Grawe (2004a) sind Schemata dafür verantwortlich, der psychischen Aktivität eines Menschen eine Ordnung und Struktur zu geben. Sie werden bereits in den ersten Lebensjahren gebildet und sind demzufolge im Allgemeinen sehr gut eingespielt. Generell, so führt Grawe (2004a) weiter aus, laufen Schemata motiviert ab, das heißt, ihre Etablierung und Steuerung wird von grundlegenden Bedürfnissen und Motiven beeinflusst. Dadurch haben diese Schemata, das darf nicht übersehen werden, eine große emotionale und motivationale Bedeutung für die Patientin. Schemata finden ihren Ausdruck in Form von Wahrnehmungs-, Verhaltens-, emotionalen und motivationalen Reaktionsbereitschaften im impliziten Gedächtnis (Grawe, 2004a). Zu den Inhalten des impliziten Funktionsmodus gehören folglich Erregungsbereitschaften, die unbewusst ablaufen, aus konkreten Situationen und Erfahrungen gebildet wurden und ein schnelles aber nicht immer steuerbares Erleben und Reagieren mit sich bringen (Grawe, 1999a). Eine Veränderung dieser oft schon über Jahre bestehenden Schemata kann nur erfolgen, wenn diese im impliziten Funktionsmodus prozessual aktiviert werden. Da aber Inhalte des impliziten Gedächtnisses vom Bewusstsein aus nicht aktivierbar, also nicht willentlich steuerbar sind, müssen sie vielmehr durch geeignete sensuelle Erfahrungen 'bottom up' angeregt werden. Erst im expliziten Funktionsmodus können sie in der Therapie bewusst betrachtet und verändert werden (Grawe, 1999a; 2004a). Dabei lässt sich oft nicht vermeiden, dass die Patientin im Verlaufe der *Problemaktualisierung* negative Emotionen erlebt. Schließlich wird in bisherige, für sie bedeutende Schema-Abläufe, störend eingegriffen – ihr werden wichtige Anhaltspunkte und Leitlinien ihres Lebens genommen und unangenehme Tatsachen schmerzhaft vorgeführt. Um die Patientin adäquat begleiten und gegebenenfalls auffangen zu können, muss sich ein Therapeut über diese negativen 'Nebenwirkungen' bei der Planung seiner Interventionen im Klaren sein (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Smith, Regli & Grawe, 1999).

Prozessuale Aktivierung bzw. *Problemaktualisierung* dessen, was verändert werden soll, ist damit unabdingbare Voraussetzung für jedwede wirksame psychologische

Beeinflussung etablierter Schemata bzw. neuronaler Erregungsbereitschaften (Grawe, 1999a, 2004a).

2.4.4.1.3 Wirkfaktor Problembewältigung

Bewältigungserfahrungen, die die Patientin innerhalb einer Therapie macht, tragen zu einer Verbesserung ihrer Störung bei, da diese die aufrechterhaltenden Bedingungen der Krankheit (z.B. Vermeidungsverhalten) abschwächen. Dabei kommt es nicht darauf an, wie das genau geschieht oder ob es sich bewusst oder unbewusst, absichtlich oder unabsichtlich zuträgt, sondern allein darauf, dass die Patientin diese positiven Erlebnisse erfährt (Grawe, 1999).

Ziel ist es, sie in ihrem Zutrauen zu stärken, sich Schwierigkeiten und Problemen zu stellen und diese zu überwinden. Bewältigungserfahrungen führen somit zu einer gesteigerten Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartung (Grawe, 1996). Das Entscheidende für die therapeutische Wirkung ist, dass die Patientin erlebt, wie sie die betreffende Situation entsprechend ihrer Ziele bewältigen kann (Grawe, 1994). Ein problemlösungsorientiertes Vorgehen beinhaltet aber nicht nur die Erreichung bestimmter Ziele, sondern auch das Training von handlungsrelevanten Fähigkeiten, die der Patientin in Zukunft zugute kommen können (Grawe, 2003).

Der Therapeut steht ihr mit Angeboten, Ratschlägen und Hilfestellungen aktiv zur Seite und sollte dabei immer die Realisierbarkeit und Wünschbarkeit des zu verändernden Verhaltens beachten (Grawe, 2003). Eine seiner wichtigsten Aufgaben besteht demnach darin, die Patientin realisierungsorientiert zu unterstützen.

Durch Lenkung der Patientinnenerwartungen hat der Therapeut die Möglichkeit, Einfluss auf diese Realisierbarkeitskomponente zu nehmen (Grawe, 1998). Bestimmte Hoffnungen oder Befürchtungen beruhen auf Interpretationen der gegenwärtigen Situation, deren Verbesserung dementsprechend zu einer Veränderung der Erwartungen beiträgt. Diese wird nicht nur durch eine Umgestaltung der Lebenssituation (z.B. im Zuge von Familientherapie) erreicht, sondern auch durch eine Änderung bzw. Erweiterung des Verhaltensrepertoires einer Person. Entspannungsübungen, Reizkonfrontation, Selbstsicherheits- oder Kommunikationstrainings ermöglichen durch positive Bewältigungserfahrungen dauerhafte Veränderungen im Erleben und Verhalten (Grawe, 1996).

Änderung der Realisierbarkeitserwartung trägt somit unmittelbar zu einer Besserung der Bedürfnisse bei, denn Intentionsrealisierung bedeutet Bedürfnisbefriedigung (Grawe, 1998).

2.4.4.1.4 Wirkfaktor therapeutische Klärung

Dauerhafte Veränderungen im Erleben und Verhalten einer Patientin können, wie oben beschrieben, durch positive Bewältigungserfahrungen, die die Patientin während der Therapie macht, erreicht werden. Die Verhaltenstherapie beispielsweise betont und nutzt vorwiegend diesen Aspekt (Fliegel et al., 1998).

Dennoch gibt es Therapien, die nachweislich wirksam sind, obwohl ihr Fokus nicht auf den Bewältigungserfahrungen liegt (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Hierzu zählen beispielsweise die Gesprächspsychotherapie oder die Psychoanalyse. Wie kann dieses Phänomen erklärt werden? Schaut man sich die Vorgehensweise und die Ziele der beiden Therapieformen an, so wird schnell deutlich, dass diese Ansätze eine spezielle Perspektive, ein bestimmtes Vorgehen bevorzugt anwenden – beide Verfahren arbeiten verstärkt unter Einbeziehung der Motivperspektive der Patientin. Sowohl der Gesprächstherapeut, als auch der Psychoanalytiker helfen der Patientin intensiv dabei, sich über die Bedeutungen ihres Erlebens und Verhaltens hinsichtlich ihrer Werte und Ziele klarer zu werden. Unbewusste Intentionen bzw. undurchschaubare Motivkonstellationen der Patientin, die zu einem bestimmten Problem führen und es aufrechterhalten, werden so ermittelt und bearbeitet (Grawe, 2003). Hierzu können sehr unterschiedliche Techniken eingesetzt werden, wie beispielsweise 'vertiefende Bearbeitungsangebote' im Sinne von Sachse (2003) oder gezielte Deutungen, wie es die Psychoanalyse vorsieht (Grawe, 1996). Alles, was hilft, damit die Patientin größere Klarheit über sich selbst gewinnt, ist willkommen. Klärungsprozesse, sowohl im Sinne des Erkennens funktionaler Zusammenhänge als auch im Sinne motivationaler Klärung, spielen aus zwei Gründen eine wichtige Rolle im therapeutischen Vorgehen. Vordergründig erfüllen sie die Aufgabe, Zielformulierungen vorzubereiten, den Entschluss zum Handeln zu ermöglichen und die Durchführung von Veränderungsschritten einzuleiten. Die Einsicht motiviert somit die Patientin, etwas zu ändern (Grawe, 1996). Die zweite wichtige Funktion kommt Klärungsprozessen im Sinne einer Bedürfnisbefriedigung und damit der Verringerung von Inkongruenz zu. Bei einer Patientin, deren Bedürfnis nach Orientierung aktiviert ist, kann es heilsam sein, dass sie ihren bis dahin als irrational und fremd erlebten Beschwerden einen Namen geben kann und sie das Gefühl bekommt, sich etwas genauer verstanden zu haben. Solch tieferes Begreifen ist eine Bedürfnisbefriedigung in sich und vermindert die in diesem Punkt erlebte Inkongruenz (Grawe, 1999a; 2004a; Senf & Schneider-Gramann, 1990) – der Patientin geht es besser.

Begründet und belegt durch verschiedene theoretische Überlegungen und differentielle Studien (Pfammatter, 1997) stellt therapeutische Klärungsarbeit demzufolge einen wesentlichen, nicht zu unterschätzenden Wirkfaktor in der Psychotherapie dar. Sie

ermöglicht die Veränderung von individuell erlebten Bedeutungen, indem bisher automatische, unreflektierte Verhaltens- und Erlebnisweisen und unbewusste motivationale Aspekte der bewussten Analyse und dadurch erst der Veränderung zugänglich gemacht werden (Grawe, 1994).

2.4.4.2 Regeln einer Allgemeinen Psychotherapie nach Grawe

Wie den obigen Schilderungen zu entnehmen ist, liefern die vier Wirkfaktoren jeder für sich einen wichtigen Beitrag zum Gelingen einer Therapie. Idealerweise sollten diese Faktoren nicht unabhängig voneinander zum Tragen kommen. Um beispielsweise Implizites für die therapeutische *Klärung* explizit zu machen, bedarf es der *Problemaktualisierung*. Um danach die im Klärungsprozess für notwendig erachteten Veränderungen umsetzen zu können, erfordert es viele Ressourcen, und schlussendlich braucht es etliche positive Bewältigungserfahrungen, um das neue Verhalten und Erleben dauerhaft auf allen Ebenen zu festigen (Grawe, 1996, 2004a; Dick, Grawe, Regli & Heim, 1999).

Grawe (1994) hat in diesem Zusammenhang einen Vorschlag für eine *Allgemeine Psychotherapie* gemacht, in der die genannten Wirkfaktoren in hohem Maße Anwendung finden. Es geht ihm dabei nicht darum, eine neue Therapieform zu begründen, sondern ein Leitbild zu entwerfen, das zum Ziel hat, „die positiven Möglichkeiten der Psychotherapie so extensiv wie möglich zu erkunden, sie weiterzuentwickeln und das Mögliche auch zu verwirklichen, sowohl auf der Ebene des Einzelfalls als auch auf der Ebene des Versorgungssystems“ (Grawe, 1999a, S. 351). Eine solche integrative Therapie sollte demnach frei von Ideologien sein und sich an empirisch fundierten Konzepten orientieren. Auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse der Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen sollte sie sich kontinuierlich weiterentwickeln (Grawe, 2003). Das zentrale Anliegen der Allgemeinen Psychotherapie ist es, das therapeutische Vorgehen ganz individuell auf die einzelne Patientin abzustimmen (Itten, Tröskén & Grawe, 2004).

In Grawes Artikeln und Studien zur Allgemeinen Psychotherapie und deren Wirkfaktoren finden sich Hinweise und sogar explizite Handlungsregeln, wie Psychotherapie bestmögliche Ergebnisse erzielen könnte. Schließlich ist es einleuchtend, dass das vielschichtige Therapiegeschehen nicht durch ein bloßes Aneinanderreihen von Wirkfaktoren erfolgreich wird, sondern ein komplexes Muster von Wenn-Dann-Bedingungen das Gelingen oder Scheitern einer Therapie ausmacht (Grawe, 1999b). So fanden Schramm, van Calker und Berger (2004) zwar keine Unterschiede zwischen erfolgreichen und wenig erfolgreichen Therapien in der Ausprägungsstärke der Wirkfaktoren, wenn diese über die gesamte Therapie hinweg erhoben wurden, es bestanden aber signifikante Unterschiede bezüglich des

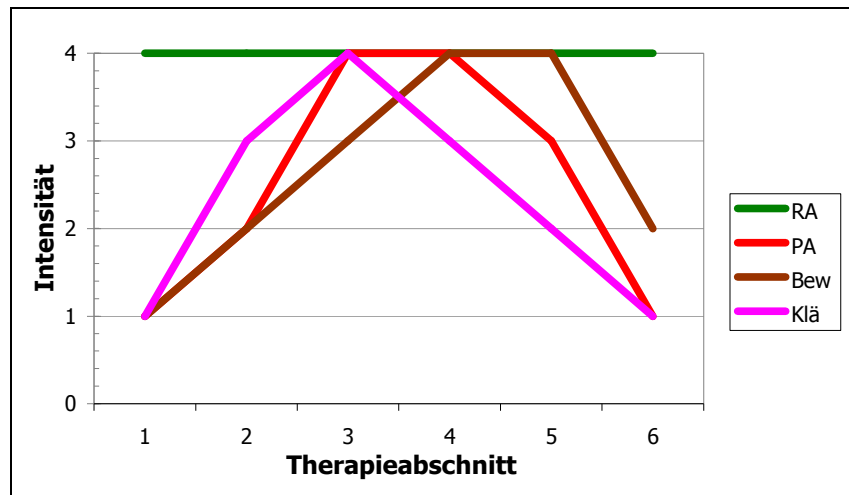
Aktivierungsausmaßes einzelner Wirkfaktoren in unterschiedlichen Therapiephasen. Diese Erkenntnis steht im Einklang mit der Forderung nach einer Anerkennung der komplexen Wechselwirkungen und rekursiven Vorgänge therapeutischer Prozesse (Märtens & Petzold, 1997).

Im Folgenden werden die gefundenen Studienergebnisse in Form von sieben Leitregeln dargestellt. Dabei beziehen sich die Autorinnen lediglich auf Ergebnisse, die die Kombination und den zeitlichen Aspekt der ubiquitären Wirkprinzipien ansprechen. Demzufolge wird zwischen Regeln diskriminiert, die die Kombination (I bis III) der Wirkfaktoren betreffen und solchen, die sich mit deren zeitlichem Einsatz (IV bis VII) beschäftigen:

- I. *Ressourcenaktivierung* sollte immer in erhöhtem Maße erfolgen (Dick et al., 1999):
 - a. Als alleinig realisiertes Wirkprinzip sorgt sie für die Stabilisierung der Therapiebeziehung (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Regli, Bieber, Mathier & Grawe 2000) oder Festigung der Patientinnenressourcen (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998; Schramm, van Calker & Berger, 2004).
 - b. In Kombination mit *Problemaktualisierung* sind besonders die Teile der *Ressourcenaktivierung* relevant, die eine gute Therapiebeziehung begünstigen, da die Patientin sich ohne diese Maßnahme überfordert und alleingelassen fühlt, was dem Erfolg der Therapie abträglich ist (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998; Smith et al., 1999; Smith & Grawe, 2003).
 - c. In Kombination mit *Problembewältigung* ist besonders der Aspekt wichtig, der der Patientin ihre Fähigkeiten und Stärken aufzeigt, so dass ihre Kompetenzerwartung steigt (Grawe, 1996).
 - d. In Kombination mit *Klärung* wird sie verwendet, um der Patientin eine lösungsorientierte Perspektive zu ermöglichen (Grawe, 1996; Grawe & Grawe-Gerber, 1999).
- II. *Klärung* und *Bewältigung* sollten sich in einer Therapie ergänzen und nicht ausschließen. *Klärung* kann Problembereiche eröffnen, während *Bewältigung* diese zu schließen vermag (Grawe, 1996).
- III. *Problemaktivierung* ist notwendige Vorraussetzung für erfolgreiche *Klärung* und *Bewältigung*, da nur sie die Schemata des impliziten Funktionsmodus der Bewusstwerdung und Veränderung zugänglich machen kann (Dick et al, 1999; Grawe, 1999a; Smith et al., 1999).

- IV. *Ressourcenaktivierung* sollte von Beginn bis Ende der Therapie eine wesentliche Rolle spielen. Es gibt lediglich Differenzierungen hinsichtlich ihres Inhalts. Aspekte,
- a. ... die die Therapiebeziehung betreffen, sollten besonders zu Beginn der Therapie erhöht sein, da so eine gelungene Zusammenarbeit gefördert wird. Dieser Aspekt wirkt sich wiederum positiv auf ein erfolgreiches Therapieergebnis aus (Regli et al., 2000).
 - b. ... die die Fähigkeiten und Stärken der Patientin ansprechen, sollten zum Ende einer Therapie zunehmen, da die Patientin so unter anderem in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung gefestigt wird (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998).
- V. *Klärung* sollte verstärkt in der ersten Therapiehälfte (Ausnahme erste Sitzung) realisiert werden und ihren Höhepunkt am Ende dieser Hälfte erreichen, um dann in ihrer Intensität nachzulassen (Pfammatter, 1997; Schramm et al., 2004).
- VI. *Bewältigung*
- a. ... sollte in der zweiten Hälfte der Therapie an Intensität zunehmen und kurz vor Ende dieser abklingen (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998; Schramm et al., 2004).
 - b. ...sollte, wenn sie stattfindet, auch innerhalb einer einzelnen Sitzung an Intensität zunehmen (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998; Schramm et al., 2004).
- VII. Die ersten sechs Regeln implizieren, dass *Problemaktualisierung* sowohl in der ersten als auch in der letzten Sitzung gering und dazwischen hoch ausgeprägt sein sollte (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998; Schramm et al., 2004).

Wie ein ideales Wirkfaktorenprofil unter Berücksichtigung der beschriebenen Leitlinien über den Therapieverlauf hinweg aussehen würde, wird zusammengefasst in Abbildung 9 veranschaulicht. Dabei ist eine Wirkfaktorenintensität von eins als gering und eine Stärke von vier als hoch zu bewerten.



RA = Ressourcenaktivierung, PA = Problemaktualisierung, Bew = Bewältigung, Klä = Klärung

Abbildung 9: Ideale Konstellation der Wirkfaktoren über die verschiedenen Abschnitte einer gesamten Therapie hinweg.

2.4.4.3 Textanalytische Prozessforschung

Die Darstellung der in einer Therapie ablaufenden Vorgänge und Entwicklungen ist in der Forschungspraxis nicht einfach. Grawe und seine Mitarbeiter haben zur Erfassung der oben beschriebenen Therapieprozesse eine Reihe von Instrumenten entwickelt, die bei diesem Unterfangen behilflich sein können – beispielsweise die Wirkfaktorenanalyse (WIFA; Grawe, Regli, Smith & Dick, 1999), die Cubus-Analyse (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998), das Berner Ressourceninventar (Trösken, 2002) und der Inkongruenzfragebogen (INK; Grosse Holtforth et al., 2004).

Trotz allem besteht immer noch die Schwierigkeit, bestimmte Therapieprozesse direkt messen zu können und nicht erst den Umweg einer Beurteilung auf der Grundlage von Beobachtungen oder Fragebogen gehen zu müssen. Grawe (2004b) hat hierzu zwar in einem seiner Vorträge einen visionären Vorschlag unterbreitet (Abbildung 10), allerdings scheitert dieser bis heute an den technischen Möglichkeiten.

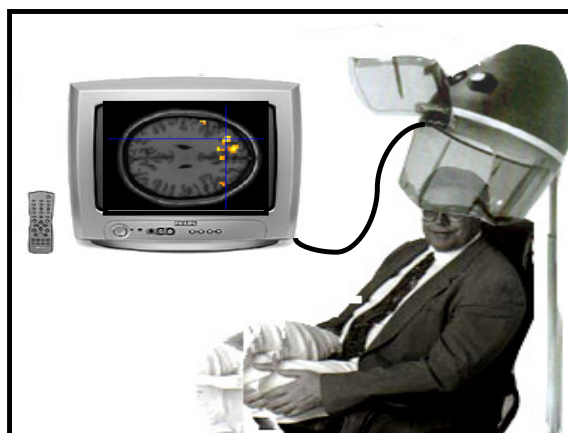


Abbildung 10: Visionäre Vorstellung von Klaus Grawe wie psychische Vorgänge in Zukunft gemessen werden könnten (modifiziert nach Grawe, 2004b).

Es ist anzunehmen, dass multiple Austauschprozesse, wie sie innerhalb einer Therapie zu finden sind, auch im Bereich der Sprache und deren Bestandteilen ihren Niederschlag finden (Hölzer et al., 1994). Bezogen auf das Problem der Erfassung therapierelevanter Prozesse scheinen daher Wortschatzuntersuchungen als Teil der empirischen Psychotherapieforschung eine viel versprechende Lösung zu sein.

Aus dieser Überlegung heraus wurden in der Sprachwissenschaft textanalytische Instrumente entwickelt, die verschiedene Wortgruppen als Operanden psychischer Prozesse definieren und erfassen (Frommer, Romppel & Berth, 2005). Diese Verfahren finden anhand der innerhalb einer Therapie vorkommenden Worte zum Beispiel Hinweise auf emotionale Verarbeitung (Affektives Diktionär Ulm, ADU; Hölzer, 1996), emotionalen Gehalt (Dresdener Angstwörterbuch, DAW; Berth & Suslow, 2003) oder auf den Anteil an Regression (Regressive Imagery Dictionary, RID; Martindale, 1975). Sie sind also mögliche Operationalisierungen komplexer psychologischer Konstrukte, anhand derer belegt werden kann, dass und vor allem wie Psychotherapie wirkt. Dabei werden die Methoden bevorzugt, die – reliabel und systematisch – intersubjektiv nachvollziehbare Algorithmen offerieren (Hölzer, 1996).

Textanalytische Instrumente ergeben nach Hölzer (1996) jedoch nur Sinn, wenn sie auf einer überschaubaren Theorie mit sparsamen und übersichtlichen Annahmen basieren, ein empirisch überprüftes Kategoriensystem nachweisen können und genügend klinische Relevanz besitzen.

Aus oben genannten Gründen wächst die Attraktivität der computerunterstützten Inhalts- bzw. Vokabularanalysen, die den Forderungen nach Objektivität und Systematik genügen (Hölzer, 1996). Das Prinzip computerunterstützter Vokabularuntersuchung besteht nach Hölzer und Mitarbeitern (1994) darin, „daß [*sic*] Auswertungskategorien als extensional definierte Begriffslisten dem Computer verfügbar gemacht werden, der dann durch entsprechende Programmschritte maschinenlesbare Texte nach den in den Begriffslisten aufgeführten Einzelwörtern absucht“ (S. 383).

Die computerunterstützte Vokabularanalyse impliziert typischerweise einen Prozess mit drei Datenreduktionsstufen (Abbildung 11). Der innerhalb einer therapeutischen Interaktion stattfindende Dialog wird identifiziert und zunächst auf verbale Daten reduziert. Im nächsten Schritt wird dieser verbale Austausch auf der Einzelwortebene zerlegt, um schließlich die gefundenen Einzelworte auf bestimmten, theoretisch abgeleiteten und inhaltlich definierten Kategorien abzubilden (Hölzer, 1996).

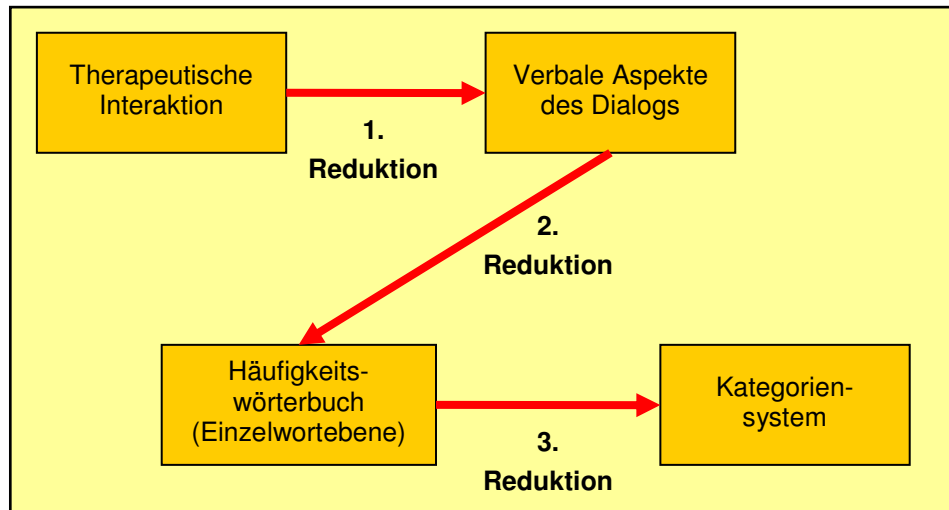


Abbildung 11: Datenreduktion in der computerunterstützten Vokabularanalyse (modifiziert nach Hölzer, 1996, S. 7).

Die computergestützte Methode der Textanalysen auf der Einzelwortebene stellt sicherlich nur einen kleinen Ausschnitt aus einem hochkomplexen Forschungsfeld dar. In Kombination jedoch mit Ergebnissen aus anderen Bereichen, kann dieses Vorgehen einen wichtigen Beitrag zur Erklärung komplizierter Psychotherapiephänomene liefern.

Nachfolgend wird die inhaltliche Thematik zweier textanalytischer Messinstrumente näher beschrieben. Sowohl Emotionsworte als auch das Konstrukt des Primär- und Sekundärprozesses können, nach Ansicht der Autorinnen, in einen Zusammenhang mit den beiden wichtigsten Wirkprinzipien Grawes – *Ressourcenaktivierung* und *Problemaktualisierung* – gestellt werden.

2.4.4.3.1 Emotionsworte

Im psychotherapeutischen Kontext steht die Arbeit am emotionalen Erleben und Verhalten der Patientin oft im Vordergrund (Hölzer et al., 1994). Es erscheint daher sinnvoll, die Verbalisierung von Emotionswörtern als klinisch relevanten, quantitativen Indikator der Emotionsverarbeitung innerhalb einer Therapiebeziehung zu konzeptualisieren (Hölzer, 1996).

Werden die untersuchten Emotionsworte als Parameter psychotherapeutischer Prozesse angesehen, so können mit ihrer Erfassung und Analyse verschiedene Vorgänge in der Therapie näher untersucht und dadurch vielleicht auch besser erklärt werden. Beispielsweise könnte man die Frage stellen, welche Gefühle in welchem Umfang von Therapeuten erfolgreicher Therapien versprachlicht werden (Hölzer, 1996).

Die Realisierung der Wirkfaktoren aus Grawes Prozessmodell impliziert eine gewisse Tönung der Emotionsverarbeitung. Werden Probleme aktualisiert, ist auf Seiten der Patientin beispielsweise mit dem Erleben und der Verbalisation negativer Gefühle zu

rechnen. Weiter kann angenommen werden, dass die Aktivierung von Ressourcen in Bereichen wie Beziehung, Fähigkeiten und Potentialen eher mit positiven Emotionen einhergeht. Auch in diesem Fall ist es wahrscheinlich, dass sich das Erfahren positiver Gefühle in der Wortwahl ablesen lässt.

Vokabularuntersuchungen zum Gebrauch von Emotionsworten in der Psychotherapie konnten zeigen, dass besonders erfolgreiche Therapeuten mehr Emotionen innerhalb der Therapie verbalisieren als solche von weniger günstig verlaufenden Behandlungen. Emotionsverarbeitung eignet sich dementsprechend als differentielles Kriterium für Therapieerfolg (Hölzer, 1996).

2.4.4.3.2 Primär- und Sekundärprozess

Die Konzepte von Primär- und Sekundärprozess stammen aus der psychoanalytischen Tradition und lassen sich nach Soldt (2003) als die Grundformen des Denkens charakterisieren, die inhaltlich in affektiv und sprachbegrifflich eingeteilt werden können. Beide Konzepte sollen in diesem Kapitel kurze Vorstellung finden und ihr Zusammenhang mit der KIP soll verdeutlicht werden.

Soldt (2004a) entsprechend, nimmt der *Sekundärprozess* Bezug auf das von der Sprache durchdrungene Denken, zu dessen Strukturen Begriffe und sprachliche Zeichen zählen. Denken auf Sekundärprozessniveau setzt damit eine „sprachbegriffliche Fassung der Repräsentanzwelt“ (Soldt, 2004b, S. 15) voraus. Der Sekundärprozess entwickelt sich folglich verstärkt mit dem Spracherwerb. „Das Identische im Verschiedenen der einzelnen repräsentierten Szenen kann nun abstrahiert werden, sie können in Sprachbegriffen aufeinander bezogen werden, und es kann ein Bewusstsein entstehen, das erlaubt, einzelne Aspekte von Interaktionen zu erkennen“ (S. 16). Soldt (2004a) führt weiter aus, dass es sekundärprozesshaft möglich ist, *einzelne* Situationsmerkmale zu erkennen und emotional zu erleben – anders als im Primärprozess, in dessen Affekten sich *ganze* Situationsklassen offenbaren. Diese Ansicht wird von Stigler (2005) gestützt, indem er auf den engen Zusammenhang zwischen Sekundärprozess und selektivem Erleben hinweist. Erst durch die mit Hilfe des Sekundärprozesses herbeigeführte Einengung der Wahrnehmung und des Erlebens wird effizientes Planen und Handeln möglich. Daher hält sich dieser an vorgegebene Zeitstrukturen und steht ganz im Dienste der Realitätsbewältigung. Nur die durch Selektion entstandene Vereinfachung der Wirklichkeit erlaubt eine klare Abgrenzung einzelner Ereignisse und deren Benennung, ermöglicht rationales Denken, eindeutiges Entscheiden und planmäßiges Vorgehen. So sorgt der Sekundärprozess für die akute Bewältigung gerade erlebter Ereignisse und gegenwärtiger Emotionen (Stigler, 2005).

Noy (1969) zufolge wendet der Mensch im *Primärprozess* hingegen seinen Blick seiner Gefühlswelt zu, richtet ihn nach innen, lässt sich ein auf seine inneren Erfahrungen und auf deren Führung. Der Primärprozess steht dabei ganz im Dienste des Selbst – er wacht über die Kohärenz und Kontinuität der innersten Identität und sorgt für nachhaltige Verarbeitung und Integration von Erlebnissen, vor allem solcher emotionaler Art (Stigler, 2005). Dieser Integration dienen vornehmlich funktionelle Mittel wie Verschiebung oder Verdichtung (Stigler & Pokorny, 2000), die ihren Ausdruck beispielsweise in Träumen, Phantasien, Spielen oder in der Kunst finden. Dass der Primärprozess für umfassendes, ganzheitliches Erleben sorgt (Stigler, 2005) und abstrakte Konzepte des Sekundärprozesses in konkrete sinnliche Darstellungen transformiert (Salvisberg, 2000) ist vor allem in seiner Entstehung begründet: In der menschlichen Entwicklung zeichnet sich der Wahrnehmungsprozess dadurch aus, dass zunächst alle Sinnesmodalitäten gleichzeitig an ihm beteiligt sind, ebenso körperliche und motorische Aktivitäten, vegetative Funktionen und emotionale Tönungen. Wahrnehmung ist somit ein holistischer Prozess, der mit dem Begriff kommodal umschrieben werden kann (Salvisberg, 2000). Alle Erfahrungen, die ein kleines Kind mit Menschen und Objekten macht, haben gleichermaßen wie seine Handlungen eine emotionale Färbung, die mit allen Sinnesmodalitäten verbunden sein können. Nach Salvisberg (2000) „kann zum Beispiel die Erfahrung der Geborgenheit im weichen, wiegenden Arm der Mutter gemacht werden oder im sanften Ton ihrer Stimme oder in ihrem warmen Blick“ (S. 33).

Durch den Primärprozess werden demnach basale, implizite Schemata sowohl aktiviert als auch reaktiviert, so dass Unbewusstes an die Oberfläche gelangen und dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden kann (Maxeiner & Salvisberg, 2000). Affekte bilden nach Soldt (2004b) die Strukturen des Primärprozesses. Diese Affekte sind die Symbole der psychischen Repräsentanzwelt – sie konstituieren das Psychische und repräsentieren sich symbolisch. Weiterhin nimmt der Primärprozess Bezug „auf affektiv-undifferenziertes Denken“ (Soldt, 2004a, S. 114).

Der Primärprozess verbindet das Innere und das Äußere, das Gefühl mit der Sache. Die Imaginationen der KIP bieten den Raum für diese Erfahrungen. Hier umfasst die Symbolik alle Bereiche der sinnlichen Wahrnehmung. Gefühle, die mit bestimmten Bildern, Tönen, Gerüchen oder Bewegungen assoziiert sind, werden erweckt und kommen mit Hilfe der funktionellen Mittel des Primärprozesses zur Darstellung. Sinnliche Dinge erhalten hierdurch eine individuelle Bedeutung (Salvisberg, 2000), Implizites wird bewusst und somit bearbeitbar.

Der Primärprozess entwickelt sich im Laufe des Lebens immer weiter und funktioniert parallel und komplementär zum Sekundärprozess (Stigler, 2005). Tabelle 3 stellt die

wesentlichen Funktionen der beiden Denkarten noch einmal in zusammengefasster Form gegenüber.

Tabelle 3: Wesentliche Aufgaben und Merkmale von Primär- und Sekundärprozess (in Anlehnung an Stigler, 2005).

Primärprozess	Sekundärprozess
im Dienste des Selbst : hält Identität, Kohärenz und Kontinuität des Selbst aufrecht	im Dienste der Bewältigung der Realität
nachhaltige Verarbeitung und Integration des (v. a. emotionalen) Erlebens	sorgt für die akute Bewältigung des gerade Erlebten, der momentanen Emotionen
umfassendes Erleben des Ganzen: holistische Wahrnehmung mit allen Sinnesmodalitäten	selektives Erleben, effizientes Planen und Handeln: Wahrnehmungs- und Erlebnisstrom einengen, vereinfachen, benennen, klar abgrenzen, rational denken und konzipieren, eindeutig entscheiden, planmäßig vorgehen
hält sich an keine vorgegebene Zeitstruktur	hält sich an vorgegebene Zeitstrukturen
entwickeln sich im Laufe des Lebens beständig weiter , funktionieren parallel und komplementär	

Die therapeutische Relevanz des Primär- und Sekundärprozesses erhält im Zusammenhang mit den von Grawe (1994) postulierten Wirkfaktoren zusätzliche Betonung: Gemäß Grawe (1998) ist durch prozessuale Aktivierung ein Zugang zu früheren Funktionen und Erfahrungen möglich (siehe Kapitel 2.4.4.1.2). Implizite und somit unbewusst ablaufende Schemata können nach Salvisberg (2000) jedoch allein durch erneute Darbietung desselben Reizes reaktiviert werden, der die Grundlage ihrer Entwicklung bildete – bewusste Aufmerksamkeitsprozesse haben keinen Zugriff. Introspektion ist daher ohne erneute externe Stimulation unmöglich. Grawe (1998) erklärt dazu, dass die Spuren, die sich durch frühere Koppelungen von Reizen und Reaktionen im Gedächtnis gebildet haben, an die Sensorik des jeweiligen Sinnessystems geknüpft und deshalb modalitätsspezifisch sind. Gerade die Gefühlsverbundenheit spielt also eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Reaktivierung dieser Gedächtnisspuren. Durch die in den Imaginationen bereitgestellten kommodalen Funktionen (gemeint ist das Erleben mit allen Sinnesmodalitäten) werden laut Salvisberg (2000) emotionale Erfahrungen, die entsprechend dem Konzept der kommodalen Wahrnehmung unabhängig von der Modalität gespeichert sind, über verschiedene Modalitäten wiederbelebt und reaktiviert. Durch die Anregung des Primärprozesses wird KIP folglich zum Mittel *prozessualer Aktivierung*. Grawe (1998) hebt besonders die Anknüpfung an die *Ressourcen* eines Menschen und deren Nutzung als Grundvoraussetzung für den Erfolg von

Psychotherapie hervor. KIP bedient sich durch die Anregung des Primärprozesses demnach eines Hilfsmittels, das einer Person als natürliche Fähigkeit innewohnt (Salvisberg, 2000). Die aktualisierten Gedächtnisinhalte erfahren durch den Primärprozess spezifische Bearbeitung, indem die in den Emotionsschemata gespeicherten Ängste, die Abwehr, der Widerstand, aber auch Erwartungen, Wünsche, Hoffnungen und andere unbekannte Kostbarkeiten mobilisiert, dargestellt, erlebt und bearbeitet werden. Das dialektische Prinzip der Imagination nach Art der KIP spricht zudem das sekundärprozesshafte Denken an. Durch Sprache wird das symbolisch Erlebte verstehbar. Das imaginative Geschehen ermöglicht es der Person, neue Erfahrungen zu machen. So wird während des Tagtraums *Problembewältigung* durch den Therapeuten immer wieder angeregt und gefördert. Durch den Dialog mit der Patientin hält er den Primärprozess aufrecht, stützt diesen und trägt zu seiner Gestaltung und Leitung bei (Salvisberg, 2000). Die anschließende Reflexion, das Erkennen von Zusammenhängen zwischen Erleben und Verhalten in der Imagination und im realen Leben braucht die Mechanismen des Sekundärprozesses. So kann das Identische abstrahiert werden, was der Patientin zu neuen Erkenntnissen verhilft – ein Aspekt, der dem Grawe'schen Wirkfaktor *Klärung* gleichkommt.

Wie bereits beschrieben, schließen sich Primär- und Sekundärprozess keineswegs aus, sondern stehen in einem dialektischen Verhältnis zueinander (Soldt, 2003). Seelische Prozesse werden in diesem dialektischen Modell ganzheitlich betrachtet, Primär- und Sekundärprozess als Zusammenhang von affekt- und begriffssymbolischem Denken verstanden (Steiner & Krippner, im Druck). Soldt (2004b) geht davon aus, dass es innerhalb der Imaginationen zu einem ständigen Hin- und Herwechseln zwischen beiden Prozessen kommt: „Beständig unterliegen die primärprozesshaft gefügten Bilder einer sekundären Bearbeitung, die wiederum zur Voraussetzung einer neuerlichen regressiven Verwandlung wird und so weiter“ (S. 21). Die Schlussfolgerung aus diesen Überlegungen wäre demnach, dass immer entweder das eine oder das andere Prinzip im Vordergrund steht und das Imaginationsgeschehen somit jeweils von einem mehr primär- oder sekundärprozesshaft geprägten bildlichen Denken bestimmt wird (Steiner & Krippner, im Druck).

3 Fragestellungen und Hypothesen

Die Beschreibung des IRP-Konzepts in Kapitel 2.2.3 verdeutlicht, dass sich das Vorgehen in verschiedenen Teilen ausdrücklich von dem der klassischen KIP unterscheidet. Die vorliegende Diplomarbeit hat demnach den Anspruch, erste Ergebnisse zur Überprüfung der Vorgehensweise der *IRP* zu liefern.

Obgleich anhand eines Einzelfalls keine generalisierten Aussagen gemacht werden können, liefert seine Analyse sicherlich interessante Erkenntnisse.

Um allerdings eine qualifizierte Analyse durchführen zu können, bedarf es zunächst einer eingehenden Auseinandersetzung mit den bereits bestehenden Theorien und ihrer Literatur – immer mit dem Ziel vor Augen, unterschiedliche Aspekte des zu untersuchenden Problems aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. So können aus dem angesammelten Wissen für die eigene Analyse sinnvolle und theoriegeleitete Fragestellungen entwickelt werden, die ihrerseits die Basis für überprüfbare Hypothesen bilden. Daher werden, der geschilderten Chronologie folgend, zunächst die Fragestellungen und im Anschluss daran die zugehörigen Hypothesen erläutert.

3.1 Fragestellungen

Jede Therapie verfolgt das Ziel, einer Patientin effektiv zu helfen. Daher ist es immer angezeigt, zusätzlich zu bestimmten Prozessmaßen, auch Outcome-Variablen zu erheben. Die erste Fragestellung dieser Arbeit bezieht sich demnach auf die Wirksamkeit der IRP:

- I. Konnte die Therapie mit der IRP im vorliegenden Einzelfall erfolgreich die Symptome der Patientin reduzieren?

Bei der Prozessanalyse dieser Therapie muss berücksichtigt werden, dass das wesentliche Merkmal der IRP die Verbindung zweier konzeptionell ähnlicher Ansätze ist, die jedoch in ihrem theoretischen Hintergrund differieren. Hiernach ist zu vermuten, dass sich diese Tatsache auch in den Analyseergebnissen widerspiegelt. Somit gilt Folgendes zu prüfen:

- II. Welche Prozesse spielen in den *Psychosynthese*-Phasen (Sitzungen 2, 5, 6) und welche in den *KIP*-Phasen (Sitzungen 1, 3, 4) eine entscheidende Rolle? Gibt es bedeutsame Unterschiede?

Außerdem ist darauf zu achten, dass die IRP annimmt, Imaginationen seien unerlässlich für den Therapieerfolg. Nun kann an dieser Stelle nicht der definitive Nachweis dieser Überzeugung getroffen werden, weil hierzu ein direkter Vergleich mit einer 'imaginationsfreien' Therapie erforderlich wäre. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass – sofern die Notwendigkeit der Imagination zutreffend ist – elementare Prozesse

hauptsächlich in den Imaginationsphasen und in der Nachbereitung dieser stattfinden. Um also zu entscheiden, wie wichtig Imagination für die Therapie ist, wird die folgende Frage unumgänglich:

III. Welche Prozesse kommen innerhalb der Imagination vor und wie fällt der Vergleich zu den verbalen Phasen aus?

Bei der Erforschung von Wirkmechanismen einer Therapie ist es ratsam, auf die Erkenntnisse der aktuellen Forschungslage Bezug zu nehmen. Davon ausgehend wurden in Kapitel 2.4.4.2 zunächst die Ergebnisse von Grawe referiert. Die Kernaussage seiner Forschung ist demnach, dass Therapie generell wirksam ist, wenn sie das Inkongruenzerleben einer Patientin verringert. Dies gelingt durch die Realisierung der vier ubiquitären Wirkfaktoren *Klärung*, *Bewältigung*, *Ressourcenaktivierung* und *Problemaktualisierung* nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten innerhalb einer Therapie. Es erscheint daher gewinnbringend, innerhalb einer Prozessanalyse diese Prinzipien zu erfassen und zu untersuchen.

Da die theoretischen und empirischen Beiträge zum Wirkfaktorenmodell ihren Ursprung an der Uni Bern haben, bildet in Absprache mit dortigen Mitarbeitern die Cubus-Analyse, ein Beobachtungsverfahren zur Erfassung der o.g. Wirkfaktoren, eine Analysegrundlage dieser Arbeit. So kann für die IRP folgende Fragestellung überprüft werden:

IV. Wie werden die von Grawe postulierten Wirkprinzipien realisiert?

Im Laufe der fortschreitenden Literaturrecherche entdeckten die Autorinnen weitere Prozesse, deren Einbeziehung in die Analyse lohnenswert erschien. Hierzu gehören die in Kapitel 2.4.4.3.1 erläuterten emotionalen Aspekte einer Therapie. Das Erleben positiver und auch negativer Emotionen gehört zu den Abläufen, die Einfluss auf das Therapieergebnis nehmen. Dementsprechend kann die Erhebung von Quantität und Qualität der Affekte interessante Anhaltspunkte auf die Wirkungsweise der IRP liefern. Zudem lassen sich attraktive Ergänzungen zu den Ergebnissen der Cubus-Analyse aufzeigen. Emotionale Prozesse können unter anderem mit dem Affektiven Diktionär Ulm (ADU; Hölzer, 1996) erfasst werden. Aus dieser Überlegung ergibt sich folgende Frage:

V. Inwiefern unterstützen, widerlegen oder komplettieren die Ergebnisse des ADU die mittels der Cubus-Analyse gefundenen Resultate?

Als weiteres textanalytisches Instrument wurde unter Kapitel 2.4.4.3.2 das Regressive Imagery Dictionary (RID; Martindale, 1975) erwähnt. Es eignet sich in dieser Arbeit hervorragend als ergänzendes Analyseinstrument. Schließlich ermöglicht das RID die Erfassung von Primär- und Sekundärprozess innerhalb einer Therapie. Da

Primärprozess ausdrücklich als Bestandteil der Imaginationen nach Art der KIP deklariert wird, kann die Erhebung und Bewertung aufschlussreich sein. Auch das RID kann die Erfassung der Grawe'schen Wirkprinzipien unterstützen und erweitern. Diesen Gedanken folgend, stellen sich demgemäß die Fragen:

- VI. Wie und wann finden Primär- und Sekundärprozess in der IRP statt und inwiefern unterstützen, widerlegen oder ergänzen diese Ergebnisse die mittels der Cubus-Analyse gefundenen Resultate?

Zur Untersuchung der genannten Fragestellungen wurden nachfolgende Hypothesen generiert.

3.2 Hypothesen

Zugunsten der besseren Lesbarkeit werden die Outcome- und Prozess-Hypothesen getrennt voneinander vorgestellt.

3.2.1 Outcome-Hypothesen

Wenn der Erfolg einer Therapie sich an der Symptomreduktion bemerkbar macht, sollte für eine erfolgreiche Therapie folgende Annahme zutreffen:

Hypothese 1a: Die anhand verschiedener Fragebogen vor der Therapie gemessenen Werte signalisieren eine deutlich höhere Symptombelastung als die Daten, die nach der Therapie erhoben wurden.

Geht man davon aus, dass sich die erreichten Therapieziele im Idealfall im Leben manifestieren und der Therapieerfolg somit weiter andauert, kann zusätzlich folgende Vermutung aufgestellt werden:

Hypothese 1b: Die Fragebogenmesswerte nach der Therapie und die eines Katamnesezeitpunktes sollten sich nicht bedeutsam unterscheiden.

Im Einzelfall kann für einen Fragebogenwert mit zwei bzw. drei Messzeitpunkten keine Unterscheidung im Sinne der statistischen Signifikanz errechnet werden (Bortz, 2005). Die Autorinnen definieren die Begriffe 'deutlich höher' oder 'bedeutsam' daher unter Einbeziehung der in den einzelnen Verfahren angeführten Normwerte (Mittelwerte und Standardabweichungen oder T-Werte).

3.2.2 Überlegungen zum Prozessgeschehen

Abgeleitet aus der IRP lassen sich Vermutungen darüber anstellen, welche Prozesse sich wann wie verhalten sollten.

Das Konzept postuliert, dass die Imagination das wesentliche und unverzichtbare Element für den Therapieerfolg darstellt. Diese Grundüberzeugung sollte sich daher in

den erhobenen Daten widerspiegeln, indem sich die Prozesse der Imaginationsphasen in Qualität und Quantität deutlich von denen der verbalen Phasen unterscheiden. Zudem lassen sich die sechs Imaginationsmotive zwei therapeutischen Ansätzen zuordnen, die auf verschiedene Art und Weise mit dem Tagtraum arbeiten. Auch diesen Aspekt sollten die Daten akzentuieren.

Neben den vorangegangenen Überlegungen sollte ein letzter Punkt Beachtung finden: Die Imaginationsthematik wird im anschließenden Gespräch aufgegriffen und bildet somit die Basis weiterer therapeutischer Interventionen. Dieser Einfluss bedingt in einigen Prozessen vermutlich eine Differenz zwischen Vor- und Nachgespräch.

Die einzelnen Überlegungen werden nun durch die nachfolgenden Hypothesen abgebildet.

3.2.2.1 Prozess-Hypothesen

Die Imagination bringt durch die Verschiebung vom Realobjekt zum Traumobjekt eine Bewegung von negativ nach positiv mit sich. Die positiv konnotierten Erfahrungen werden von der Bildebene in die Sprachebene überführt, so dass die Imaginationsthematik im Nachgespräch zur Validierung und zum Ausdruck von Wertschätzung wiederholt aufgegriffen werden kann.

Hypothese 2: In der Imagination und im Nachgespräch werden signifikant mehr positive Emotionsworte gebraucht als im Vorgespräch.

Eine Hervorhebung der Stärken und Fähigkeiten eines Menschen (*Ressourcenaktivierung*) impliziert das Erleben positiver Emotionen.

Hypothese 3: Ressourcenaktivierung korreliert positiv mit der Anzahl positiver Emotionsworte.

Ressourcenaktivierung kann innerhalb einer Therapiesitzung als kumulativer Prozess angesehen werden, da die im Vorgespräch angeregten Ressourcen in der Imagination symbolisch dargestellt und so erfahrbar gemacht werden, um im Nachgespräch eingehende Betonung zu finden.

Hypothese 4: Ressourcenaktivierung steigt innerhalb einer Sitzung von Phase zu Phase signifikant an (Vorgespräch < Imagination < Nachgespräch).

In der IRP dient die Phase des Vorgesprächs dazu, erste Hinweise zu förderlichen und hinderlichen Verhaltens- und Erlebensweisen der Patientin zu benennen. Die Imagination legt den Fokus auf das Erleben und Erfahren dieser Aspekte, ohne sie zu reflektieren. Eine tiefer gehende Klärung der Bildinhalte in Bezugnahme auf die aktuelle Lebenssituation der Patientin wird daher erst im Nachgespräch vorgenommen.

Hypothese 5: Klärung ist in der Imagination signifikant geringer als in den verbalen Phasen.

Bewältigung ist selten Thema des Vorgesprächs, da innerhalb dieser Phase zunächst die Basis für eine solche therapeutische Intervention geschaffen werden muss.

Hypothese 6: Bewältigung ist im Nachgespräch signifikant höher als im Vorgespräch.

Die der Psychosynthese entlehnten Tagtraummotive sind inhaltlich problem- und bewältigungszentrierter als die der KIP.

Hypothese 7: Bewältigung und Problemaktualisierung sind in den KIP-Imaginationen signifikant geringer als in den Psychosynthese-Imaginationen.

Durch die unterschiedlichen sensorischen Qualitäten der Imagination werden die Inhalte des impliziten Gedächtnisses angesprochen und so die problemrelevanten Schemata aktiviert. Dadurch werden letztere dem Bewusstsein zugänglich gemacht. Die einmal explizierten Schemata bilden im Nachgespräch die Basis für weitere *Klärungs-* und *Bewältigungsarbeit*.

Hypothese 8: Problemaktualisierung ist in der Imagination signifikant höher als in den verbalen Phasen.

Nach Grawe (1998) geht *Problemaktualisierung* auf Seiten der Patientin mit dem Erleben negativer Emotionen einher.

Hypothese 9: Problemaktualisierung korreliert positiv mit der Anzahl negativer Emotionsworte der Patientin.

In allen verbalen Phasen und auch in den aus der Psychosynthese abgeleiteten Bildern (Sitzungen 2, 5, 6) ist der Realitätsbezug höher als in den Motiven der KIP (Sitzungen 1, 3, 4). Da der Sekundärprozess im Dienste der Realitätsbewältigung steht, sollte gelten:

Hypothese 10a: In den KIP-Sitzungen (1, 3, 4) findet in der Imagination signifikant weniger Sekundärprozess statt als in den verbalen Phasen.

Hypothese 10b: Die Phasen der Psychosynthese-Sitzungen (2, 5, 6) unterscheiden sich bezüglich der sekundärprozesshaften Inhalte nicht signifikant voneinander.

Hypothese 10c: Die KIP-Imaginationsphasen (Sitzungen 1, 3, 4) weisen signifikant weniger Sekundärprozess auf als die der Psychosynthese.

Die besondere Eigenschaft des Tagtraums liegt in der bevorzugten Aktivierung emotionaler Gedächtnisinhalte. Emotionales Erleben wiederum ist eng mit primärprozesshafter Verarbeitung verknüpft. Durch den Charakter der KIP-Tagträume (Sitzungen 1, 3, 4) wird verstärkt der Primärprozess angeregt.

Hypothese 11a: Innerhalb der Imaginationen findet signifikant mehr Primärprozess statt als in den verbalen Phasen.

Hypothese 11b: Innerhalb der KIP-Imaginationen (Sitzungen 1, 3, 4) findet signifikant mehr Primärprozess statt als in den Psychosynthese-Imaginationen.

Tabelle 4 stellt zur besseren Übersicht zusammenfassend dar, wie die einzelnen Hypothesen den verschiedenen Fragestellungen zuzuordnen sind.

Tabelle 4: Zuordnung der Hypothesen zu den übergeordneten Fragestellungen.

Fragestellung	Hypothesennummer
I. Konnte die Therapie mit der IRP im vorliegenden Einzelfall erfolgreich die Symptome der Patientin reduzieren?	1a, 1b
II. Welche Prozesse spielen in den Psychosynthese-Phasen und welche in den KIP-Phasen eine Rolle? Gibt es bedeutsame Unterschiede?	7, 10a, 10b, 10c, 11b
III. Welche Prozesse kommen innerhalb der Imaginationen vor und wie fällt der Vergleich zu den verbalen Phasen aus?	2, 4, 5, 8, 11a
IV. Wie werden die von Grawe postulierten Wirkfaktoren realisiert?	4, 5, 6, 8
V. Inwiefern unterstützen, widerlegen oder komplettieren die Ergebnisse des ADU die mittels Cubus-Analyse gefundenen Resultate?	2, 3, 9
VI. Wie und wann finden Primär- und Sekundärprozess in der IRP statt und inwiefern unterstützen, widerlegen oder ergänzen diese Ergebnisse die mittels der Cubus-Analyse gefundenen Resultate?	10a, 10b, 10c, 11a, 11b

4 Methode

Therapie ist dynamisch und ihre Prozesse sind mehrdimensional, was sie letztendlich zu einem hochkomplexen Geschehen macht. Für eine Prozessanalyse ist es daher wichtig, den therapeutischen Ablauf zu systematisieren. Zu diesem Zweck hat Elliot (1991) ein *fünfdimensionales Modell des Therapieprozesses* entwickelt, anhand dessen sich Behandlungsprozesse auf fünf verschiedenen Dimensionen analysieren lassen:

- Aus welcher *Perspektive* wird untersucht (Patientin, Therapeut, Beobachter)?
- Wer steht im *Fokus* der Untersuchung (Patientin, Therapeut, Dyade)?
- Welcher *Aspekt der Kommunikation* wird studiert (Inhalt, Handlung, Stil, Qualität)?
- Anhand welcher *Untersuchungseinheit* wird der Prozess analysiert (Satz, Sprecherwechsel, Episode, Sitzung, Therapiephasen, Verlauf)?
- Welche Art der *sequentiellen Orientierung* steht im Vordergrund (Kontext, Prozess, Outcome)?

Abgeleitet aus diesen Überlegungen lässt sich die Art der vorliegenden Einzelfallanalyse wie folgt beschreiben: Die Untersuchung wird aus der *Perspektive* eines Beobachters durchgeführt. Im *Fokus* stehen sowohl das Therapeuten- als auch das Patientinnenverhalten. Die *Aspekte* Inhalt, Handlung und Qualität *der Kommunikation* werden über die *Untersuchungseinheiten* zeitlich festgelegter Episoden, zuvor definierter Therapiephasen, der Sitzungen und des gesamten Therapieverlaufs betrachtet. Dabei interessieren alle Aspekte der *sequentiellen Orientierung*. Demnach sind die Aspekte der Kommunikation in ihrem Kontext, in ihrer prozessualen Entwicklung und auch in ihrer Beziehung zum Therapieergebnis von Bedeutung.

Im Folgenden wird nun vorab dargestellt, welche Stichprobe in der vorliegenden Einzelfallanalyse untersucht wurde, um dann im weiteren Verlauf die Art dieser Untersuchung zu definieren. Daran anschließend werden die abhängigen Variablen und die dazugehörigen Untersuchungsverfahren vorgestellt, die unabhängigen Variablen benannt und das Untersuchungsdesign erläutert. Danach wird die Aufbereitung des Materials zur weiteren Analyse skizziert und abschließend ein Überblick über das statistische Vorgehen der Studie gegeben.

4.1 Stichprobe

Die vorliegende Stichprobe umfasste sowohl Therapeut als auch Patientin. Nachfolgend werden daher Patientinnen- und Therapeutenmerkmale, soweit bekannt, aufgeführt.

4.1.1 Patientin

Bei der Patientin handelt es sich um eine, zum Zeitpunkt der Therapie, 22-jährige Studentin mit einer spezifischen Phobie bezogen auf Prüfungssituationen, die sie zwar nicht meidet, aber nur unter großer Angst durchsteht. Die Diagnose wurde anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM IV Achse I (SKID I; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) erstellt. Den Angaben der Patientin zufolge besteht diese extreme Angst bereits seit mehreren Jahren. Sie entschied sich zu einer Therapie, da sich aufgrund einer bevorstehenden Diplomprüfung die Angstsymptome verschlimmerten und es ihr zunehmend schlechter ging.

4.1.2 Therapeut

Der Therapeut ist männlich, zum Therapiezeitpunkt 60 Jahre alt, Arzt für Psychotherapeutische Medizin und Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapeut (Ausbildung in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und KIP) mit bereits dreißigjähriger Berufserfahrung. Er behandelt seine Patientinnen heute fast ausschließlich mit den Methoden der KIP.

4.1.3 Setting

Gegenstand dieser Einzelfallanalyse ist eine Therapie aus der Praxis des oben genannten, niedergelassenen Psychotherapeuten, die von der Krankenkasse finanziert wurde. Ausgewählt wurde die Therapie, da von Beginn an nach dem hier zu untersuchenden Ansatz IRP behandelt wurde. In der Konzeption der IRP (vgl. 2.2.3) liegt auch die Begründung für die relativ kurze Therapiedauer von sechs Sitzungen à 50 Minuten.

4.2 Art der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung kann nach Kern (1997b) als eine *Fallstudie* bezeichnet werden, deren Vorteil aufgrund der Beobachterperspektive in ihrer Objektivität liegt. Da die Therapie aus der Praxis eines tätigen Psychotherapeuten stammt und nicht eigens für diese Studie unter künstlichen Bedingungen konstruiert wurde, ist eine hohe externe Validität der Ergebnisse anzunehmen. Nachteil dieses quasiexperimentellen Designs ist die mangelnde Kontrolle der Störvariablen, was die Beweiskraft der Ergebnisse einschränkt (Kern, 1997b).

Die in dieser Studie vorhandenen Variablen werden im Folgenden vorgestellt – beginnend mit den abhängigen Variablen und ihren Erhebungsinstrumenten.

4.3 Abhängige Variablen

Abhängige Variablen der Einzelfallanalyse sind die vier Wirkfaktoren (*Klärung, Bewältigung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung*), positive und negative Emotionsworte, Worte mit primär- und sekundärprozesshaften Inhalten und verschiedene Outcome-Variablen aus unterschiedlichen Fragebogen. Die aufgeführten Variablen werden mittels verschiedener Instrumente erhoben, die nachfolgend nähere Beschreibung finden.

4.3.1 Messinstrumente

Die eingesetzten Verfahren zur Datenerhebung der abhängigen Variablen lassen sich in Instrumente zur Diagnoseerstellung, zur Erfassung von Outcome-Variablen und in solche zur Sammlung von Prozessmerkmalen unterteilen.

4.3.1.1 Diagnostik und Outcome-Variablen

Zur Erstellung der Diagnose wurde mit dem SKID I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) gearbeitet. Weiterhin wurden der Patientin sowohl vor Therapieantritt als auch nach der sechsten Therapiestunde (zwei Tage vor ihrer Prüfung) sowie elf Monate nach Beendigung der Therapie (einen Tag vor einer weiteren Diplomprüfung) folgende Fragebögen zur Beantwortung gegeben: BSI, HOLO, K-INK und TAI-G. Nachfolgend sollen wesentliche Informationen zu den Instrumenten gegeben und ihr Einsatz begründet werden.

4.3.1.2 SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I: Psychische Störungen

Das SKID von Wittchen, Zaudig und Fydrich (1997) ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview zur Ableitung von Diagnosen anhand der diagnostischen Kriterien des DSM-IV (Saß et al., 1998). Es kann sowohl in der therapeutischen Arbeit als auch in der Forschung eingesetzt werden. Das SKID umfasst zwei Komponenten zur Ermittlung verschiedener Störungen – einerseits die der Achse I (SKID I) und andererseits die der Achse II (SKID II) des DSM-IV.

In der Handanweisung von Wittchen und Mitarbeitern (1997) werden detaillierte Hinweise und Anleitungen zur Nutzung des Interviewhefts gegeben. Aufgrund der besonderen Handhabung des Hefts mit seinen Sprungregeln, Querverweisen und parallel zu erstellenden Zwischenergebnissen ist dies von besonderer Relevanz, um die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität des Interviews zu gewährleisten, die durch gezielte Trainings erhöht werden kann (Lecher, 2002). Zur Validität und zu einzelnen Normen liegen keine Angaben vor. Allerdings ist zumindest die

Augenscheinvalidität hoch anzusiedeln, da sich die Fragen aus den Diagnosekriterien des DSM IV ableiten lassen und diese dementsprechend zu erheben beanspruchen.

Für die vorliegende Studie wurde die Diagnose anhand des Interviewhefts zum SKID I (Wittchen et al., 1997) erstellt, um eine objektive und mit anderen Studien vergleichbare Diagnose vorweisen zu können, die den DSM IV-Kriterien angeglichen ist.

4.3.1.2.1 BSI – Brief Symptom Inventory

Das BSI (Franke, 2000) ist eine Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1992). Aufgrund der hohen Korrelationen zwischen den Skalen der beiden Verfahren und der extrem kurzen Bearbeitungsdauer (weniger als zehn Minuten) stellt das BSI eine adäquate Alternative zur SCL-90-R dar.

Beim BSI handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinventar, das die in den letzten sieben Tagen subjektiv erlebte psychische und körperliche Beeinträchtigung einer Person erfassen kann. Dies geschieht anhand von 53 Items, die körperliche und psychische Symptome (vgl. Anhang I) erheben. Die individuell empfundene Belastung kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen 'überhaupt nicht' (0) und 'sehr stark' (4) eingeschätzt werden. Ausgewertet liefert das BSI Informationen zur psychischen Belastung in Bezug auf neun Skalen (*Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus*) und drei globale Kennwerte – dem *Global Severity Index (GSI)*, dem *Positive Symptom Distress Index (PSDI)* und dem *Positive Symptom Total (PST)*. Damit wird eine Interpretation auf drei Ebenen möglich: auf einer übergeordneten, generellen Ebene des psychologischen Status (Globale Kennwerte), auf einer syndromalen Ebene (Skalen) sowie auf der Ebene individueller Symptome (Items).

Die Durchführung, Auswertung (Transformation der Rohwerte in T-Normen) und Interpretierbarkeit des BSI ist im Manual von Franke (2000) ausführlich beschrieben und gewährt somit eine hohe Objektivität in allen genannten Bereichen. Es liegen verschiedene Normstichproben vor, wobei für diese Arbeit die Vergleichsgruppe der deutschsprachigen Studierenden (n=589) relevant ist. Das Instrument weist eine zufrieden stellende interne Konsistenz (Cronbach's α für Normgruppe Studierende zwischen .59 und .95) und eine gute Retest-Reliabilität (Studierende, n=50, zwischen .73 und .92) auf (zur Bewertung von Reliabilitäts- und Validitätswerten siehe u.a. Lienert & Raatz, 1998; Kanning, 2002). Zur Validierung des Verfahrens wurden etliche Studien zur konvergenten und diskriminanten Validität durchgeführt. Außerdem konnte anhand faktorenanalytischer Berechnungen die Konstruktvalidität des BSI aufgezeigt werden (Franke, 2000).

Das Inventar kann als Screening-Instrument sowohl im klinisch-praktischen als auch im forschungsbezogenen Anwendungsbereich, zum Beispiel zur Evaluation psychotherapeutischer Verfahren oder zur medizinischen Outcome-Forschung, eingesetzt werden (Klainberg, 2002).

Aufgrund seiner Sensitivität zur Erfassung allgemeiner psychischer und physischer Beeinträchtigungen hielten die Autorinnen den Einsatz des BSI in dieser Studie für hilfreich. Prüfungsangst äußert sich, wie in Kapitel 2.1 gezeigt werden konnte, durch eine Vielzahl an körperlichen und seelischen Symptomen. Das Instrument ist in der Lage, eine gestörte Befindlichkeit, hervorgerufen durch solche Symptome, zuverlässig zu erheben. Die Ausdifferenzierungsmöglichkeiten der Ergebniswerte in einzelne Skalen erleichtert zudem die Interpretation des Gesamtergebnisses.

4.3.1.2.2 HOLO-Angstskala

Die HOLO-Angstskala wurde von Hartung und Schulte-Bahrenberg speziell für die klinische Population von Patienten mit phobischen Ängsten entwickelt (Hartung, 1995). Sie dient der Erhebung der dispositionellen Handlungsorientierung in angstrelevanten Kontexten. Das Instrument wurde in Anlehnung an das theoretische Konzept der Handlungs- und Lageorientierung von Kuhl (1994) konstruiert und ähnelt in seiner formalen Struktur dem HAKEMP 85 (Kuhl, 1985) – ein von Kuhl entwickeltes Messverfahren zur Erfassung des dispositionellen Kontrollmodus.

Die HOLO-Angstskala besteht aus 22 Items mit jeweils einer handlungs- und einer lageorientierten Antwortalternative. Neben einem Kennwert für die Ausprägung der dispositionellen Handlungsorientierung in angstrelevanten Kontexten lassen sich drei weitere, kontextspezifische Kennwerte (Planung, Ausführung und Misserfolg) berechnen.

Durch die Anleitung von Hartung (1995) ist sowohl die Durchführungs-, als auch die Auswertungsobjektivität gegeben. Als Interpretationshilfe finden sich Mittelwerte, Standardabweichungen, Perzentile und Standardwerte zweier Patientenstichproben ($n=103$, $n=112$), aus denen sich auch die Daten zur internen Konsistenz ergeben. Diese erreicht einen Wert für Cronbach's α in Höhe von $> .86$. Zudem weisen die Items eine, laut Lienert und Raatz (1998), zufrieden stellende Trennschärfe auf und tragen somit zur Verbesserung der Reliabilität des Verfahrens bei. Zur faktoranalytischen, konvergenten und diskriminanten Validität liegen Untersuchungen vor, die theoriekongruente Ergebnisse liefern konnten (Hartung, 1995).

Die klinische Relevanz des Instruments wird nicht nur durch Hinweise zur Änderungssensitivität sondern auch durch eine hohe prädiktive Validität bezüglich der Vorhersage von langfristigem Therapieerfolg betont. Damit liegt die Anwendung des

Verfahrens in der klinischen Praxis und besonders auch im Bereich der klinischen (Prozess-)Forschung.

Da es sich bei Prüfungsangst definitiv um einen angstrelevanten Kontext handelt, erschien der Einsatz der HOLO-Angstskala äußerst schlüssig. Der Fragebogen kann interessante Auskünfte über den kognitiven Umgang der Patientin mit der Angst liefern. Der Einsatz des Instruments wurde weiterhin gewählt, um Hinweise zum langfristigen Therapieerfolg zu erhalten.

4.3.1.2.3 K-INK – Kurzversion des Inkongruenzfragebogens

Der K-INK, ein Selbstbeschreibungsbogen von Grosse Holtforth und Mitarbeitern (2004), ist eine aus dem Inkongruenzfragebogen (INK; Grosse Holtforth et al., 2004) abgeleitete Kurzversion und basiert auf der Konsistenztheorie von Grawe (1998). In dieser spielt, wie in Kapitel 2.4.4.1 bereits erläutert, das Erleben von Inkongruenz bezüglich wichtiger Annäherungs- und Vermeidungsziele eine zentrale Rolle für das Verständnis von psychischen Störungen und ihrer Behandlung. Während der INK die erlebte Inkongruenz für verschiedene motivationale Ziele ausführlich differenziert, gibt die Kurzversion Auskunft über das zu einem bestimmten Zeitpunkt erlebte allgemeine Inkongruenzniveau.

Der INK besteht aus 23 Skalen (14 Skalen zu Annäherungs- und neun zu Vermeidungszielen). Zur Konstruktion des K-INK wurde aus jeder Skala dasjenige Item verwendet, das die höchste Trennschärfe im INK aufweist. Somit besteht der K-INK aus 14 Items zu Annäherungszielen und neun zu Vermeidungszielen, die jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden (Items des K-INK siehe Anhang I). Die Korrelation der beiden Fragebögen ($r \geq .92$) verweist darauf, dass die Äquivalenz der Instrumente gewährleistet ist (Grosse Holtforth et al., 2004). Die Skalen des INK, aus denen je ein Item des K-INK abgeleitet wurde, sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Das Auswertungsergebnis des K-INK besteht aus drei Werten. Der erste Wert (K-INK-A) gibt Auskunft über das Ausmaß der Zufriedenheit des Testteilnehmers mit der Umsetzung der genannten Annäherungsziele. Im zweiten Wert (K-INK-V) zeigt sich, wie stark die Patientin die genannten negativen Personen-Umwelt-Transaktionen erlebt und der dritte (K-INK-G) setzt die beiden erstgenannten Werte zueinander in Beziehung. Der dadurch erhaltene Gesamtwert kennzeichnet, wie stark die im Bogen aufgeführten motivationalen Ziele aktuell unterbefriedigt sind.

Die genaue Handanweisung (Grosse Holtforth et al., 2004) sichert sowohl Durchführungs- als auch Auswertungsobjektivität. Das Vorliegen verschiedener Normen (T-Werte) getrennt nach Alter und Geschlecht wirkt sich zudem positiv auf die Interpretationsobjektivität aus. Ferner kann der Bogen mit einer Internen Konsistenz (Cronbach's α) von .58 bis .91 und einer Retest-Reliabilität von .78 bis .81 als

durchaus zufrieden stellend reliabel bezeichnet werden. Verschiedene Validitätsstudien zeigen die inhaltliche, die Kriterien- und die Konstruktvalidität auf (Näheres siehe Handanweisung Grosse Holtforth et al., 2004).

Tabelle 5: Skalen des K-INK unterteilt in Annäherungs- und Vermeidungsziele und ihre Itemzuordnung.

Item	Skala Annäherungsziele	Item	Skala Vermeidungsziele
1	Leistung	15	Sich verletzbar machen
2	Autonomie	16	Versagen
3	Selbstvertrauen/Selbstwert	17	Vorwürfe/Kritik
4	Überlegensein/Imponieren	18	Abhängigkeit/Autonomieverlust
5	Anerkennung/Wertschätzung	19	Hilflosigkeit/Ohnmacht
6	Geselligkeit	20	Erniedrigung/Blamage
7	Selbstbelohnung	21	Spannungen mit anderen
8	Kontrolle haben	22	Alleinsein/Trennung
9	Intimität/Bindung	23	Geringschätzung
10	Hilfe bekommen		
11	Bildung/Verstehen		
12	Glauben/Sinn		
13	Anderen helfen		
14	Das Leben auskosten		

Der K-INK findet in diesem Einzelfall Anwendung, weil er auf sehr ökonomische Art und Weise in der Lage ist, das allgemeine Inkongruenzerleben der Patientin darzustellen.

4.3.1.2.4 TAI-G – Test Anxiety Inventory - German Version

Das TAI-G ist in seiner ursprünglichen Version (Hodapp, Laux & Spielberger, 1982) lediglich die deutsche Übersetzung des englischen Test Anxiety Inventory (TAI) von Spielberger (1980) und basiert, wie auch der TAI-G, auf dem in Kapitel 2.1.1 erläuterten Zwei-Komponenten-Ansatz der Prüfungsangst. Nach weiterführender Forschung und Vergleichen mit anderen Verfahren (z.B. Reaction to Test Scale, RTT; Sarason, 1984), die der Mehrdimensionalität dieser Angst Rechnung tragen, wurde die in dieser Arbeit verwendete revidierte Version des TAI-G von Hodapp (1991) entwickelt. Die aktuelle Ausführung basiert nun ebenfalls auf dem multidimensionalen Ansatz von Prüfungsangst (Hodapp, 1996; Hodapp & Benson, 1997).

Die derzeitige Version des TAI-G enthält 30 Items, die auf einer vierstufigen Skala (fast nie, manchmal, oft, fast immer) eingeschätzt werden können. Mit den vier Skalen *Besorgtheit*, *Aufgeregtheit*, *Interferenz* und *Mangel an Zuversicht* werden, gestützt auf verschiedene Forschungsergebnisse, die wesentlichen Elemente von Prüfungsangst

erfasst. Es liegen etliche Belege zur inhaltlichen, faktoriellen und konfirmatorischen Validität vor (Hodapp, Glanzmann & Laux, 1995; Hodapp, 1996; Hodapp & Benson, 1997; Keith et al., 2003). Außerdem weisen die Skalen mit einem Cronbach's α -Wert von .80 (Interferenz) bis .90 (Aufgeregtheit) eine gute interne Konsistenz auf (Keith et al., 2003). Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ist durch standardisierte Anweisungen gewährleistet. Zur Interpretation der Ergebnisse existieren sowohl Mittelwertsdaten als auch Standardabweichungen für verschiedene Stichproben. Für die vorliegende Einzelfallanalyse sind die Daten der weiblichen Studierenden (Hodapp, 1996) relevant.

Für die Fragestellungen dieser Diplomarbeit bietet sich das TAI-G natürlich aufgrund seiner Inhalte an. Weiterhin ist der Einsatz dieses Instruments naheliegend, da es im deutschsprachigen Raum kein anderes wissenschaftlich fundiertes Inventar gibt, das Prüfungsangst bei erwachsenen Personen erfasst.

4.3.1.3 Prozess-Variablen

Um die einzelnen Sitzungen in ihrem Verlauf zu bewerten, wurden verschiedene Messverfahren eingesetzt, mit Hilfe derer Prozess-Variablen erhoben werden können. Nachfolgend soll auf diese detaillierter eingegangen werden.

4.3.1.3.1 Cubus-Analyse

Die Cubus-Analyse von Grawe, Regli und Schmalbach (1994) ist ein Beobachtungsverfahren, das auf der Grundlage der mündlichen Empfehlung eines Mitarbeiters der Berner Forschungsgruppe um Grawe ausgewählt wurde (Regli, mündl. Mitteilung), um das Ausmaß und den Verlauf der in Kapitel 2.4.4.1 genannten Wirkprinzipien (*Ressourcenaktivierung, Klärung, Bewältigung* und *Problemaktualisierung*) zu erfassen. Das Instrument eignet sich nicht nur für Gruppenvergleiche, sondern ist auch im Rahmen einer prozessualen Einzelfallstudie einsetzbar.

Für den vorliegenden Einzelfall wurde die von Pfammatter (1997) überarbeitete Version der Cubus-Analyse genutzt. Das Instrument besteht aus sieben Haupt- und zehn Unterskalen mit insgesamt 47 Items, deren Abstufung auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = 'stimmt nicht' bis 4 = 'stimmt sehr' erfolgt.

Die Grundlage für die Anwendung der Cubus-Analyse bilden Video- bzw. Tonbandaufzeichnungen einzelner Therapiesitzungen, die in mehrere gleich lange Episoden unterteilt und anschließend anhand der Items beurteilt werden. Die revidierte Version des Verfahrens ermöglicht die Erfassung folgender Aspekte:

- *Zentrale Themen und Problembereiche*

- *Interaktionspartner der Patientin*
- *Beziehungsverhalten des Therapeuten* – mit den Skalen 'Strukturierendes Therapeutenverhalten' (fünf Items) und 'Distanzierendes Therapeutenverhalten' (sechs Items)
- *Beziehungsverhalten der Patientin* – mit den drei Skalen 'kooperatives -' (fünf Items), 'aggressives -' (vier Items) und 'defensives Patientinnenverhalten' (vier Items)
- *Wirkfaktoren* – mit den Skalen *Klärung*, *Bewältigung* (je vier Items), *Ressourcenaktivierung* (sieben Items) und *Problemaktualisierung* (fünf Items)
- *Intrapersonale und/oder interpersonale Ausrichtung der behandelten Themen* (drei Items)
- *Bezug zur realen Lebenssituation der Patientin* durch nicht verbale Interventionen des Therapeuten (z.B. Rollenspiele, Hausaufgaben)

Für die vorliegende Studie wurden jedoch nur jene Skalen verwendet, die sich zur Überprüfung der relevanten Forschungshypothesen eigneten. Demnach sind lediglich die Skalen zu den vier Wirkfaktoren eingegangen (Itemlisten siehe Anhang C). Dieses Vorgehen wurde auch schon bei Ritz-Schulte (2001) bevorzugt.

Die Skalen zu den Wirkfaktoren weisen aufgrund einer internen Konsistenz zwischen .71 und .79 und Item-Trennschärfen zwischen .28 und .75 – wobei 80% der Items einen Wert über .40 erreichen – eine befriedigende Reliabilität auf (Hartwagner, 1996).

Die Frage der Validität ist dagegen nicht so eindeutig zu klären. Hartwagner (1996) hat den faktoriellen Aspekt der Konstruktvalidität mittels Faktorenanalysen überprüft und gesichert. Weitere Studien zu diesem Gesichtspunkt, sowie zur diskriminativen Validität, stehen aber noch aus. Die inhaltliche Validität lässt sich demnach nicht sicher bestätigen.

4.3.1.3.2 Zusatzskala KIP-Repräsentativität

Um auf deskriptiver Ebene einen Anhaltspunkt zu erhalten, wie typisch eine einzelne Episode, eine Phase oder eine Sitzung der vorliegenden Therapie für die KIP ist, wurden zehn Items formuliert, die laut Kottje-Birnbacher (2001) die wesentlichen, konstitutiven Merkmale der KIP beschreiben (vgl. Kapitel 2.2.1).

Diese Items wurden zur Skala 'KIP-Repräsentativität' zusammengefasst und in formale und inhaltliche Aspekte eingeteilt (Itemlisten und Operationalisierung der Items siehe Anhang A und B). Vier Items beschreiben dabei die formale Struktur der einzelnen Sitzungen (z.B. 'es findet eine kognitive Einordnung der letzten Imagination statt') und sechs weitere gehen auf die spezifischen Charakteristika der KIP ein, die sie von

anderen Psychotherapieverfahren abgrenzbar machen (z.B. 'der Therapeut steht mit der Patientin in Kontakt, unterstützt sie und regt sie an').

Da sich die formalen Aspekte gegenseitig ausschließen, eignen sich die Items nicht zur Errechnung eines Summenscores der Skala 'KIP-Repräsentativität' und werden lediglich zur deskriptiven Erfassung und Darstellung der KIP-Elemente in den untersuchten Episoden genutzt.

Alle Items, bis auf 'Es findet Imagination statt.', das eine 'ja/nein' Antwortalternative impliziert, werden auf einer vierstufigen Antwortskala (0 = 'gar nicht'; 1 = 'ein wenig'; 2 = 'mittelmäßig'; 3 = 'sehr') eingeschätzt. Eine abgestufte Beurteilung der formalen Inhalte erschien durchaus sinnvoll, da es häufig zu einem fließenden Übergang und Überschneidungen zwischen den einzelnen Phasen kommt und ihnen die Episoden somit nicht eindeutig zuzuordnen sind. Im Zuge einer emotionalen Rückschau auf die Imagination können beispielsweise bereits vorsichtige, kognitive Interpretationen eingebracht werden. Eine 'ja/nein' Antwortalternative würde dem Phänomen des behutsamen Einleitens oder Ausklingens einer Phase nicht gerecht werden.

Die Autorinnen haben, anders als in der Cubus-Analyse vorgegeben, bewusst keine fünfstufige Antwortskala gewählt. Durch das Fehlen einer mittleren Beurteilungsmöglichkeit sollte die Sorgfalt der einzelnen Itemeinschätzungen gesichert werden. Weiterhin schien eine zusätzliche Differenzierung zwischen den einzelnen Antwortmöglichkeiten, die Zuverlässigkeit der Bewertung zu schmälern.

4.3.1.3.3 ADU – Affektives Diktionär Ulm

Das von Hölzer, Scheytt und Kächele (1992) entwickelte Affektive Diktionär Ulm (ADU) ist ein computergestütztes Verfahren, das die in einem Dialog auftretenden Emotionsworte und deren Entwicklung im Verlauf dieses Dialogs analysiert. Das affektive Vokabular wird von Hölzer und Mitarbeitern (1994) als ein empirisches Korrelat der Emotionsverarbeitung gesehen und von ihnen „als die Wörter eines Sprechers, die auf der Einzelwortebene eine emotionale Konnotation besitzen: als die Summe aller verwendeten Gefühlsworte“ (S. 383) definiert.

Somit ist dieses Instrument gut dafür geeignet, die Fragestellungen des untersuchten Einzelfalls näher zu beleuchten.

Das ADU enthält 2046 deutsche Ausdrücke in ihrer Grundform. Um alle Worte in jeder möglichen Abwandlung erfassen zu können, wurde es um verschiedene Wortvariationen erweitert und enthält nun 26823 Ausdrücke (Bsp.: mutig, -e, -er, -es, -en; Stigler & Pokorny, 2001). Da Verben auch unter Einbezug des Kontextes schwierig zu beurteilen waren, wurden zur Erhöhung der Güte des Verfahrens, nur Adjektive und Substantive in das Wörterbuch aufgenommen.

Das Kategoriensystem des ADU (Abbildung 12) ist dem Einteilungsprinzip des 'Schemas zur Klassifikation von Emotionen' (Dahl & Stengel, 1978) und der 'Decision Theory of Emotions' (DeRivera, 1977) entlehnt und besteht aus drei Dimensionen (Valenz, Orientierung, Passiv/Aktiv) mit je zwei Ausprägungsmöglichkeiten. Daraus lassen sich acht voneinander unabhängige Kategorien ableiten, denen Emotionsworte zugeordnet werden können.

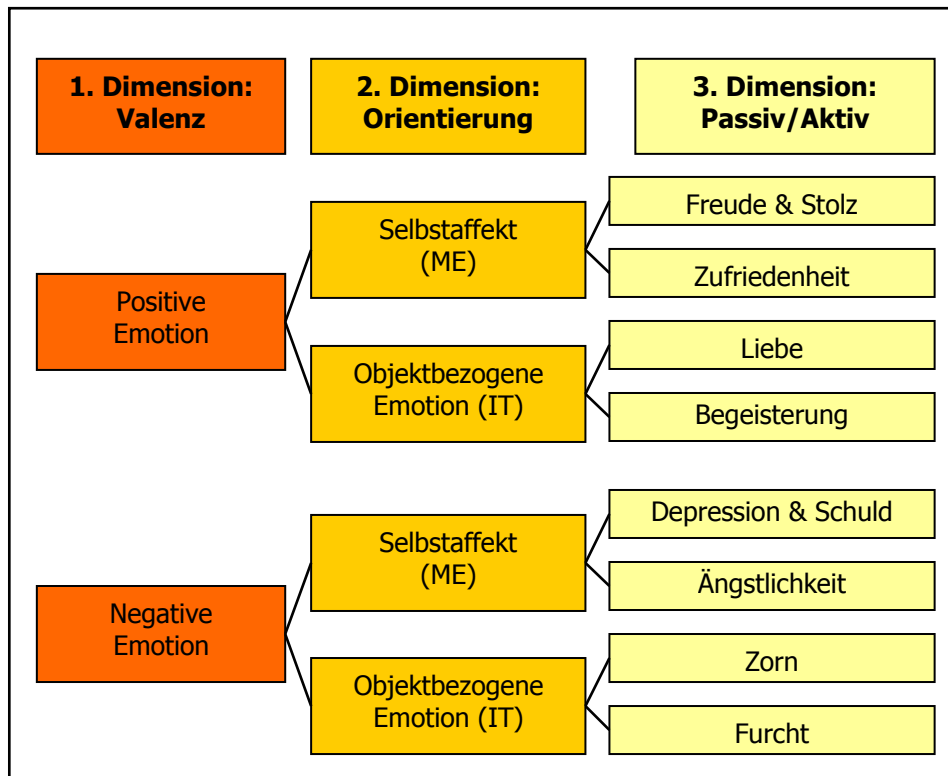


Abbildung 12: Das Kategoriensystem des ADU nach Hölzer (1996).

Die im Kategoriensystem aufgeführte Dimension 'Valenz' entscheidet, ob es sich um ein positiv oder negativ konnotiertes Wort handelt. In der zweiten Dimension, der 'Orientierung', wird festgelegt, ob sich der emotionale Inhalt dieses Wortes auf ein Objekt bezieht (IT-Emotion) oder ob es sich um primär objektlose Gefühlszustände (ME-Emotions) handelt. Nach Hölzer (1996) besteht die Funktion der objektbezogenen Emotionen in der Beziehungsregulation, während die Selbsteffekte der Selbstregulation dienen. Die Dimension 'Passiv/Aktiv' gibt die Erlebnisqualität der entsprechenden Emotionen an (Hölzer et al., 1994). Eine detaillierte Beschreibung der Entwicklung dieses Kategoriensystems findet sich bei Hölzer und Mitarbeitern (1992).

Verschiedene Hinweise zur Validität des ADU geben unter anderem Hölzer (1996) und Hölzer und Mitarbeiter (1994). Aufgrund der computergestützten Auswertung des Verfahrens ergibt sich eine Retest- und auch Interraterreliabilität von eins. Um die Validität des Instruments zu erhöhen, lassen sich die gefundenen Affektwörter der

analysierten Texte händisch auf eine falsche Zuordnung überprüfen. Beispielsweise kann das Wort 'unheimlich' zur Kategorie 'Furcht' gehören, oder aber als Verstärkung einer Aussage dienen ('Ich bin unheimlich stark.'). Um diesem Problem zu begegnen, wurden Worte, die wie im obigen Beispiel doppeldeutig zu verstehen sind und somit vom Programm fälschlicherweise zugeordnet wurden, im Text mit einem Symbol markiert, anhand dessen sie von der Auswertung ausgeschlossen wurden.

4.3.1.3.4 RID – Regressive Imagery Dictionary

Das Vokabular Regressiver Vorstellungen von Martindale (1975) ist ein computergestütztes textanalytisches Instrument, mit dem das Ausmaß an primär- und sekundärhaften Inhalten in Texten erfasst werden kann. Es eignet sich daher besonders zur Bewertung solcher Prozesse innerhalb einer zu untersuchenden Therapiestudie (Frommer et al., 2005). Ursprünglich wurde die englische Fassung des RID entwickelt, um literaturpsychologische Fragestellungen zu beantworten.

In der Originalversion enthält das Instrument 5336 Ausdrücke und 68 Einzelkategorien (Martindale, 1975). Die in dieser Arbeit verwendete Fassung wurde von Delphendahl (1985) ins Deutsche übertragen. Für die Äquivalenz zwischen deutschem und englischem Verfahren lassen sich vielfache Belege finden (Martindale, 1975, 1990; West, 1991). Die aktuelle deutsche Version besteht aus 6750 Ausdrücken, die sich in 43 unabhängige Einzelkategorien einteilen lassen, das heißt, jedes Wort kann eindeutig nur einer einzigen Kategorie zugeordnet werden. Diese einzelnen Kategorien bilden sieben übergeordnete, die sich wiederum zu den drei Indikatorvariablen 'Primärprozess', 'Sekundärprozess' und 'Emotionen' zusammenfassen lassen. Da der Bereich 'Emotionen' durch das ADU bereits detailliert erhoben wird und in verschiedenen Studien inhaltlich nicht validiert werden konnte (Kächele & Fiedler, 1985; Hölzer et al., 1996), sind für die weiteren Berechnungen dieser Studie lediglich die erstgenannten Variablen relevant. Tabelle 6 veranschaulicht die übergeordneten Kategorien für die Indikatorvariablen 'Primärprozess' und 'Sekundärprozess' mit einigen Wortbeispielen. Die Einzelkategorien (in Klammern) werden nur beispielhaft genannt, da sie zwar Bestandteile des Kategoriensystems sind, ihre Bezeichnungen jedoch lediglich deskriptiven Wert haben und daher keine Validitätshinweise aufweisen (Martindale, 1990). Aus diesem Grunde werden bei der hier vorliegenden Textanalyse nur die beiden Indikatorvariablen in ihrer Gesamtheit interpretiert und es wird nicht näher auf die einzelne Kategorien eingegangen – für gewöhnlich wird dies in anderen Studien, die mit dem RID arbeiten, ähnlich gehandhabt (Frommer et al., 2005).

Tabelle 6: Indikatorvariablen 'Primär-' und 'Sekundärprozess', die dazugehörigen übergeordneten Kategorien (Beispiele für Einzelkategorien in Klammern) und Beispielworte.

Indikatorvariable	Übergeordnete Kategorie	Beispielworte
Primärprozess	<i>Defensive Symbolik</i> (Passivität, Reise, Chaos, usw.)	liegen, Wüste, Schatten, Zufall, obwohl, usw.
	<i>Empfindung</i> (Sinne, Kälte, Weichheit, usw.)	Schönheit, süß, schmecken, Winter, rau, Stein, usw.
	<i>Triebe</i> (anal, oral, sexuell)	Brust, trinken, Schweiß, Ekel, Kuss, nackt, usw.
	<i>Ikarianische Symbolik</i> (Höhe, Feuer, Wasser, Abstieg, usw.)	fliegen, Himmel, fallen, See, Flamme, fließen, usw.
	<i>Regressive Kognitionen</i> (Unbekanntes, Zeitloses, Räumlichkeit, usw.)	geheim, seltsam, ewig, Traum, Weg, Auge, über, usw.
Sekundärprozess	<i>nur Einzelkategorien</i> (abstraktes Denken, Zeit, Moralvorstellungen, usw.)	wissen, sollen, richtig, arbeiten, messen, usw.

Verschiedene Untersuchungen konnten die kriterienbezogene Validität der Indikatorvariablen belegen (Martindale, 1975, 1990; Reynes, Martindale & Dahl, 1984; Hölzer et al., 1996). Weiterhin ließen sich die gefundenen Ausdrücke faktoranalytisch bestätigen (Martindale, 1975). Der Vorteil einer computergestützten Auswertung liegt in der Retest- und Interraterreliabilität von 100%, aber auch die Indikatorvariablen weisen eine zufrieden stellende interne Konsistenz auf (Martindale, 1975).

4.4 Unabhängige Variablen

Natürlich sind in einem einzelfallanalytischen Design mit Messwiederholungen die Variablen allesamt in irgendeiner Art und Weise voneinander abhängig, da sie lediglich von *einer* Patientin und *einem* Therapeuten stammen. Nachdem es noch kein mathematisches Verfahren gibt, das mit solchen Daten arbeiten kann, mussten einige Regelverletzungen der Statistik hingenommen werden. Auf die Vor- und Nachteile einer solchen Vorgehensweise wird in Kapitel 4.8 noch näher eingegangen.

Die Antwort auf die Frage nach der Unabhängigkeit einer Variablen – unabhängig in dem Sinne, dass sie auf die abhängigen Variablen Einfluss nimmt – richtet sich im vorliegenden Fall nach der zu untersuchenden Hypothese. *Methode, Sitzung, Phase* und *Episode* können somit, je nach Fragestellung, als unabhängige Variable angesehen werden.

Der Faktor *Methode* hat dabei zwei Komponenten (KIP und Psychosynthese), wobei sich jede *Sitzung* genau einer dieser Komponenten zuordnen lässt. Insgesamt finden sich sechs *Sitzungen*, die in jeweils vier Ausprägungen (Vorgespräch, Entspannung, Imagination und Nachgespräch) der Variable *Phase* eingeteilt werden. Die *Phasen*-Ausprägung 'Entspannung' wurde aus den Berechnungen herausgenommen. Zum einen, weil in jeder Sitzung dieselben Worte für die Entspannungsinduktion vorgenommen werden und diese Tatsache die Ergebnisse der textanalytischen Prozessmaße besonders beeinflussen und zu Verzerrungen der Ergebnisse führen könnte (der Therapeut, der schließlich als einziger in der Phase spricht, wirkt hier nach den Kategorien des ADU besonders zufrieden und glücklich). Zum anderen dient die Entspannung der Vorbereitung der eigentlichen Intervention 'Imagination' und ist somit nicht als eine eigene Intervention anzusehen. Des Weiteren werden in der Entspannungsphase keine Aspekte der Wirkfaktoren berücksichtigt. Aus den genannten Gründen ist die Ausprägung des Faktors *Phase* dreistufig (Vorgespräch, Imagination und Entspannung).

Jede *Phase* lässt sich zudem in *Episoden* (Drei-Minuten-Abschnitte) aufgliedern, so dass insgesamt 89 *Episoden* existieren.

4.5 Untersuchungsdesign

Je nach Fragestellung waren unterschiedliche Untersuchungsdesigns notwendig. Dies soll anhand der verschiedenen SPSS-Dateien erläutert werden, die zur Beschreibung und Berechnung der Messwerte generiert wurden:

- Die Datei *Episodenebene* enthält die Werte der abhängigen Prozess-Variablen für alle Episoden. Die genaue Zuordnung der Episode zur jeweiligen Phase, Sitzung und Methode ist den entsprechenden Zeilen der Datei zu entnehmen.
 - Für *Bewältigung* beispielsweise gibt es damit 89 Werte (für jede Episode einen).
- In der Datei *Phasenebene* wurden für jede einzelne Sitzung die Episoden einer Phase aggregiert. So entstanden für jede zu untersuchende Prozess-Variable drei gemittelte Werte pro Sitzung.
 - Für die Beispiel-Variable *Bewältigung* existieren daher in dieser Datei 18 Werte (für jede Sitzung je einen Wert aus den Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch).

- Für die Datei *Sitzungsebene* wurde der Wert jeder Prozess-Variablen über alle Episoden einer Sitzung gemittelt (unabhängig von der Phase).
 - Im Beispiel von *Bewältigung* gibt es demnach sechs Werte (für jede Sitzung einen).

Wenn nun die gesamte IRP betrachtet wurde, bildeten die Dateien *Phasenebene* und *Sitzungsebene* das Untersuchungsdesign ab. Bei der Trennung der beiden Methoden KIP und Psychosynthese oder der Berechnung von Zusammenhängen zwischen einzelnen Variablen, wurde die Datei *Episodenebene* gewählt, da ein Rückgriff auf die *Phasen-* oder *Sitzungsebene* in diesen Fällen eine zu kleine Stichprobe (lediglich drei Werte pro Methode) mit sich gebracht hätte.

4.6 Aufbereitung des Materials

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Aufbereitung der Daten sowie die Bewertungsprozedur mit Hilfe der Cubus-Analyse näher beschrieben.

4.6.1 Therapiesitzungen

Die vorherrschenden Praxisbedingungen machten es in dieser Studie unumgänglich, auf eine Videoaufzeichnung der einzelnen Therapiesitzungen zu verzichten. Diese wurden daher auf Tonband aufgenommen und die Bänder im Anschluss nach den Regeln von Mergenthaler (1992) transkribiert (Transkripte siehe Anhang J).

4.6.2 Überarbeitung der Therapiesitzungen für die Cubus-Analyse

Die einzelnen Therapiesitzungen wurden in etwa dreiminütige Abschnitte eingeteilt, im weiteren Verlauf Episoden genannt. Eine Episode kann einige Sekunden mehr oder weniger als drei Minuten betragen, da nur abgeschlossene Sätze ihr Ende bilden sollten. Ein einzelner Satz reicht daher niemals in eine zweite Episode hinein. Die gefundenen Grenzen sind in den Transkripten vermerkt und mit einer fortlaufenden Kennzeichnung nummeriert (Epi01 bis Epi18).

4.6.3 Überarbeitung der Therapiesitzungen für das RID und ADU

Jede Sitzung wurde zunächst in vier Phasen unterteilt: 'Vor der Imagination' (Vorgespräch), 'Entspannungseinleitung' (Einstimmung), 'Imagination' und 'Nach der Imagination' (Nachgespräch). Auch die Phasen erhielten in den Transkripten eine Markierung und sind fortlaufend mit Pha01 bis Pha04 bezeichnet. Veränderungen konnten so besser auf die einzelnen Therapieabschnitte und die damit zusammenhängenden Interventionen zurückgeführt werden. Um dies auch auf Episodenebene zu gewährleisten, wurden die für die Bearbeitung mit der Cubus-Analyse vorgesehenen dreiminütigen Einteilungen, daraufhin untersucht, ob sie zwei Phasen gleichzeitig beinhalteten. Solche Episoden wurden getrennt. Zum besseren

Verständnis dieses Vorgehens findet sich ein Beispiel in Abbildung 13. Wenn sich infolge der Trennung ergab, dass ein Teil der 'alten' Episode weniger als 60 Sekunden andauerte (im Beispiel 'Beginn Episode 9'), wurde dieser Teil der Episode zugeführt, die der gleichen Phase wie dieser kurze Episodenteil angehört (im Beispiel Episode 8). So konnte am Ende jede Episode inhaltlich genau einer Phase zugeordnet werden.

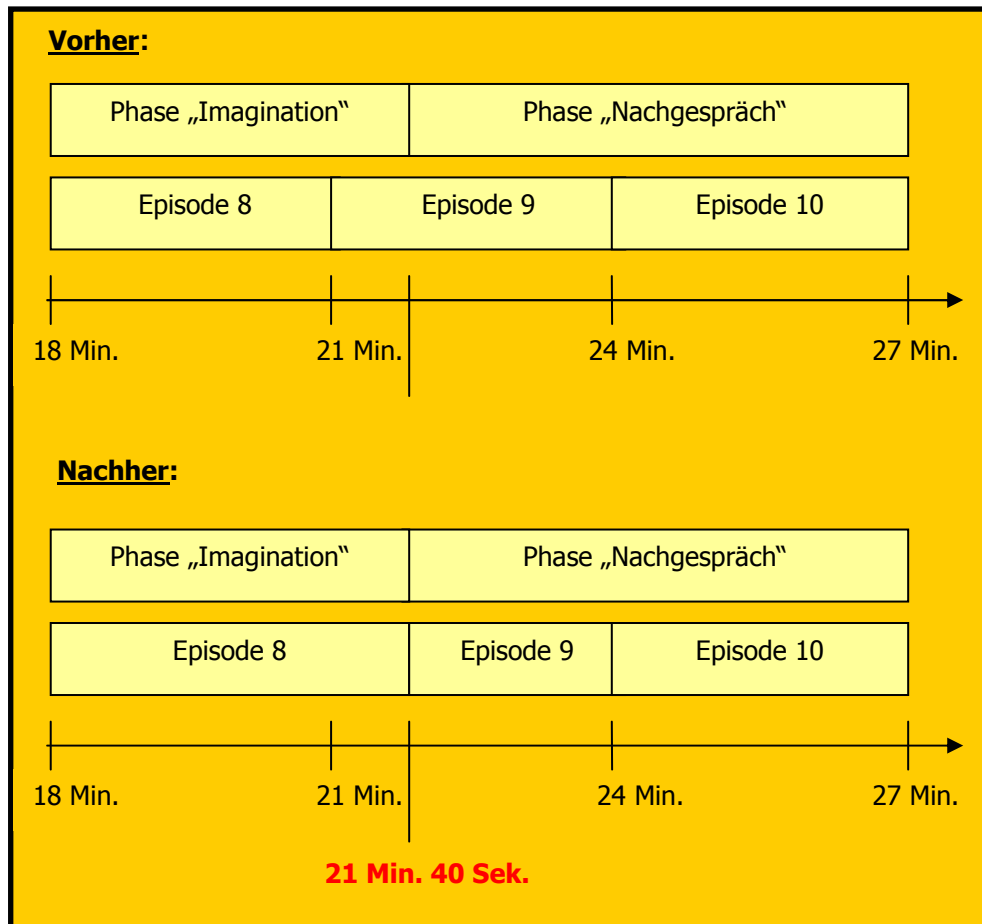


Abbildung 13: Beispiel für die Neuaufteilung der dreiminütigen Episoden zur eindeutigen Phasenzuordnung.

4.7 Erfassung der prozessbezogenen Daten

Die transkribierten Tonbandaufzeichnungen werden je nach Verfahren unterschiedlich ausgewertet. Die Beurteilung des Materials mit der Cubus-Analyse geschah anhand unterschiedlicher Items zu den einzelnen Wirkfaktoren. Für das ADU und das RID stellte hingegen das computergestützte Klassifizieren und Zählen von Worten die Methode der Wahl dar. Die genaue Erhebung der Daten soll im Folgenden näher aufgezeigt werden.

4.7.1 Erhebung der textanalytischen Daten

Die Analyse erfolgte mit Hilfe der HILI-Prozedur (Pokorny, 2000), einem Computerprogramm, das den Text auf die durch das RID und das ADU erfassten Worte hin untersucht. Das Auftreten der einzelnen Ausdrücke wurde registriert, markiert und die Häufigkeiten pro Kategorie gezählt, um die Ergebniswerte der jeweiligen Einzelkategorien zu den übergeordneten Kategorien bzw. den Indikatorvariablen aufsummieren und anschließend an der Gesamtlänge des Textes relativieren zu können. Eine Untersuchung von Biber (1991) konnte zeigen, dass bereits eine Textlänge von 1000 Worten für das Auftreten der meisten sprachlichen Merkmale ausreichend ist.

Zu erwähnen ist noch, dass die beschriebene Prozedur getrennt für die Worte der Patientin und des Therapeuten vorgenommen wurde. Eine Aggregation aller Worte unabhängig vom Sprecher würde eine Interpretation der Daten unmöglich machen.

4.7.2 Datenbeurteilung mit der Cubus-Analyse

Die Cubus-Analyse ist, wie bereits erwähnt, ein Beobachtungsverfahren, dessen Auswertung auf verschiedenen Items beruht, die es anhand einer abgestuften Bewertungsskala einzuschätzen gilt.

Zunächst soll das generelle Vorgehen der Beurteilungen beschrieben werden, um dann den Wert der einzelnen Schritte zu erläutern.

Die Autorinnen befassten sich vorab ausführlich mit dem Instrument *Cubus-Analyse*, klärten Verständnisfragen und notierten Beispiele für hohe, mittlere und niedrige Bewertungen. Nachdem alle Items besprochen waren, wurden die Therapien (sowohl die Übungstherapien als auch die in diese Studie eingegangene Behandlung) wortwörtlich anhand der einzelnen Tonbandaufnahmen transkribiert. Diese Transkripte bildeten zusammen mit den Aufzeichnungen der einzelnen Sitzungen die Basis für die anschließenden Beurteilungen. Dazu wurden die Therapiebänder abermals angehört und jeweils nach etwa drei Minuten gestoppt, um die so entstandene Episode zu bewerten.

Bei den Übungstherapien wurden für jede Einschätzung, zur Absicherung des Eindrucks, der transkribierte Text und das Manual von Schramm und Mitarbeitern (1997) zu Hilfe genommen. Im Anschluss an jede Trainingssitzung wurden die individuellen Ergebnisse der Autorinnen gemeinsam besprochen.

Das Instrument 'Cubus-Analyse' ist nicht auf der Grundlage von Therapien entwickelt worden, die mit Imaginationen arbeiten. Wenn es beispielsweise darum geht, das Item 'Therapeut bemüht sich ausdrücklich darum, dass die Patientin etwas unternimmt, um ihre Ziele zu verwirklichen' zu beurteilen, stellt sich die Frage, ob sich diese

Bemühungen nur auf reale Ziele beziehen dürfen oder, ob auch Ziele innerhalb der Imagination gemeint sein können, denn im übertragenen Sinne sind diese schließlich Symbole für reale Ziele und Bedürfnisse. Dementsprechend wurden alle Items ausführlich diskutiert und es wurde genau überlegt, wie sie zu bewerten sind, um viele durchaus variable Situationen beurteilen zu können. Aus diesen Diskussionen entstand ein Zusatzkatalog zum Cubus-Manual, in dem auf die Besonderheiten der Imaginationen eingegangen wird (vgl. Anhang D). Dieser Zusatzkatalog diente neben den Transkripten und dem Manual von Schramm und Mitarbeitern (1997) als zusätzliche Bewertungshilfe für die hier untersuchte Therapie.

Nach der letzten Trainingssitzung stellten die Autorinnen fest, dass trotz ausführlicher Besprechungen Inter-Rater-Abweichungen auftraten. Diese Differenzen basierten häufig auf ihrem unterschiedlichen Wissenshintergrund, der auch durch die Trainings nicht angeglichen werden konnte. Die letztendlich untersuchte Therapie wurde daher von den Autorinnen gemeinsam eingeschätzt. Sie sind sich durchaus bewusst, dass sie mit dieser Herangehensweise gegen die in der psychologischen Wissenschaft gängige Methode verstoßen, möchten jedoch betonen, dass diesem Vorgehen eine intensive Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen voranging:

Durch die gemeinsame Beurteilung konnten Meinungsverschiedenheiten aufgedeckt und zur Diskussion gestellt werden. Beruhten diese Differenzen auf subjektiven Wahrnehmungen, die nicht mit richtig oder falsch bewertet werden konnten, wurde ein Kompromiss geschlossen, das heißt, es wurde – im Sinne getrennter Bewertungen – gemittelt. Nun könnte aus dieser Sicht dem getrennten Beurteilen mit anschließender Mittelung der Ergebnisse der Vorzug gegeben werden. Ein solches Vorgehen hätte jedoch nach Meinung der Autorinnen einen ganz entscheidenden Nachteil. Korrekte Einschätzungen aufgrund eines Wissensvorsprungs *einer* Beobachterin würden durch den mangelnden Wissenshintergrund der zweiten eine Abwertung erfahren, ohne, dass dieses Missgeschick bemerkt würde. Diese Abwertung trägt nach Ansicht der Autorinnen nicht zu einer Verbesserung der Einschätzung bei. Daher wurde entschieden, die vorhandenen Ressourcen im Sinne einer gemeinsamen Konsensvalidierung zu nutzen, um auf ein größeres Gesamtpotential an Wahrnehmungen, Erfahrungen und Wissen zurückgreifen zu können. Dass dieses Vorgehen nicht unüblich ist und äußerst gewinnbringend sein kann, zeigen Grawe und Mitarbeiter (1994), die ebenfalls diesen Weg zur Qualitätssicherung ihrer Daten wählten.

Verschiedene Autoren (u.a. Wirtz & Caspar, 2002; Bortz & Döring, 2002) fordern zur Konsensfindung ein intensives Beurteilungstraining. Dieser Forderung wurde in der vorliegenden Studie nachgekommen, ein definitiver Wissensangleich konnte jedoch nicht erreicht werden. Diese Erfahrung ist nach Faßnacht (1995) nicht ungewöhnlich.

So berichtet er von einem Missverhältnis zwischen der Dauer des Bewertungstrainings und der dadurch tatsächlich erreichten Verbesserung. Seine langjährigen Studien in Bern zeigen „auf Anhieb Übereinstimmungskoeffizienten, die in der Regel um die 50% lagen. Und dieser Wert läßt [sic] sich im Laufe des Semesters nur unbefriedigend verbessern. Koeffizienten von über 80% haben wir selten erreicht“ (S. 232). Zudem ergänzt Faßnacht (1995), dass sich bei einem Beurteilungstraining neben explizit formulierten Definitionen vor allem implizite und distal nicht nachvollziehbare Regeln herauskristallisieren. Ein Objektivitätsmaß gilt daher wohl nur für die spezielle 'Trainingsgruppe'. Die belegte Objektivität hat also nur lokale Gültigkeit. Diese Feststellung untermauert Faßnacht (1995) mit der Frage: „Und welchen Wert haben Koeffizienten von 90% und höher, wenn dies das Ausnahmeresultat zweier oder dreier idiosynkratisch aufeinander abgestimmter lokaler Forscher ist“ (S. 232)? Auch Wirtz und Caspar (2002) betonen, dass Zuverlässigkeitsmaße lediglich als stichprobentypische, deskriptive Maße verwendet werden sollten, da sie nur für die berichtete Untersuchung charakteristisch seien. Für eine Generalisierung der Koeffizienten, so folgern sie weiter, müsste nämlich gelten, dass sich sowohl Beurteiler als auch Stichproben der zu vergleichenden Untersuchungen nicht in wesentlichen Merkmalen unterscheiden dürften und weiter, dass sich diese Studien zudem in ihren Zielsetzungen gleichen sollten. Die vorliegende Studie will keinen Vergleich zu anderen Therapien oder Untersuchungen herstellen, sondern den therapieinternen Verlauf der Wirkfaktoren aufzeigen und gegebenenfalls Unterschiede zwischen verschiedenen Zeitpunkten überprüfen. Schon durch die Tatsache, dass die gefundenen Ergebnisse auf den Daten einer relativ kurzen Einzelfallanalyse basieren, haben sie eher heuristischen Wert und sollen somit Anregungen und Hinweise zu weiterführenden Hypothesen geben. In diesem Sinne halten die Autorinnen eine gemeinschaftliche Bewertung für eine adäquate Methode, zumal auf ein Beurteilungstraining keineswegs verzichtet wurde. Nach Ansicht vieler Forscher (u.a. Manns, Schultze, Herrmann & Westmeyer, 1987; Faßnacht, 1995) ist es von großer Bedeutung, den Bewertungsprozess transparent zu gestalten, damit sich der kritische Leser ein eigenes Bild über die Zuverlässigkeit der Daten machen kann. So schreiben Weiss, Marmar und Horowitz (1988), dass die Reliabilität einer Messung bereits deutlich erhöht wird, indem detaillierte Informationen zu ihrem Vorgehen gegeben werden.

Durch die nun folgende ausführliche Beschreibung des Beurteilungsprozesses dieser Studie möchten die Autorinnen diesem Aspekt Rechnung tragen. Zur besseren Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit stehen die erhobenen Daten außerdem jedem interessierten Leser im Anhang zur Verfügung (Anhang E).

Den Ergebnissen von Rating-Verfahren gegenüber nimmt Faßnacht (1995) generell eine skeptische Haltung ein. Er plädiert daher für eine Verbesserung der Reliabilität

durch *Optimierung des Beobachtungsvorgangs* und durch *Optimierung der Beobachtungssituation*. Seiner Meinung nach reicht es nicht aus, lediglich Inter-Rater-Reliabilitätskoeffizienten anzugeben, um ein Ergebnis als zuverlässig zu bezeichnen. Auch Manns und Mitarbeiter (1987) beklagen die Tatsache, dass in Studien oft nur sehr spärliche Ausführungen darüber zu finden sind, wie vermeintlich reliable Ergebnisse erzielt wurden. Der Umgang mit Beobachtungsfehlern und Angaben zum Beurteilungstraining werden ihrer Ansicht nach „ausgesprochen stiefmütterlich behandelt“ (S. 50). Einschätzungen können schließlich durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, so dass es unter Umständen schwierig ist, eine Messung als objektiv und zuverlässig zu bezeichnen (Wirtz & Caspar, 2002). Faktoren, die eine negative Wirkung auf die Reliabilität eines Ergebnisses haben können, lassen sich sowohl der beurteilenden Person als auch der zu bewertenden Situation bzw. dem zu bewertenden Objekt zuordnen. Zu diesen Einflüssen zählen auf Seiten des Beobachters Beurteilungsfehler wie beispielsweise der Halo-Effekt oder Primacy- und Recency-Effekte. Auch können Aspekte physischer Beeinträchtigungen wie Schwankungen der Aufmerksamkeit oder Ermüdung zu einer fehlerhaften Einschätzung führen. Weiterhin ist es möglich, dass ein noch so aufmerksamer und objektiver Beobachter einen Sachverhalt je nach Art des zugrunde liegenden Datenmaterials unterschiedlich einschätzt. Ein Transkript liefert andere Informationen als eine Tonbandaufzeichnung und diese wiederum andere als eine reale Beobachtung.

Um die Ergebnisse möglichst zuverlässig zu gestalten, haben die Autorinnen, dem Vorschlag von Bortz und Döring (2002) folgend, bereits im Vorfeld überlegt, welche Beurteilungsfehler im Beobachtungsprozess auftauchen könnten und wie ihnen zu begegnen sei. Die hieraus resultierenden Überlegungen werden an dieser Stelle abgebildet, um der Forderung von Manns und Mitarbeitern (1987) nachzukommen, eine nachvollziehbare Darstellung der Ergebnisergebnisgewinnung aufzuzeigen, um dem Leser anhand dieser Ausführungen ein besseres Bild über die Reliabilität der berichteten Ergebnisse zu gewährleisten.

Aus den Ausführungen von Fassnacht (1995), Manns und Mitarbeitern (1987) und Bortz und Döring (2002) wurden folgende Einflussfaktoren extrahiert, die Beurteilungsfehler bedingen können:

- *Wahrnehmungsfehler*: Konsistenzeffekte, Primacy- und Recency-Effekte, Halo-Effekt, Erwartungseffekte, emotionale Beteiligung, logischer oder theoretischer Fehler, observer drift
- *Deutungs- und Interpretationsfehler*: zentrale Tendenz, Milde-/Härtefehler, baseline-error
- *Erinnerungsfehler*: Kapazitätsprobleme und Selektions- bzw. Modifikationsfehler

- *Wiedergabefehler* (z.B. durch Konformitätsdruck, Erwartungen des Versuchsleiters)
- *Physische Einflüsse im Beobachter*: Aufmerksamkeitsschwankungen, Müdigkeit, Gewöhnung
- *Situative Bedingungen* (z.B. schlechte Tonqualität, fehlerhafte Transkripte, ungünstige Sichtverhältnisse)

Wie oben angedeutet, wird nachfolgend der Wert der einzelnen Ratingschritte für die Sicherung der Reliabilität dargestellt. Dabei wird auf die soeben genannten Beurteilungsfehler Bezug genommen.

Nach Weiss und Mitarbeitern (1988) dient der Einsatz von Hilfsmitteln gegenüber einer globalen Einschätzung ohne solche Materialien der verbesserten Reliabilität der Einschätzungen, besonders wenn es sich, wie im vorliegenden Fall, um abstraktere Konstrukte handelt. Helfende Mittel stellen die wortgenauen Transkripte der Sitzungen, das Manual von Schramm und Mitarbeitern (1997) und der eigene Zusatzkatalog dar.

Das Anhören der Tonbandaufzeichnungen ist unerlässlich, da die darin enthaltenen, wichtigen nonverbalen Informationen der Kommunikation, wie zum Beispiel Tonlage, Sprechgeschwindigkeit oder Lautstärke, ansonsten verloren gehen würden. Schwer zu verstehende Passagen konnten anhand des Transkripts nachgelesen werden, so dass leises Sprechen oder Nuscheln nicht zu schlechteren Beurteilungen führten.

Durch das distanzierte Zuhören am Kassettenrekorder wurde eine emotionale Beteiligung deutlich verringert.

Die Transkripte und auch die Kürze der Episoden beugen vor allem Erinnerungsfehlern vor. Einschätzungen können anhand der Niederschriften überprüft und an konkreten Worten bzw. Sätzen belegt werden. Primacy- und Recency-Effekten wurde dadurch begegnet, dass bewusst mittlere Episodenabschnitte nachgelesen wurden.

Deutungs- und Interpretationsfehlern wurden vor allem durch die im Manual enthaltenen und im Beurteilungstraining gefundenen Beispiele und Konkretisierungen der Items unwahrscheinlicher. Durch die genaue und realistische Definition der höchsten und niedrigsten Werte eines jeden Items, wurde ein Antwortverhalten der zentralen Tendenz und auch der Milde bzw. Härte verhindert, da Extremwerte nicht mehr unbewusst für den unwahrscheinlichen Extremfall aufbewahrt werden mussten (vgl. auch Bortz & Döring, 2002). Außerdem kann auf diese Weise dem so genannten *baseline error* entgegengetreten werden. Dieser beschreibt nach Bortz und Döring (2002) das Hervorheben des Besonderen unter Vernachlässigung des Häufigen. So wurde dem Häufigen – sofern es der Einschätzung eines Wirkfaktors diene und somit in dessen Konkretisierung aufgenommen wurde – adäquate Beachtung geschenkt. Zuletzt sicherten konkrete Beispiele und Itemoperationalisierungen über die Zeit eine

gewisse Stabilität in der Bewertung und kamen dem *observer drift* – also einer unbemerkten Veränderung der Beobachtungsstandards – zuvor.

Um Erwartungseffekte und logische oder theoretische Fehler zu verhüten, haben sich die Autorinnen erst nach der Datenbewertung in die genaue Konzeption der IRP eingearbeitet. Auch die nach Grawe benannten Regeln (Kapitel 2.4.4.2) der Wirkfaktorenrealisierung für eine erfolgreiche Therapie wurden erst im Nachhinein recherchiert und aufbereitet.

Die Gefahr von Wiedergabefehlern aus Gründen des Konformitätsdrucks wurde ausführlich besprochen. Im Manual der Cubus-Analyse (Schramm et al., 1997) wird zudem betont, dass eine mehr oder weniger starke Ausprägung eines Faktors nicht ein 'Besser' oder 'Schlechter' bedeutet.

Die Autorinnen sind sich darüber im Klaren, dass sie mit ihrer Entscheidung gegen numerische Reliabilitätsmaße nicht konform gehen mit der allgemein gültigen Praxis. Durch die vorangegangenen Schilderungen werden jedoch ihre Beweggründe veranschaulicht, die Transparenz des Vorgehens und somit die Reliabilität erhöht und eine Grundlage für Diskussionen geschaffen.

Da die Bearbeitung der Transkripte mit dem ADU und dem RID erst im Anschluss an die Beurteilung mit der Cubus-Analyse erfolgte, mussten die einzelnen Episoden teilweise, wie oben beschrieben, verändert werden (verkürzt bzw. verlängert), um die Untersuchung mit diesen Instrumenten gewährleisten zu können. Daraufhin wurde für die geänderten Episoden eine Neubewertung mit der Cubus-Analyse vorgenommen, um einen Vergleich zwischen den Ergebnissen der drei Verfahren zu ermöglichen. Die erhaltenen Werte wurden an der Dauer der Episoden (in Sekunden) gewichtet. So hat eine Episode von 120 Sekunden Dauer weniger Einfluss als eine Episode von 200 Sekunden Dauer.

4.7.3 Materialbeurteilung mit der Skala KIP-Repräsentativität

Für diese Skala wurden wie bei der Cubus-Analyse die Operationalisierungen der Items definiert und aufgeschrieben. Die Itemauslegungen richteten sich dabei nach den Ausführungen von Kottje-Birnbacher (2001; vgl. auch Kapitel 2.2.1 und Anhang B). Hierzu wurden Beispiele gefunden und Hinweise festgelegt, wann welcher Wert zu vergeben sei. Beispielshalber wurde für das Item *Die Imagination geht über bloße Visualisierung hinaus und regt auch das Spüren in anderen Sinnesmodalitäten an* ausgemacht, dass alles, was über Fühlen, Sehen, Schmecken, Riechen, Hören erfahren wird, eine Wertung erhält. Dabei gilt, je mehr Sinne zum Erfassen eines Eindrucks genutzt werden, umso höher die Beurteilung auf der Skala. Eine bloße Visualisierung erhält demnach keine Wertung. Anschließend wurde die Einschätzung mittels der niedergeschriebenen Operationalisierungen an den Übungstherapiesitzungen geprobt.

Schwierigkeiten konnten so entdeckt und Ergänzungen vorgenommen werden. Mit den verbesserten Itemdefinitionen wurde anschließend die zu untersuchende Therapie anhand der Skala eingeschätzt.

4.8 Statistische Auswertung

In der Psychologie gilt es bei der statistischen Aufarbeitung der Daten häufig zwischen konzeptioneller Genauigkeit und streng mathematischer Korrektheit abzuwägen. Dies basiert auf der Vielschichtigkeit der zu untersuchenden Phänomene. So können die statistischen Verfahren dieser Komplexität meist nicht gerecht werden. Auch in dieser Einzelfallanalyse verhält es sich nicht anders, wie die nachfolgenden Ausführungen zur statistischen Ergebnisaufbereitung zeigen werden.

Die Auswertung der Daten erfolgt mit Hilfe des Microsoft-Office-Programms Excel sowie des Statistikprogramms SPSS 12.0.

4.8.1 Deskriptive Statistik

Bei der deskriptivstatistischen Aufbereitung der Daten sind für die verschiedenen abhängigen Variablen unterschiedliche Aspekte zu beachten. Daher soll im Folgenden zunächst auf die deskriptive Statistik getrennt nach den einzelnen abhängigen Variablen eingegangen werden, um dann im Anschluss daran die gemeinsame Darstellungsweise zu erläutern.

4.8.1.1 Deskriptive Maße der textanalytischen Prozess-Variablen

Für das ADU und das RID wurde die Anzahl der Worte einer Person (Therapeut oder Patientin) als relativer Wert in Prozent angegeben. Der genannte Wert bezieht sich demnach auf den relativen Anteil der klassifizierten Worte an den insgesamt gesprochenen. Dieser Anteil kann sich dabei auf eine Episode, eine Phase, eine Sitzung oder die gesamte Therapie beziehen.

4.8.1.2 Deskriptive Maße der Cubus-Analyse

Für die Faktoren der Cubus-Analyse wurde, in Anlehnung an andere Arbeiten mit diesem Instrument (Ritz-Schulte, 2001; Bleichenbacher & Preiswerk, 1998; Hartwagner, 1996), der Mittelwert als deskriptives Maß bestimmt. Diese Wahl scheint auch unter dem Gesichtspunkt zulässig, dass es sich bei der Beurteilungsskala (von 0 'gar nicht' bis 4 'sehr') um eine getestete, numerisch und verbal verankerte fünfstufige Skala nach Rohrmann (1978) handelt.

Um die Entscheidung für den Mittelwert jedoch zusätzlich abzusichern, wurde vorab ein stichprobenartiger Vergleich zwischen den Daten unter Nutzung des Mittelwerts und des Medians gemacht. Dabei wurde offenbar, dass der über die Items einer Skala gebildete Mittelwert und ihr Median selten differierten. Ein Unterschied war jedoch

immer dann auszumachen, wenn ein einzelnes Item deutlich anders als die anderen seiner Skala bewertet wurde. Dies liegt in der Eigenschaft des Mittelwerts, ausreißerempfindlicher als der Median zu sein. Gerade diese Disposition macht ihn jedoch für die vorliegende Untersuchung interessant. Da die Items einer Skala teilweise sehr heterogene Aspekte des jeweiligen Wirkfaktors erfassen, war es durchaus möglich, dass nur ein einzelnes Item mit einer hohen Wertung belegt wurde. Gerade diese Einschätzung stellt aber eine bedeutsame Information dar, die bei der Nutzung des Medians verloren gegangen wäre.

Als letzte Überlegung zum Skalenmittelwert wurde dessen Tauglichkeit im Unterschied zur Bildung von Itemsummen geprüft. Dabei erschien er aufgrund der unterschiedlichen Itemanzahlen der einzelnen Skalen geeigneter, da die einfachen Summen nicht miteinander vergleichbar wären.

4.8.1.3 Deskriptive Maße der Skala KIP-Repräsentativität

Die formalen Items der Skala (Items 1 bis 4) wurden lediglich zur Einteilung der Phasen herangezogen und fließen daher nicht in die nachfolgenden Ergebnisse mit ein.

Die sechs Items, die sich auf spezifische Charakteristika der KIP-Imaginationsphasen beziehen, gelten natürlich nur für ebendiese Phasen. Sie wurden lediglich deskriptiv ausgewertet, da eine teststatistische Absicherung der Skala anhand eines Einzelfalls nicht erfolgen konnte.

Bei der Auswertung interessierte besonders der direkte Vergleich zwischen den Imaginationen nach KIP bzw. Psychosynthese. Aus diesem Grund dient die Datei *Episodenebene* als Auswertungsgrundlage.

Für die Ausprägungen (gar nicht, wenig, mittel, sehr) der Items wurde zur Interpretation Ordinalskalenniveau angenommen. Des Weiteren wurde zur besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse auf ein zusammenfassendes Maß (Skalenmedian o.ä.) verzichtet, da die sechs Items sehr unterschiedliche Aspekte erfassen. Demnach wurden die Items einzeln betrachtet und als deskriptives Maß dienten die Häufigkeiten ihrer Ausprägungen. Hierfür wurde die Datei in KIP- und Psychosynthese-Episoden getrennt. Anschließend wurde für jedes einzelne Item die Anzahl der Episoden pro Ausprägungsgrad gezählt. Die Häufigkeiten wurden für den direkten Vergleich der Methoden graphisch dargestellt.

4.8.1.4 Maße der Outcome-Variablen

Die Ergebnisse der drei Messzeitpunkte wurden für die einzelnen Verfahren getrennt, jeweils unter Einbeziehung der verfahrensspezifischen Normwerte, referiert und graphisch veranschaulicht. Auf eine inferenzstatistische Auswertung wurde verzichtet,

da diese aus mathematischen Gesichtspunkten, auch mit einer äußerst liberalen Regelauslegung, nicht möglich schien.

4.8.1.5 Darstellung der deskriptiven Daten

Anhand der genannten Messwerte wurden je nach Fragestellung graphische Darstellungen zum Verlauf der abhängigen Variablen auf *Episodenebene*, auf *Phasenebene* und auf *Sitzungsebene* vorgenommen. Zudem wurden zusätzlich die interessierenden deskriptiven Maße in Tabellen aufgeführt.

4.8.2 Inferenzstatistik

Die vorliegenden Daten sind nicht normalverteilt. Weiterhin liegt mit sechs Sitzungen bzw. 89 Episoden eine eher kleine Stichprobengröße vor. Aus diesen Gründen wurde auf eine Auswertung mit parametrischen Verfahren verzichtet. Nonparametrische Verfahren haben zwar eine geringere Teststärke, bieten allerdings den Vorteil, dass sie weitgehend verteilungsfreie Daten voraussetzen und gegenüber kleinen Stichproben ziemlich robust sind (Bortz, 2005).

Vorraussetzung vieler nonparametrischer Verfahren ist die Unabhängigkeit der zu untersuchenden Daten. In einem Einzelfall lässt sich dieses Kriterium jedoch nicht einhalten. Die Daten sind weder auf der Ebene der Sitzungen, noch auf der der Phasen und schon gar nicht auf Episodenebene voneinander unabhängig. Aufgrund des überwiegend explorativen Charakters einer Einzelfallanalyse wurde zugunsten der bereits erwähnten konzeptionellen Angemessenheit auf die Einhaltung des Unabhängigkeitskriteriums verzichtet und somit auch auf die mathematische Strenge.

Die aufgestellten Hypothesen erfordern drei verschiedene Berechnungen:

Für Hypothesen, die nach dem Zusammenhang zweier Variablen fragen, wurde die nonparametrische Kendall-Rangkorrelation als statistisches Verfahren gewählt und auf *Episodenebene* durchgeführt. Die Berechnung auf dieser Ebene ließ zuverlässigere Ergebnisse vermuten, da auf *Phasenebene* schließlich aggregierte Werte miteinander verglichen würden. Ein Beispiel soll den Nachteil des letztgenannten Vorgehens verdeutlichen: Es ist durchaus vorstellbar, dass eine aktive *Ressourcenaktivierung* des Therapeuten mit dem Gebrauch positiver Worte einhergeht. Andererseits ist es auch möglich, dass *Ressourcenaktivierung* gar nicht mit positiven Emotionsworten zusammenhängt. Im ersten Fall sollten beide Faktoren in jeder Episode auf ähnliche Weise variieren. Im zweiten ist es dagegen denkbar, dass in einer Episode viele positive Emotionen geäußert werden, ohne dass dabei *Ressourcenaktivierung* erfolgt, diese aber dafür in der übernächsten Episode ohne den Ausdruck positiver Emotionen stattfindet. Bei einer Untersuchung auf Episodenebene dürfte der zweite Fall eher nicht im Sinne einer Korrelation signifikant werden. Auf Phasenebene wäre ein signifikantes

Ergebnis indessen zweifellos möglich. Beide Faktoren können innerhalb einer Phase in etwa gleich hoch ausgeprägt sein. Im ungünstigsten Fall ist dies jedoch auf ganz unterschiedliche Episoden und somit verschiedene Bedingungen zurückzuführen.

Hypothesen, die den Unterschied zwischen zwei bzw. drei Phasen (unabhängig von der Methode) untersuchen, wurden auf *Phasenebene* geprüft. Dabei wurde für die Differenzen zwischen drei Phasen der Friedman-Test gewählt, während für die Unterscheidung zweier auf den Wilcoxon-Test zurückgegriffen wurde. Bei diesen Berechnungen – beide Tests erfassen den Unterschied zwischen verbundenen Stichproben – stimmen theoretische Konzeption und mathematisches Verfahren im Übrigen am ehesten überein, da zwischen den einzelnen Sitzungen immerhin eine ganze Woche liegt und die Ergebnisse daher nicht unmittelbar von einzelnen Worten oder Tagesstimmungen abhängig sind, wie bei den aufeinander folgenden Episoden.

Hypothesen, die auf Unterschiede zwischen den Methoden KIP und Psychosynthese gerichtet sind, mussten auf *Episodenebene* berechnet werden – eine Untersuchung auf *Phasenebene* hätte eine zu kleine Stichprobe bedeutet (pro Methode nur drei Sitzungen und somit auch nur drei Werte).

Da sich die Unterschiedshypothesen auf die einzelnen Phasen beziehen, wurden die Episoden auch zunächst nach diesen sortiert. Im Anschluss daran wurde mittels des Mann-Whitney-Tests für zwei unabhängige Stichproben für jede Phase der Unterschied zwischen den Methoden geprüft. Unabhängige Variablen waren demnach sowohl die Methode als auch die Phase. Aus inhaltlichen Gesichtspunkten erschien es nicht notwendig, die Variable *Sitzung* in die Berechnungen mit einfließen zu lassen, da die Hypothesen nach generellen Unterschieden zwischen den einzelnen Methoden fragen, die unabhängig vom Zeitpunkt in der Therapie gelten sollten.

In Tabelle 7 wird zur besseren Übersicht eine Zuordnung der einzelnen Hypothesen zur Bearbeitungsebene und dem durchgeführten statistischen Verfahren gezeigt.

Tabelle 7: Zuordnung der Hypothesen zu statistischen Auswertungsverfahren.

	Kendall-Rang-Korrelation	Mann-Whitney-Test	Wilcoxon-Test
Zusammenhänge (Episodenebene)	Hypothesen 3 & 9	-	-
Unterschiede - unabhängig von der Methode – (Phasenebene)	-	-	Hypothesen 2, 4, 5, 6, 8, 11a) & b)
Unterschiede KIP - Psychosynthese (Episodenebene)	-	Hypothesen 7 & 10a) – c)	-

5 Ergebnisse

Nachfolgend werden zuerst allgemeine, beschreibende Ergebnisse zu den unterschiedlichen Prozessmaßen referiert, um daran anschließend auf hypothesenspezifische Resultate einzugehen.

5.1 Deskriptive Ergebnisse der Cubus-Analyse

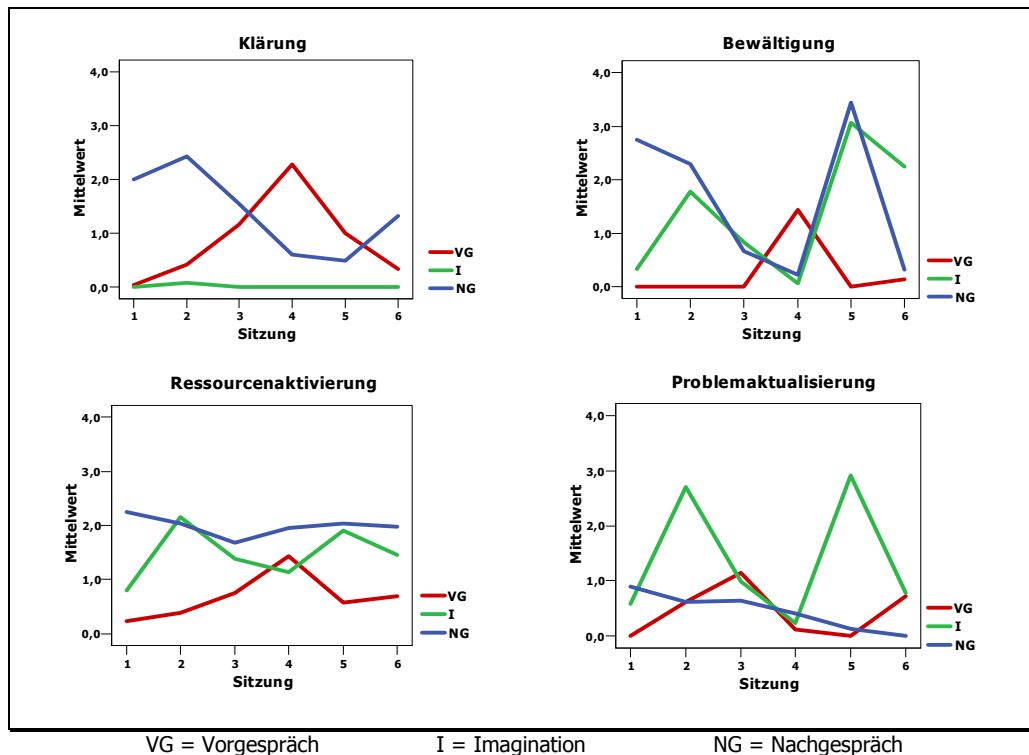


Abbildung 14: Ausprägung der vier Wirkfaktoren über die gesamte Therapie hinweg, getrennt nach Phasen.

Abbildung 14 veranschaulicht den Verlauf der vier Wirkfaktoren über die sechs Therapiesitzungen hinweg. Die einzelnen Sitzungsphasen werden für alle Wirkfaktoren getrennt dargestellt.

Der Wirkfaktor *Klärung* wird dabei vor allem im *Vorgespräch* der mittleren Sitzungen verwirklicht, kommt hingegen in der *Imagination* so gut wie überhaupt nicht zum Tragen. Weiterhin scheint dieser Wirkfaktor im *Nachgespräch* vor allem zu Beginn der Therapie eine wichtige Rolle zu spielen.

Auffällig bei den Ausprägungen des Wirkfaktors *Bewältigung* ist sein fast deckungsgleicher Verlauf in den Phasen der *Imagination* und des *Nachgesprächs*. Hier fallen allein die erste und letzte Sitzung aus dem Rahmen. Im *Vorgespräch* hat es allerdings den Anschein, als würde *Bewältigung* nicht sehr stark zur Anwendung kommen.

Ressourcenaktivierung unterliegt in ihrem Verlauf über alle Sitzungen hinweg nur geringen Schwankungen, wobei im *Nachgespräch* die höchsten und im *Vorgespräch* die niedrigsten Ausprägungen zu beobachten sind.

Generell ist das Ausmaß der *Problemaktualisierung* sowohl im *Vor-* als auch im *Nachgespräch* in der gesamten Therapie relativ gering. Einzig in den *Imaginationen* der Sitzungen zwei und fünf ist ein deutlicher Anstieg dieses Wirkfaktors zu verzeichnen.

5.2 Deskriptive Ergebnisse der textanalytischen Maße

Die Gesamtanzahl der in der Therapie gesprochenen Worte findet sich in Tabelle 8. Dabei fällt zunächst auf, dass der Therapeut fast doppelt so viel spricht wie die Patientin. Wird allerdings der relative Anteil der einzelnen Wortkategorien verglichen, so zeigen sich keine großen Unterschiede zwischen den Interaktionspartnern. In den erhobenen Gruppen bilden Worte des Sekundärprozesses noch vor denen des Primärprozesses die zahlenmäßig größte Klasse. Emotionsworte machen insgesamt nur etwa 2% des Redeanteils aus und die Anzahl negativer und positiver Worte halten sich dabei die Waage.

Tabelle 8: Beschreibung der gesprochenen Worte von Therapeut und Patientin für die gesamte Therapie.

	Therapeut		Patientin	
	Absolut	In %*	Absolut	In %*
Worte gesamt	20 584	100	11 504	100
Emotionsworte gesamt	412	2,00	215	1,87
Positive Emotionsworte	219	1,06	106	0,92
Negative Emotionsworte	193	0,94	109	0,95
Primärprozess Worte	892	4,33	546	4,75
Sekundärprozess Worte	1258	6,11	707	6,15

* Relativierte Werte sind auf zwei Stellen nach dem Komma gerundet.

Deskriptive Ergebnisse der Skala KIP-Repräsentativität Abbildung 15 zeigt die Items der *KIP-Repräsentativität* in den Imaginationphasen. Für jedes Item wird dabei nach Methode (KIP und Psychosynthese) getrennt gezählt, wie häufig die einzelnen Ausprägung (gar nicht, wenig, mittel, sehr) vergeben wurden.

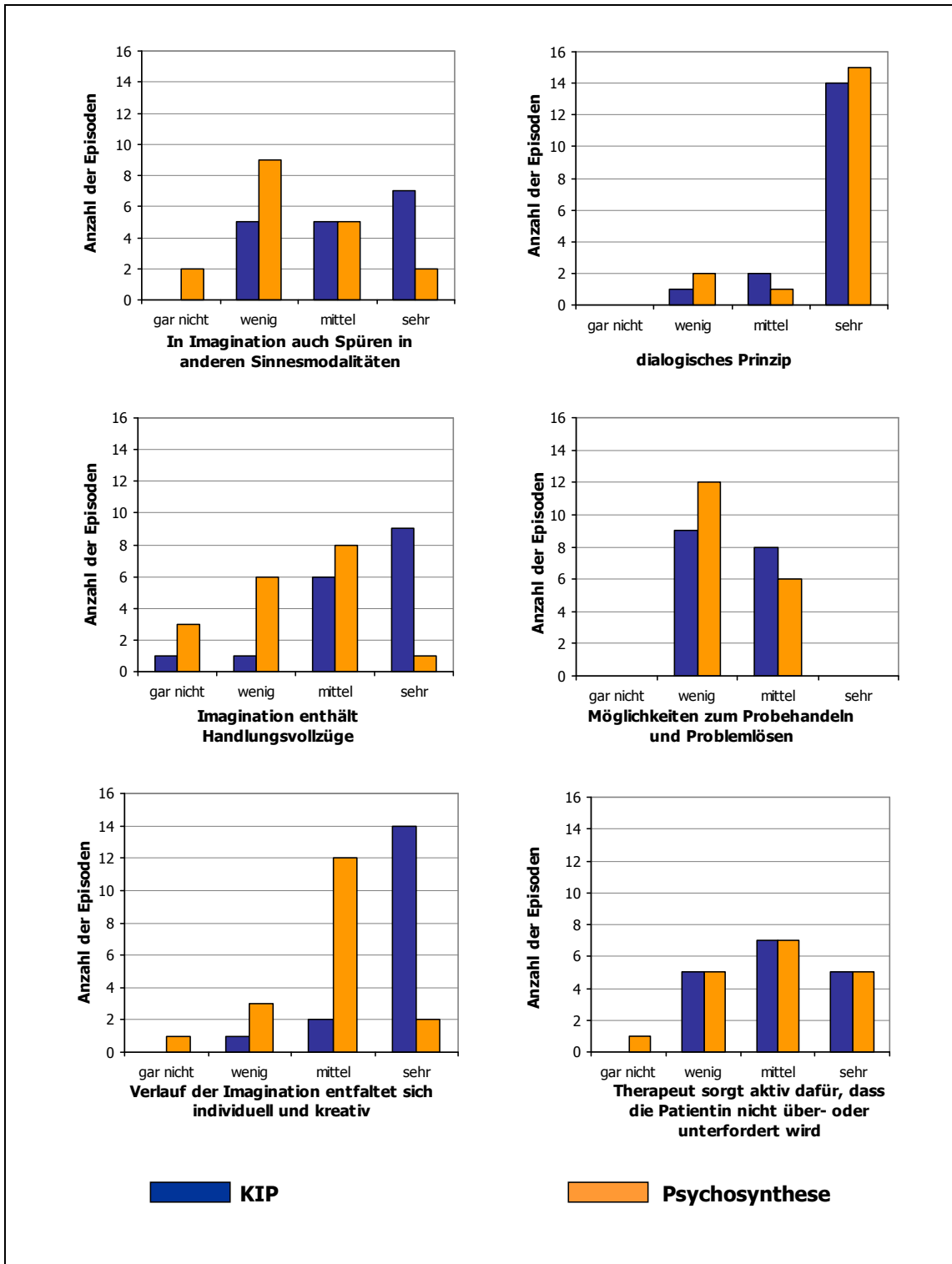


Abbildung 15: Vergleich der Ausprägungen der einzelnen Items der Skala KIP-Repräsentivität für die Imaginationsphasen der Methoden KIP und Psychosynthese.

Dem Anschein nach verhalten sich Psychosynthese und KIP äquivalent in den Items, die eher formelle Kriterien erfüllen. Diese betreffen das *dialogische Prinzip*, die *Möglichkeiten zum Probehandeln und Problemlösen* und die *aktive Sorge des*

Therapeuten die Über- bzw. Unterforderung der Patientin zu verhindern (Abbildung 15, rechte Seite).

Die Aspekte der anderen drei Items *Spüren in anderen Sinnesmodalitäten*, *Handlungsvollzüge* und individueller und *kreativer Verlauf der Imagination* scheinen hingegen in den KIP-Imaginationen stärker Beachtung zu finden als in den Psychosynthese-Bildern (Abbildung 15, linke Seite).

Die weiteren Ergebnisse dieser Studie werden nun der Chronologie der Hypothesen folgend dargestellt.

5.3 Hypothese 1a und 1b

Die anhand verschiedener Fragebogen vor der Therapie gemessenen Werte signalisieren eine deutlich höhere Symptombelastung als die Daten, die nach der Therapie erhoben wurden.

Und

Die Fragebogenmesswerte nach der Therapie und die des Katamnesezeitpunktes sollten sich nicht bedeutsam unterscheiden.

Die betreffenden Ergebnisse werden für die vier Fragebogen getrennt skizziert.

5.3.1 Ergebnisse des Brief Symptom Inventory

Tabelle 9 gibt die globalen Kennwerte des BSI der Patientin für die drei Messzeitpunkte wieder. Laut BSI-Manual (Franke, 2000) gilt eine Probandin mit einem $T_{\text{GSI}} \geq 63$ oder $T_{2 \text{ Skalen}} \geq 63$ als psychisch auffällig belastet. Im Falle dieser Studie treffen diese Bedingungen allerdings nicht zu. Die Patientin ist somit als unauffällig einzustufen. Ihr Global Severity Index (GSI), der sensitivste Indikator für eine psychische Belastung, hat zum ersten Messzeitpunkt einen Wert von 52. Im Manual wird als kritische Differenz zwischen zwei Messzeitpunkten mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% für den GSI ein T-Wert von $\pm 8,77$ angegeben. Dieser und auch die folgenden Werte beziehen sich auf die Normstichprobe Studierender ($n=589$). Unter Berücksichtigung der kritischen Differenz kann die Symptomverbesserung, die sich zum zweiten und dritten Messzeitpunkt im GSI-Wert darstellt, als bedeutsam erachtet werden.

Der Positive Symptom Distress Index (PSDI) erfasst die Intensität der empfundenen Belastung in Bezug auf die Items, bei denen eine solche Belastung vorliegt (Franke, 2000). Obwohl für diesen Kennwert keine kritischen Differenzen existieren, ist die Verminderung des Wertes um etwa ein Drittel auffällig.

Der Positive Symptom Total (PST) umfasst die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung berichtet wurde. Hier finden sich keine großen Unterschiede zwischen den einzelnen Messzeitpunkten.

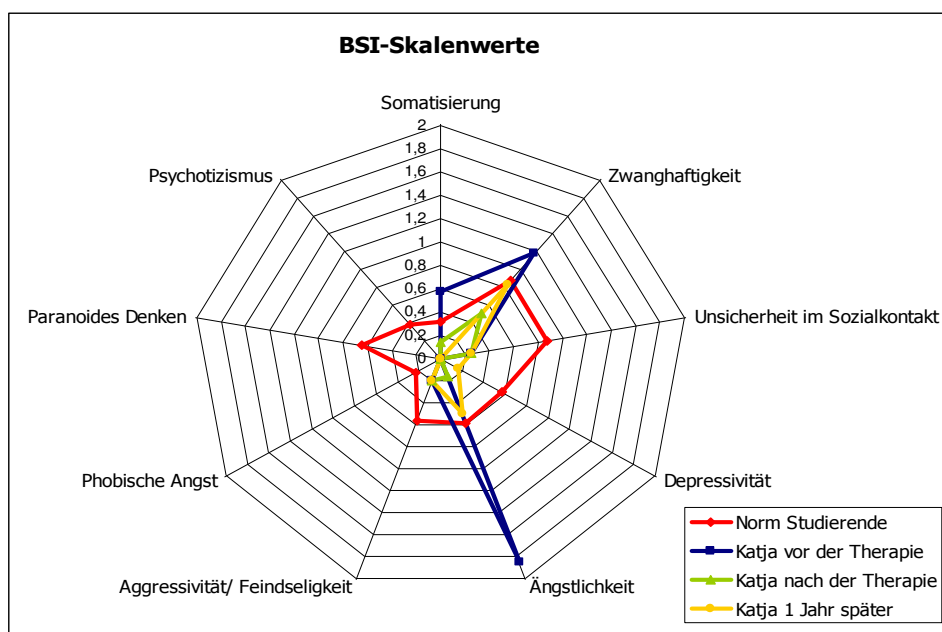
Tabelle 9: Globale Kennwerte des BSI zu den drei Zeitpunkten; angegeben in T-Werten.

BSI-Kennwerte	19.07.2004	05.09.2004	23.08.2005
GSI	52	41	43
PSDI	61	41	45
PST	48	42	44

GSI = Global Severity Index PSDI = Positive Symptom Distress Index PST = Positive Symptom Total
Bedeutame Unterschiede fett gedruckt

Die globalen Kennwerte des BSI weisen zwar nicht auf eine psychisch auffällige Belastung hin, werden die Skalen jedoch genauer betrachtet, finden sich in einzelnen Bereichen interessante Ergebnisse (Abbildung 16).

Im weiteren Verlauf werden anstelle der T-Werte die BSI-Skalenwerte aufgeführt, da diese graphisch übersichtlicher dargestellt werden können. Sie entsprechen jedoch in ihren Aussagen denen der T-Werte.

**Abbildung 16:** BSI-Skalenwerte zu den verschiedenen Messzeitpunkten im Vergleich zur Norm der Studierenden (n=589).

Mit einem Ängstlichkeits-Skalenwert von 1,83 befindet sich die Patientin zum ersten Messzeitpunkt mehr als zwei Standardabweichungen ($SD_{\text{Norm}} = 0,55$) über dem Normmittelwert von 0,58. Die kritische Differenz für eine Veränderung ist mit $\pm 0,59$ (5%-Irrtumswahrscheinlichkeit) angegeben. Die Werte von 0,167 und 0,5 nach der Therapie liegen innerhalb der Norm und bedeuten somit eine klinisch relevante Verringerung der Symptombelastung.

Eine nennenswerte Verbesserung vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt findet sich auch auf der Skala Zwanghaftigkeit (von 1,167 auf 0,5 mit einer kritischen Differenz

von $\pm 0,52$). Diese Verbesserung kann sich allerdings nicht über den Katamnesezeitraum (0,833) hinweg halten.

Zuletzt soll noch auf die Skala Somatisierung verwiesen werden, deren Skalenwert sich über die Messzeitpunkte hinweg kontinuierlich verbessert. Liegt der Veränderungswert (0,57 zu 0,14) noch zum ersten Messzeitpunkt nach der Therapie innerhalb der kritischen Differenz von $\pm 0,51$, so wird diese zum letzten Zeitpunkt überschritten (von 0,57 zu 0).

Alle anderen Skalenwerte weisen über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg keine nennenswerten Veränderungen auf und liegen zudem innerhalb der Norm.

5.3.2 Ergebnisse der HOLO-Angstskala

Die Skalenwerte der HOLO-Angstskala bleiben über den gesamten Therapieverlauf und den Katamnesezeitraum hinweg stabil. Zu allen Messzeitpunkten wird ein Summenscore von 24 gemessen. Dies ist der höchste zu erreichende Skalenwert (Hartung, 1995).

5.3.3 Ergebnisse der Kurzversion des Inkongruenzfragebogens

Wie im BSI finden sich auch in dem Manual des K-INK drei Kennwerte, die in die Interpretation der Ergebnisse einbezogen werden können. Diese Werte bezeichnen das Inkongruenzniveau der Annäherungsziele (K-INK-A), der Vermeidungsziele (K-INK-V) und das gesamte Inkongruenzniveau aus dem Verhältnis der erstgenannten Werte (K-INK-G). In Tabelle 10 sind die K-INK-Werte zu den drei Erhebungszeitpunkten im Vergleich zum Mittelwert der Normalpersonen ($n=707$) aufgeführt. Da im Manual keine kritischen Differenzen für Veränderungen angegeben werden, dienen die Standardabweichungen von den Mittelwerten der Normalpersonen als Interpretationshilfe. Unter Berücksichtigung dieser Daten sind die Veränderungen, die sich in Tabelle 10 darstellen, statistisch nicht bedeutsam.

Tabelle 10: Kennwerte des K-INK zu den drei Zeitpunkten im Vergleich zu Mittelwerten (M) und Standardabweichungen (SD) der Normalpopulation ($n=707$).

K-INK-Kennwerte	19.07.2004	05.09.2004	23.08.2005	Normalpersonen	
				M	SD
K-INK-A	2,07	1,78	1,92	2,27	0,59
K-INK-V	1,79	1,22	1,50	1,91	0,65
K-INK-G	2,21	1,56	1,88	2,10	0,55

K-INK-A = Inkongruenz bzgl. der Annäherungsziele; K-INK-V = Inkongruenz bzgl. der Vermeidungsziele; K-INK-G = Gesamtniveau der erlebten Inkongruenz

Nicht alle motivationalen Bereiche des K-INK werden durch Prüfungsangst angesprochen. Daher erscheint es viel versprechend, die einzelnen Skalen vor allem im

Hinblick auf ihre zeitliche Veränderung zu analysieren. Abbildung 17 verfolgt dieses Ziel.

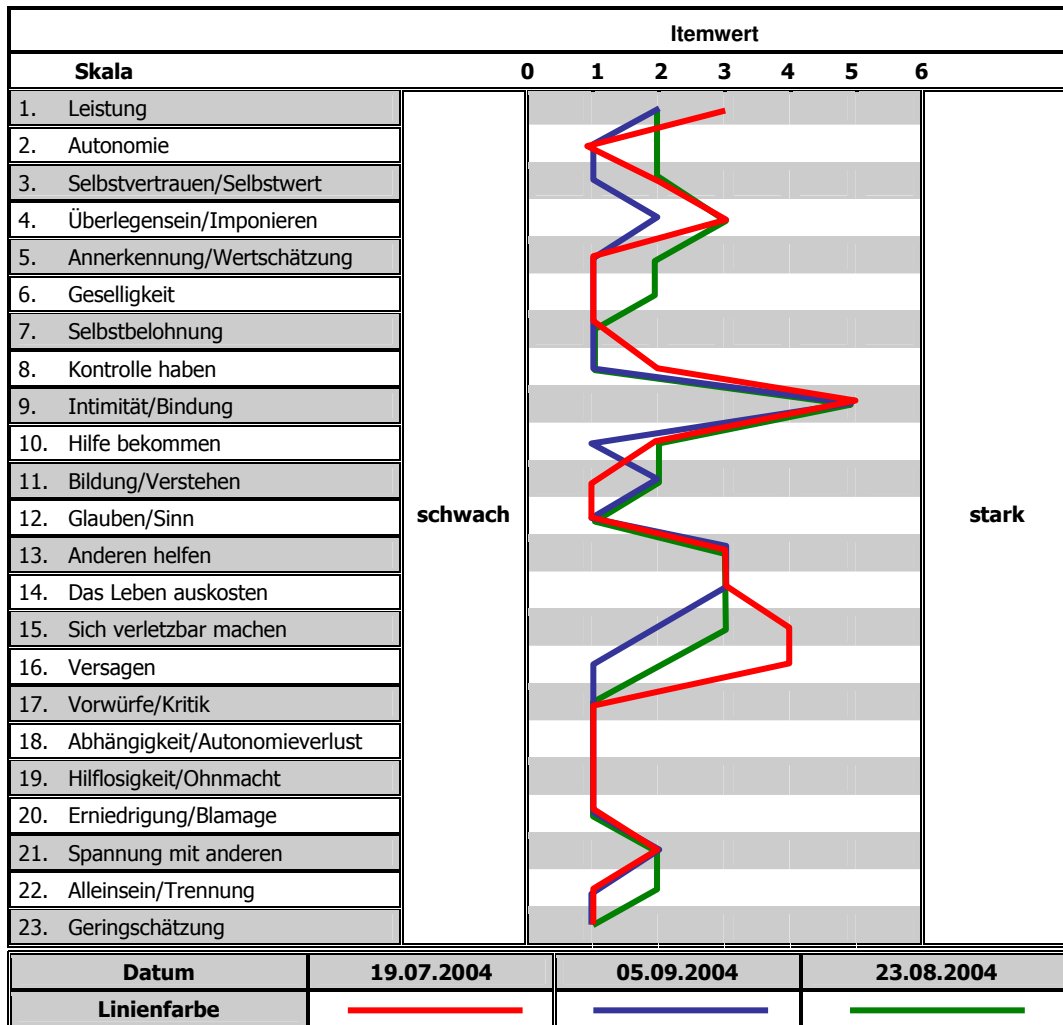


Abbildung 17: K-INK-Profil der Patientin zu den drei Messzeitpunkten.

Die Autorinnen halten Veränderungen zwischen zwei Zeitpunkten für bemerkenswert, wenn deren Differenz wenigstens zwei Skalenpunkte umfasst. Dieses Kriterium trifft auf die Skalen 15 (*sich verletzbar machen*) und 16 (*Versagen*) zu, wobei die Veränderung für den ersten Zeitraum (direkt vor und nach der Therapie) eindrücklicher ist als für den Katamnesezeitraum.

5.3.4 Ergebnisse des Test Angst Inventars

Die Auswertung des TAI-G liefert sowohl einen Gesamtwert der Testängstlichkeit als auch vier auf die Skalen bezogene Einzelwerte. Die in dieser Untersuchung erhobenen Daten werden in Tabelle 11 veranschaulicht. Bedeutungsvolle Ergebnisse sind darin fett gedruckt. Ob eine Differenz statistisch interessant ist oder nicht, richtet sich nach den Standardabweichungen und Mittelwerten der Normgruppe Studierender (n=387).

Tabelle 11: Skalenwerte des TAI-G der Patientin zu den drei Zeitpunkten sowie Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Normgruppe Studierender (n=387).

TAI-G-Skalenwerte	19.07.2004	05.09.2004	23.08.2005	Normgruppe Studierende	
				M	SD
Gesamtwert des TAI-G	90	50	69	69,08	16,71
Besorgtheit	34	20	29	24,34	7,21
Aufgeregtheit	31	14	20	19,27	6,38
Interferenz	10	9	7	10,91	3,41
Mangel an Zuversicht	15	7	13	14,56	4,34

Bedeutende Unterschiede fett gedruckt

Auffällig ist, dass sowohl der TAI-G-Gesamtwert der Patientin als auch deren Werte der Skalen *Besorgtheit* und *Aufgeregtheit* zum ersten Messzeitpunkt mehr als eine Standardabweichung über dem Normmittelwert liegen.

Des Weiteren findet sich im ersten Messzeitraum eine deutliche Verbesserung des Gesamtwertes um mehr als zwei Standardabweichungen. Obwohl diese für den Katamnesezeitraum nur noch eine Standardabweichung beträgt, liegt der Wert der Patientin weiterhin innerhalb der Norm – er deckt sich sogar mit dem Normmittelwert (Abbildung 18).

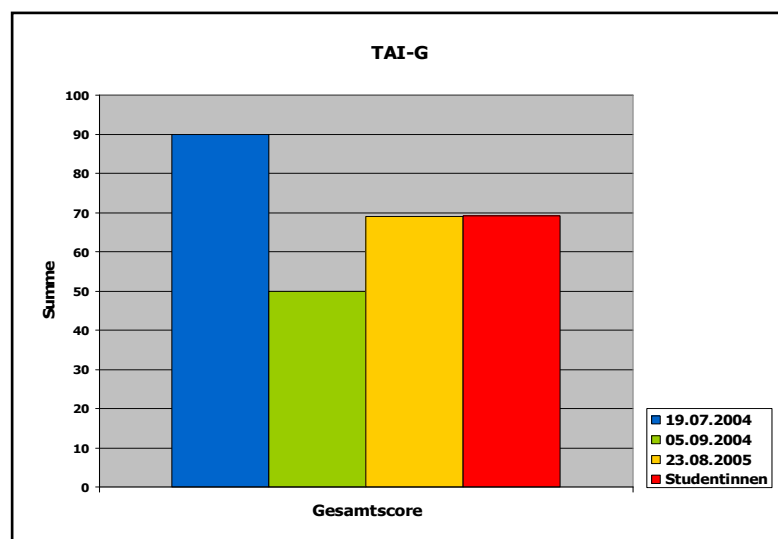


Abbildung 18: Gesamtsummenwert des TAI-G über alle Skalen für drei Zeitpunkte und im Vergleich zur Studentinnen-Norm (n=387).

Auch bei den Skalen *Besorgtheit*, *Aufgeregtheit* und *Mangel an Zuversicht* lässt sich im ersten Erhebungszeitraum eine Verbesserung der Werte um mindestens eine Standardabweichung feststellen. Für die Skalen *Besorgtheit* und *Mangel an Zuversicht* verschlechtern sich die Werte zur Katamneseemessung wieder um mehr als eine Standardabweichung, liegen aber dennoch innerhalb der Norm. Die Messwerte der Skala *Interferenz* befinden sich zu allen Zeitpunkten innerhalb der Norm und verändert sich auch über die Zeiträume hinweg nicht erheblich (Abbildung 19).

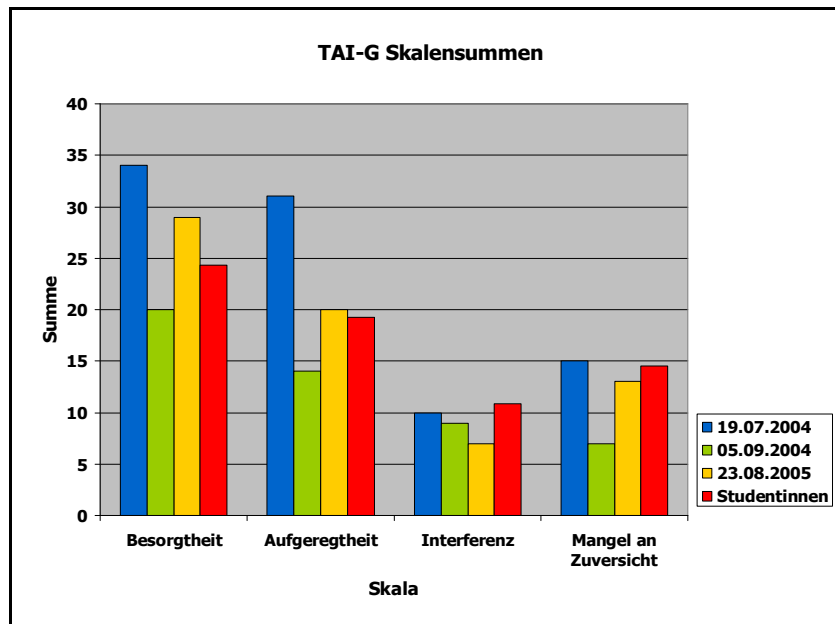


Abbildung 19: Ausprägungen der vier Skalen des TAI-G zu den drei Messzeitpunkten im Vergleich zur Studentinnen-Norm (n=387).

5.4 Hypothese 2

In der Imagination und im Nachgespräch werden signifikant mehr positive Emotionsworte gebraucht als im Vorgespräch.

Sowohl für die Patientin als auch für den Therapeuten ergibt eine Analyse mit dem Wilcoxon-Test einen signifikanten Unterschied zwischen der Imagination und dem Vorgespräch in der Anzahl der positiven Emotionsworte ($p < .05$). Mit $p=.063$ ist für die Unterscheidung zwischen Vor- und Nachgespräch beim Therapeuten zwar ein Trend für mehr positive Emotionsworte im Nachgespräch gegeben, jedoch ist kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen. Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzwerte können Tabelle 12 entnommen werden. Anhand dieser Angaben zeigt sich, dass die Unterscheidung sich hypothesenkonform verhält.

Tabelle 12: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil positiver Emotionsworte mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase).

	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Wilcoxon-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Pos. Emotionen Patientin	0,343	0,264	1,849	0,754	1,234	0,916	p=.031(*)
Pos. Emotionen Therapeut	0,426	0,329	1,014	0,207	1,020	0,398	p=.031(*)

signifikanter Unterschied fett gedruckt

* auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

Die relative Anzahl der in den einzelnen Phasen gesprochenen positiven Emotionsworte wird zudem in Abbildung 20 veranschaulicht.

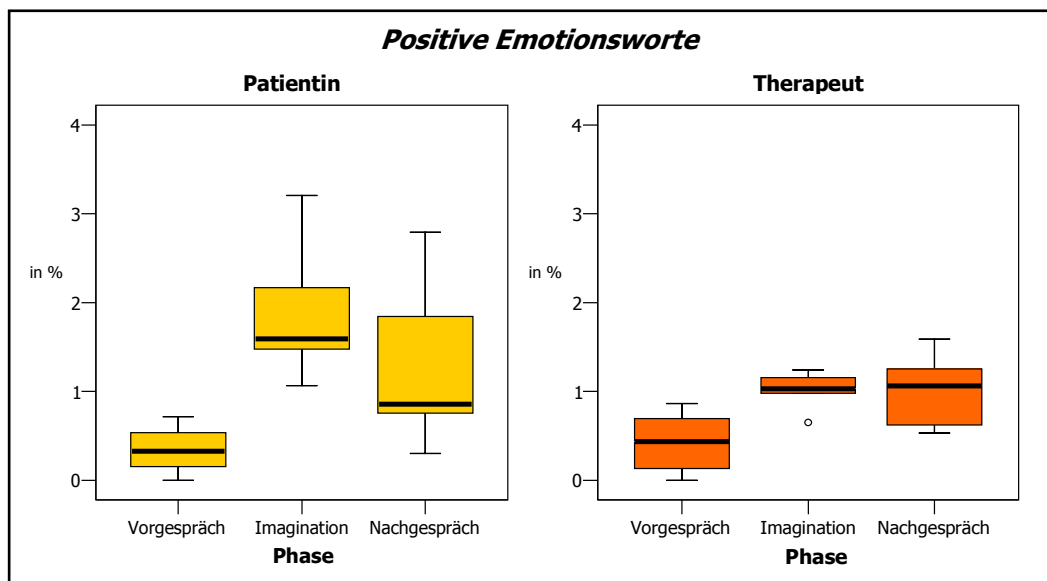


Abbildung 20: Positive Emotionsworte (in %) für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über 6 Sitzungen gemittelt – jeweils für Therapeut und Patientin.

Nach der Auflistung der Ergebnisse für positive Emotionen sollen demgegenüber auch die negativen nicht unerwähnt bleiben. Tabelle 13 und Abbildung 21 geben somit Aufschluss darüber, wie sich die negativen Emotionen in den einzelnen Therapiephasen verhalten.

Tabelle 13: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil negativer Emotionsworte mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase).

	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Wilcoxon-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Neg. Emotionen Patientin	1,179	0,330	0,565	0,439	0,768	0,410	p=.031(*) p=.031(*)
Neg. Emotionen Therapeut	1,027	0,381	0,295	0,265	1,124	0,326	p=.031(*) p=.031(*)

signifikanter Unterschied fett gedruckt

* auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

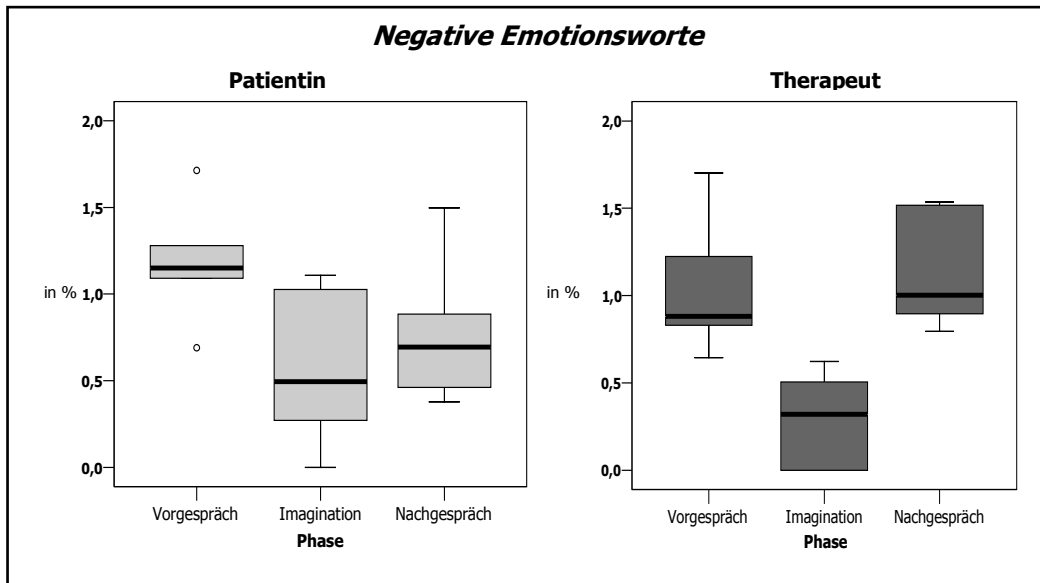


Abbildung 21: Der Anteil negativer Emotionsworte (in %) für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über 6 Sitzungen gemittelt – jeweils für Therapeut und Patientin.

5.5 Hypothese 3

Ressourcenaktivierung korreliert positiv mit der Anzahl positiver Emotionsworte.

Eine bivariate Korrelation zwischen *Ressourcenaktivierung* und der Anzahl positiver Emotionsworte ergibt sowohl für die Patientin als auch für den Therapeuten einen signifikanten positiven Zusammenhang ($p < .05$ für die Patientin und $p < .01$ für den Therapeuten). Zudem zeigt sich weiterhin eine signifikante Korrelation ($p < .05$) zwischen der Anzahl positiver Emotionsworte von Patientin und Therapeut. Die Korrelationskoeffizienten (Kendall’s τ) und ihr Signifikanzniveau sind Tabelle 14 zu entnehmen.

Tabelle 14: Korrelationskoeffizienten (Kendall’s τ) der bivariaten Korrelation zwischen *Ressourcenaktivierung* und der Anzahl positiver Emotionsworte über alle Episoden hinweg ($n=89$).

<i>Korrelation</i>	Ressourcen-aktivierung	Positive Emotionsworte	
		Patientin	Therapeut
Ressourcen-aktivierung	1,000	,199(*)	,226(**)
Positive Emotionsworte Patientin	,199(*)	1,000	,194(*)
Positive Emotionsworte Therapeut	,226(**)	,194(*)	1,000

* Korrelation auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

** Korrelation auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

5.6 Hypothese 4

Ressourcenaktivierung steigt innerhalb einer Sitzung von Phase zu Phase signifikant an (Vorgespräch < Imagination < Nachgespräch).

Nachdem anhand des Friedman-Tests für die einzelnen Phasenwerte der *Ressourcenaktivierung* ein signifikanter Unterschied festgestellt wurde ($n=6$; $\chi^2=8,3$; $df=2$; $p < .05$), wurden die einzelnen Phasen anhand des Wilcoxon-Tests miteinander verglichen.

Für die Unterscheidung Vorgespräch-Imagination und Imagination-Nachgespräch findet sich kein signifikanter Unterschied auf dem .05-Niveau. Ein Trend ($p < .1$) ist jedoch in beiden Fällen zu erkennen. Der Unterschied zwischen Vorgespräch und Nachgespräch ist allerdings signifikant ($p < .05$). Die einzelnen Werte sind in Tabelle 15 aufgelistet.

Tabelle 15: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Ausprägung des Wirkfaktors *Ressourcenaktivierung* mit deutlichen Unterschieden zwischen den Phasen ($n=6$ pro Phase).

	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Wilcoxon-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Ressourcenaktivierung	0,679	0,415	1,475	0,495	1,990	0,185	$p=.031(*)$

signifikanter Unterschied fett gedruckt

* auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

Abbildung 22 eignet sich nun, die gefundenen Differenzen in ihrer Richtung zu interpretieren. Es wird deutlich, dass das Ausmaß an *Ressourcenaktivierung* im Sitzungsverlauf zunimmt, im Nachgespräch also deutlich höher ist als im Vorgespräch.

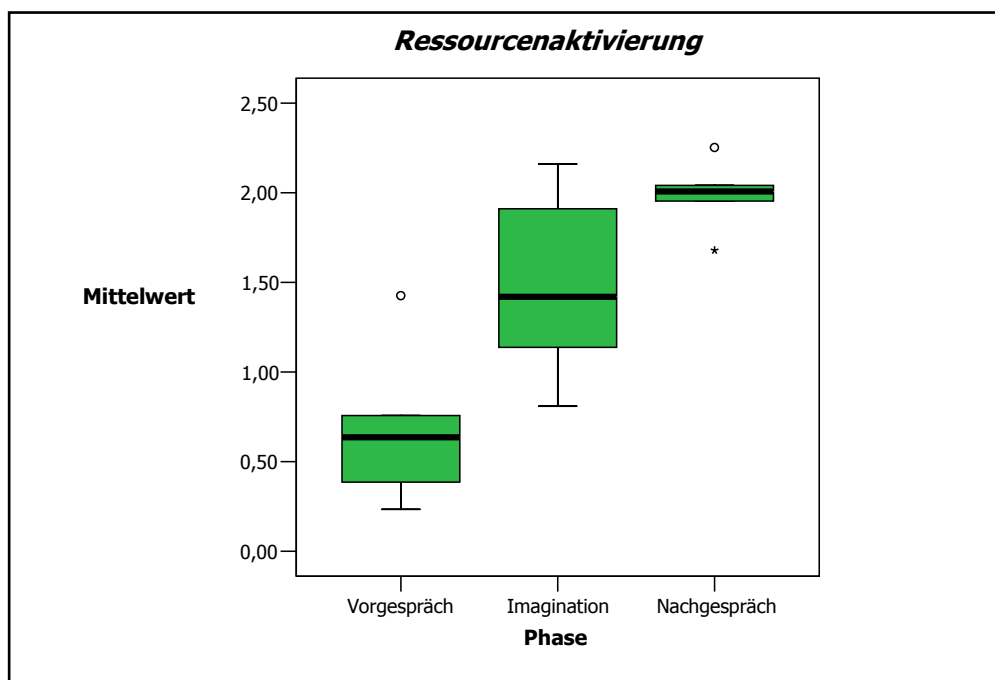


Abbildung 22: Der Skalenmittelwert von *Ressourcenaktivierung* für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt.

5.7 Hypothese 5

Klärung ist innerhalb der Imaginationsphasen signifikant geringer als in den verbalen Phasen.

Eine Analyse mit dem Wilcoxon-Test ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen dem Vorgespräch und der Imaginationsphase und zwischen dem Vor- und Nachgespräch für den Skalenmittelwert des Faktors *Klärung* ($p < .05$). Die genauen Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzwerte werden in Tabelle 16 veranschaulicht.

Abbildung 23 zeigt die deskriptiven Maße des Faktors *Klärung*. Auffallend ist, wie bereits erwähnt, die äußerst geringe Ausprägung dieses Wirkfaktors innerhalb der Imaginationsphase.

Tabelle 16: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Ausprägung des Wirkfaktors *Klärung* mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase).

	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Wilcoxon-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Klärung	0,873	0,812	0,013	0,033			p=.031(*)
	0,873	0,812			1,403	0,761	p=.031(*)

signifikanter Unterschied fett gedruckt

* auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

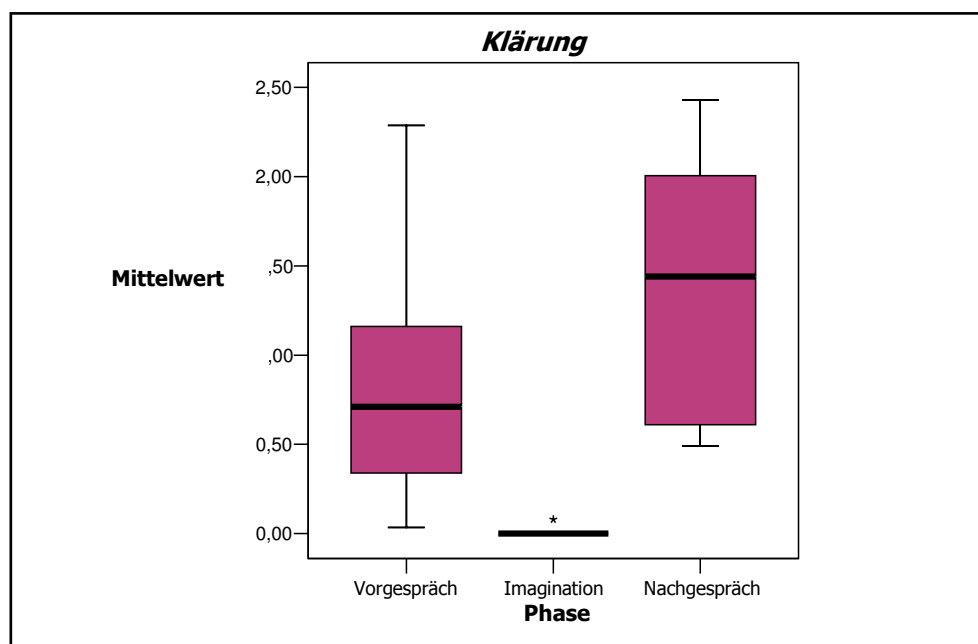


Abbildung 23: Die Skalenmittlerwerte des Wirkfaktors *Klärung* für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt.

5.8 Hypothese 6

Bewältigung ist im Nachgespräch signifikant höher als im Vorgespräch.

Obwohl die Skalenmittelwerte der einzelnen Phasen auf den ersten Blick extrem differieren (Abbildung 24), ergibt die Prüfung mit dem Wilcoxon-Test keine signifikanten Unterschiede ($p > .05$; Tabelle 17). Abbildung 24 stellt allerdings eindrücklich dar, dass diese Tatsache mit der zunehmenden Streuung der Werte erklärbar wird.

Tabelle 17: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Ausprägung des Wirkfaktors *Bewältigung* mit geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase).

	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Wilcoxon-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Bewältigung	0,264	0,579	1,389	1,173	1,617	1,384	n.s.

n.s. = nicht signifikant

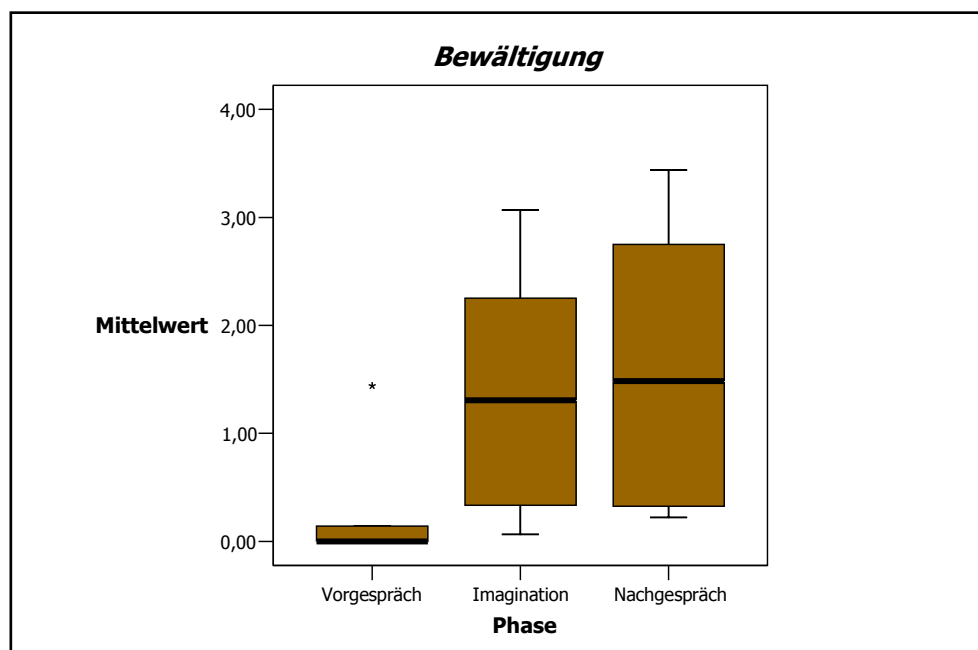


Abbildung 24: Skalenmittelwerte für den Wirkfaktor *Bewältigung* für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt.

5.9 Hypothese 7

Bewältigung und Problemaktualisierung sind in den KIP-Imaginationen (Sitzungen 1, 3, 4) signifikant geringer als in den Psychosynthese-Imaginationen (Sitzungen 2, 5, 6).

Eine Analyse mit dem Mann-Whitney-Test ergibt sowohl für *Bewältigung* als auch für *Problemaktualisierung* einen hochsignifikanten Unterschied ($p < .001$) zwischen den

Imaginationsphasen der Methoden KIP und Psychosynthese. Die deskriptiven Daten in Tabelle 18 und die graphische Darstellung in Abbildung 25 demonstrieren, dass dieser Unterschied durch ein stärkeres Ausmaß der beiden Wirkfaktoren innerhalb der Psychosynthese-Imaginationen bedingt wird.

Tabelle 18: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für *Bewältigung* und *Problemaktualisierung* mit deutlichen Unterschieden in den Imaginationsphasen der beiden Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden).

	KIP-Imagination		Psychosynthese-Imagination		Mann-Whitney
	M	SD	M	SD	
Bewältigung	0,441	0,832	2,250	1,286	p =,000(***)
Problemaktualisierung	0,612	0,937	2,433	1,295	p =,000(***)

signifikanter Unterschied fett gedruckt

*** auf dem 0,001 Niveau signifikant (zweiseitig)

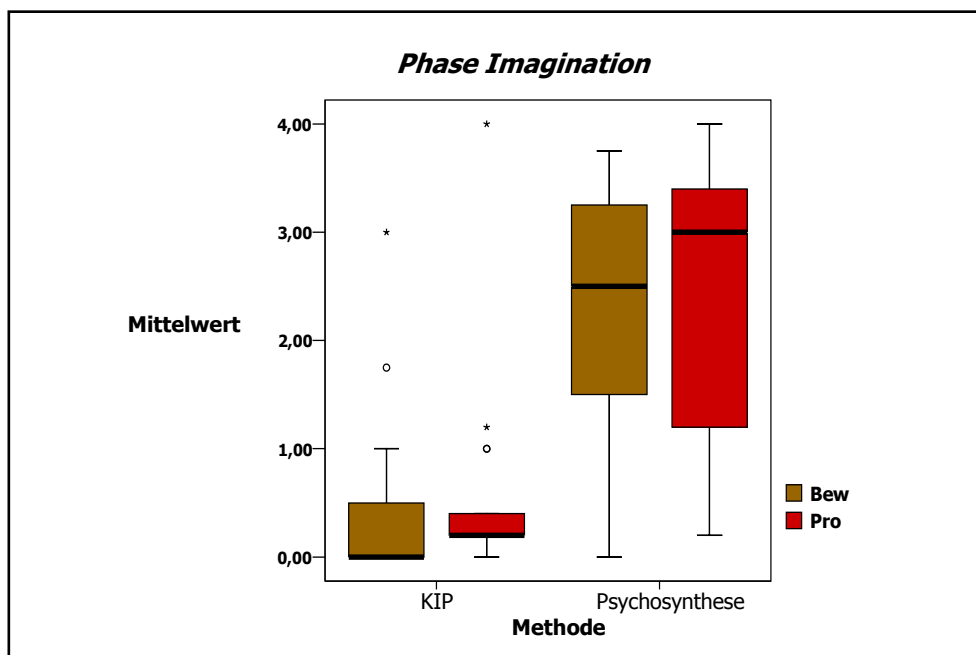


Abbildung 25: Skalenmittelwerte für *Bewältigung* (Bew) und *Problemaktualisierung* (Pro) in den Imaginationsphasen der Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden).

5.10 Hypothese 8

Problemaktualisierung ist in der Phase Imagination signifikant höher als in den verbalen Phasen.

Anhand des Wilcoxon-Tests wurde eine Analyse der Skalenmittelwerte von *Problemaktualisierung* für die einzelnen Phasen vorgenommen. Der Test ergibt allerdings keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Phasen ($p > .05$;

Tabelle 19). Abbildung 26 lässt jedoch eine breite Streuung der Werte für die Imaginationsphase erkennen.

Tabelle 19: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für die Ausprägung des Wirkfaktors *Problemaktualisierung* mit geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase).

	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Wilcoxon-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Problemaktualisierung	0,431	0,469	1,369	1,152	0,446	0,339	n.s.

n.s. = nicht signifikant

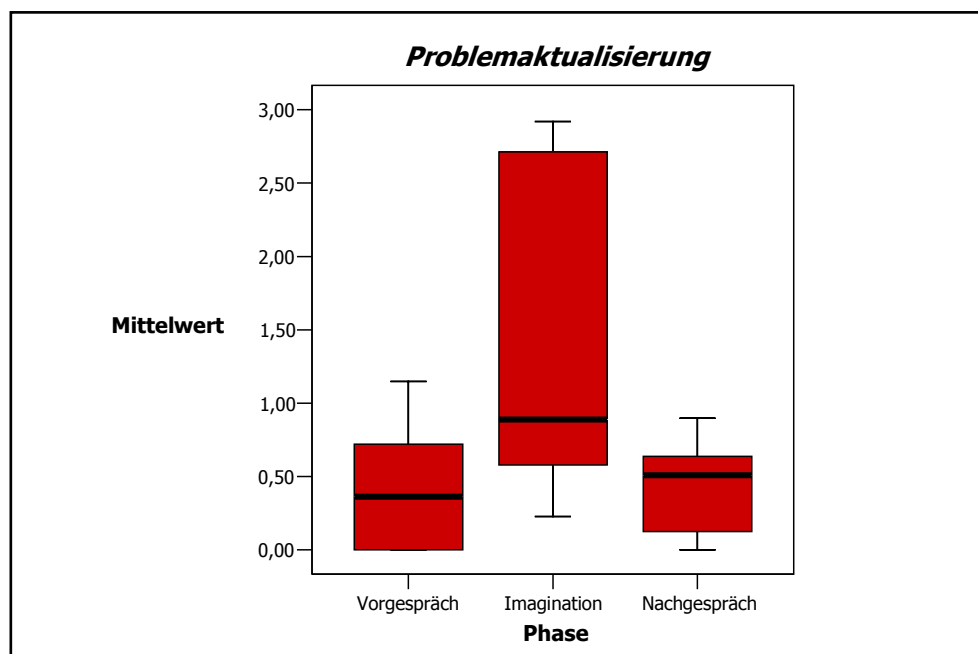


Abbildung 26: Skalenmittelwerte des Wirkfaktors *Problemaktualisierung* für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt.

5.11 Hypothese 9

Problemaktualisierung korreliert positiv mit der Anzahl negativer Emotionsworte.

Eine bivariate Korrelation zwischen *Problemaktualisierung* und der Anzahl negativer Emotionsworte ergibt nur für die Worte der Patientin einen signifikanten positiven Zusammenhang ($p < .01$). Zudem zeigt sich eine signifikante Korrelation ($p < .01$) zwischen der Anzahl negativer Emotionsworte von Patientin und Therapeut. Die Korrelationskoeffizienten (Kendall's τ) und ihr Signifikanzniveau sind Tabelle 20 zu entnehmen.

Tabelle 20: Korrelationskoeffizienten (Kendall's τ) der bivariaten Korrelation zwischen *Problemaktualisierung* und der Anzahl negativer Emotionsworte über alle Episoden (n=89) hinweg.

<i>Korrelation</i>	Problemaktualisierung	Negative Emotionsworte	
		Patientin	Therapeut
Problemaktualisierung	1,000	,225(**)	-,145
Negative Emotionsworte Patientin	,225(**)	1,000	,244(**)
Negative Emotionsworte Therapeut	-,145	,244(**)	1,000

** Korrelation auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

5.12 Hypothese 10 a

In den KIP-Sitzungen (1, 3, 4) findet in der Imagination signifikant weniger Sekundärprozess statt als in den verbalen Phasen.

Tabelle 21 weist darauf hin, dass sich der Anteil an Worten des Sekundärprozesses innerhalb der Imagination um fast 50% verringert, um dann im Nachgespräch in etwa auf das ursprüngliche Niveau zurückzukehren. Diese Differenz ist nach einer Analyse mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant zu bezeichnen ($p < .05$). Dabei fällt der Unterschied für Vorgespräch – Imagination deutlicher aus als für Imagination – Nachgespräch. Weiterhin sind die Differenzen für die Worte der Patientin bedeutender als für die des Therapeuten (Abbildung 27).

Tabelle 21: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil sekundärprozesshafter Worte mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen Vorgespräch (n=17 Episoden), Imagination (n=17 Episoden) und Nachgespräch (n=10 Episoden) der KIP-Sitzungen.

<i>KIP</i>	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Mann-Whitney
	M	SD	M	SD	M	SD	
Sekundärprozess Patientin	6,320	3,411	3,214	1,834			p=.002(**)
			3,214	1,834	6,682	4,479	p=.011(*)
Sekundärprozess Therapeut	6,242	3,068	3,639	2,528			p=.019(*)
			3,639	2,528	5,672	1,694	p=.040(*)

* auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)
signifikanter Unterschied fett gedruckt

** auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

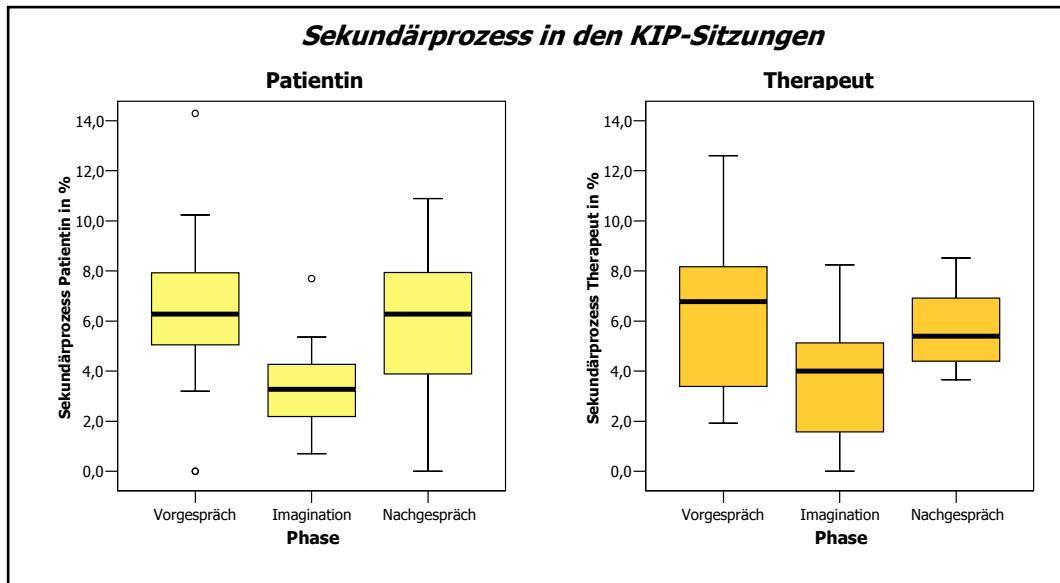


Abbildung 27: Mittleres Ausmaß an Sekundärprozess für die Phasen Vorgespräch (n=17 Episoden), Imagination (n=17 Episoden) und Nachgespräch (n=10 Episoden) der KIP-Sitzungen.

5.13 Hypothese 10 b

Die Phasen der Psychosynthese-Sitzungen (2, 5, 6) unterscheiden sich bezüglich der sekundärprozesshaften Inhalte nicht signifikant voneinander.

Eine Analyse mit dem Mann-Whitney-Test bestätigt die Vermutung, dass sich die Phasen der Psychosynthese-Sitzungen bezüglich des Anteils an Worten des Sekundärprozesses kaum voneinander unterscheiden ($p > .05$). Tabelle 22 und Abbildung 28 bestärken diese Aussage.

Tabelle 22: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil sekundärprozesshafter Worte mit unmerklichen Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen Vorgespräch (n=13 Episoden), Imagination (n=18 Episoden) und Nachgespräch (n=14 Episoden) der Psychosynthese-Sitzungen.

<i>Psychosynthese</i>	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Mann-Whitney
	M	SD	M	SD	M	SD	
Sekundärprozess Patientin	6,940	3,511	6,878	4,548	5,339	3,739	n.s.
Sekundärprozess Therapeut	6,172	1,893	6,569	3,053	6,348	2,346	n.s.

n.s.= nicht signifikant

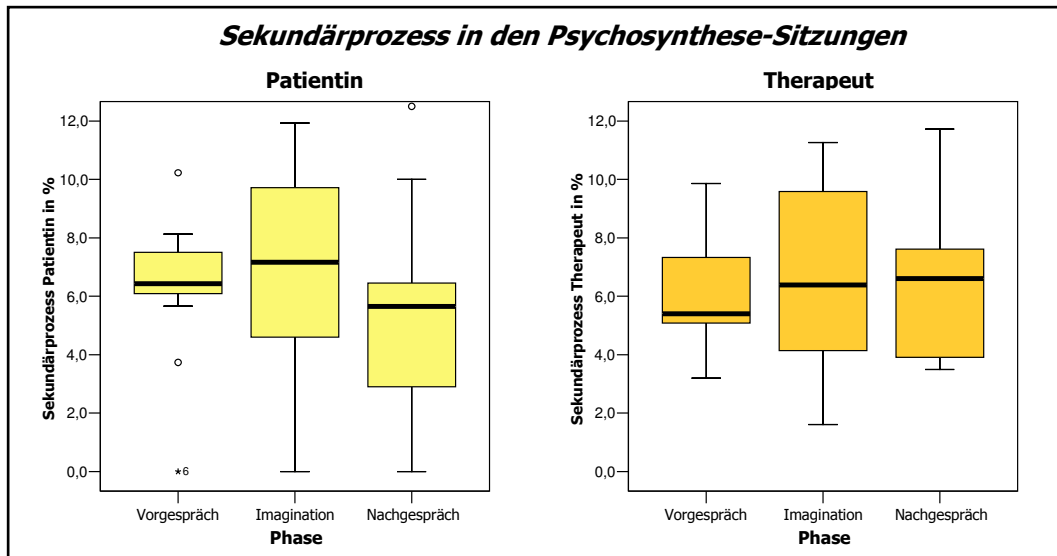


Abbildung 28: Mittleres Ausmaß an Sekundärprozess für die Phasen Vorgespräch (n=13 Episoden), Imagination (n=18 Episoden) und Nachgespräch (n=14 Episoden) der Psychosynthese-Sitzungen.

5.14 Hypothese 10 c

Die KIP-Imaginationsphasen (Sitzungen 1, 3, 4) weisen signifikant weniger Sekundärprozess auf als die der Psychosynthese (Sitzungen 2, 5, 6).

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde der Mann-Whitney-Test gerechnet, dessen Ergebnis sowohl für die sekundärprozesshaften Worte des Therapeuten als auch für die der Patientin einen signifikanten Unterschied zwischen den Imaginationsphasen der beiden Methoden KIP und Psychosynthese anzeigt ($p < .01$, Tabelle 23).

Tabelle 23: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für sekundärprozesshafte Worte mit deutlichen Unterschieden in den Imaginationsphasen der beiden Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden).

	KIP-Imagination		Psychosynthese-Imagination		Mann-Whitney
	M	SD	M	SD	
Sekundärprozess Patientin	3,214	1,834	6,878	4,548	$p=.007(**)$
Sekundärprozess Therapeut	3,639	2,528	6,569	3,052	$p=.007(**)$

signifikanter Unterschied fett gedruckt

** auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

Abbildung 29 zeigt eindrücklich, dass sich die Imaginationen der Psychosynthese-Sitzungen im Vergleich zu den Tagträumen der KIP durch ein Mehr an Worten des Sekundärprozesses auszeichnen.

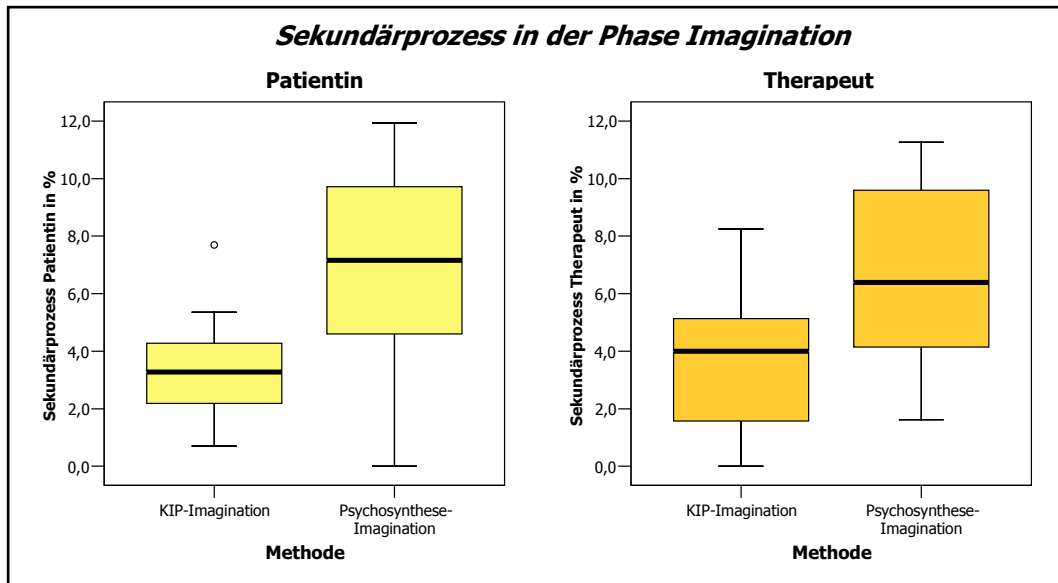


Abbildung 29: Mittleres Ausmaß an Sekundärprozess für die Imaginationsphasen der Psychosynthese-Sitzungen (n=18 Episoden) und der KIP-Sitzungen (n=17 Episoden).

5.15 Hypothese 11 a

Innerhalb der Imaginationen findet signifikant mehr Primärprozess statt als in den verbalen Sitzungen.

Wie in Tabelle 24 veranschaulicht, ergibt eine Analyse mittels Wilcoxon-Test für den Anteil primärprozesshafter Worte der Patientin eine signifikante Differenz zwischen Vorgespräch und Imagination ($p < .05$). Die Unterscheidung zwischen Imagination und Nachgespräch wird mit $p=.063$ zwar nicht signifikant, indem der Wert für die primärprozesshaften Begrifflichkeiten jedoch wieder deutlich absinkt, ist zumindest ein Trend erkennbar. Für die Worte des Therapeuten liegen nach Aussage des Tests ebenfalls keine signifikanten Phasenunterschiede vor. Allerdings ist auch in diesem Fall für die Differenzen Vorgespräch – Imagination und Imagination – Nachgespräch mit jeweils $p=.063$ ebenfalls ein Unterscheidungstrend zu erkennen (Abbildung 30).

Tabelle 24: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für den Anteil primärprozesshafter Worte mit Unterschieden zwischen den einzelnen Phasen (n=6 pro Phase).

	Vorgespräch		Imagination		Nachgespräch		Wilcoxon-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Primärprozess Patientin	2,432	0,942	8,135	4,678	3,653	1,730	$p=.031(*)$
Primärprozess Therapeut	2,839	0,674	5,704	2,651	4,163	0,823	n.s.

n.s. = nicht signifikant

* auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

signifikanter Unterschied fett gedruckt

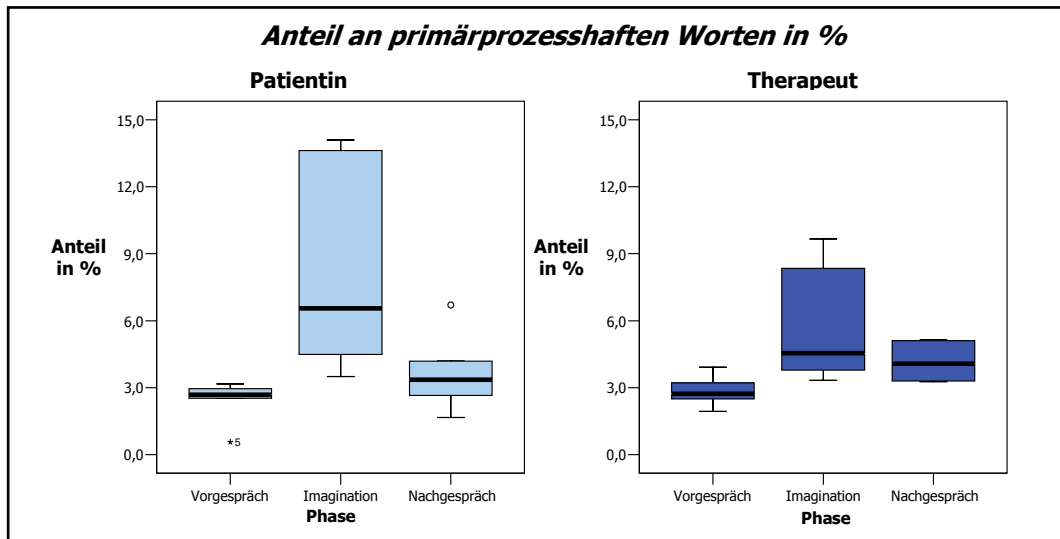


Abbildung 30: Mittleres Ausmaß an Primärprozess für die Phasen Vorgespräch, Imagination und Nachgespräch über die Sitzungen (n=6) gemittelt.

5.16 Hypothese 11 b

Innerhalb der KIP-Imaginationen (Sitzungen 1, 3, 4) findet signifikant mehr Primärprozess statt als in den Psychosynthese-Imaginationen (Sitzungen 2, 5, 6).

Die Werte in Tabelle 25 demonstrieren, dass der Anteil an Worten des Primärprozesses innerhalb der KIP-Imaginationsphasen (Sitzungen 1, 3, 4) deutlich höher liegt als in den Psychosynthese-Bildern (Sitzungen 2, 5, 6). In den KIP-Imaginationen finden sich für die Patientin fast dreimal so viele und für den Therapeuten etwa doppelt so viele primärprozesshafte Worte wie in den übrigen Tagträumen. Dieser augenscheinliche Unterschied wird mit Hilfe des Mann-Whitney-Tests bestätigt. Die gefundenen Unterschiede sind hochsignifikant ($p < .001$) und werden in Abbildung 31 noch einmal veranschaulicht.

Tabelle 25: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für primärprozesshafte Worte mit deutlichen Unterschieden in den Imaginationsphasen der beiden Methoden KIP (n=17 Episoden) und Psychosynthese (n=18 Episoden).

	KIP-Imagination		Psychosynthese-Imagination		Mann-Whitney
	M	SD	M	SD	
Primärprozess Patientin	11,152	0,792	4,615	0,494	$p=.000(***)$
Primärprozess Therapeut	7,183	0,152	3,707	0,970	$p=.000(***)$

signifikanter Unterschied fett gedruckt

*** auf dem 0,001 Niveau signifikant (zweiseitig)

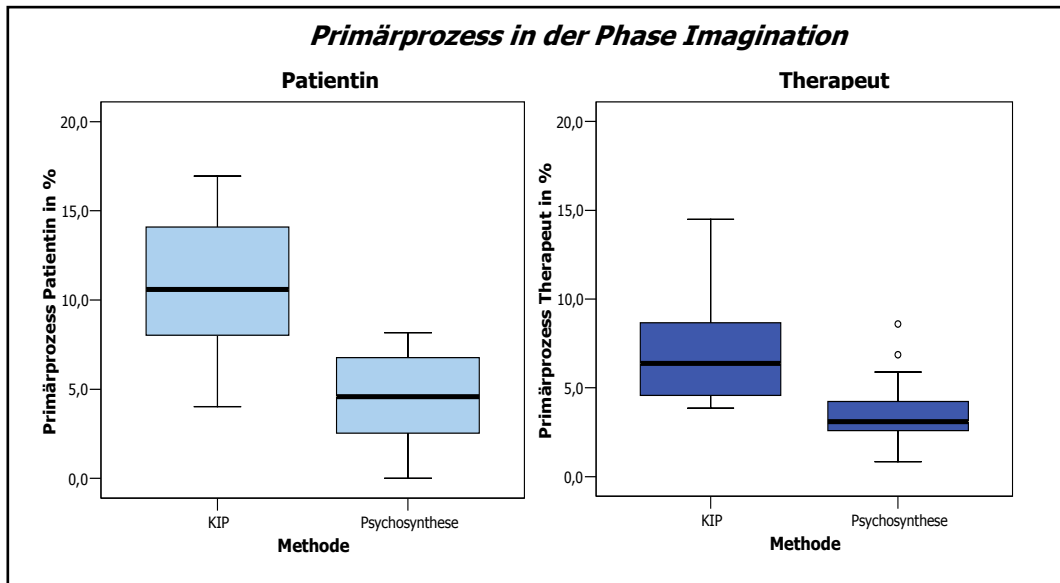


Abbildung 31: Mittleres Ausmaß an Primärprozess für die Imaginationsphasen der Psychosynthese-Sitzungen (n=18 Episoden) und der KIP-Sitzungen (n=17 Episoden).

5.17 Interkorrelationen der Prozessmaße

Zum Schluss erschien die Frage nach den Zusammenhängen zwischen den einzelnen Prozessmaßen interessant, also haben die Autorinnen aus diesen eine Interkorrelationsmatrix (Kendall’s τ) erstellt. Interessantestes Ergebnis sind hierbei die Korrelationen zwischen *Ressourcenaktivierung* und den anderen Wirkfaktoren (Tabelle 26). Die übrigen Ergebnisse sind Anhang H zu entnehmen.

Tabelle 26: Bivariate Korrelationen (Kendall’s τ) zwischen *Ressourcenaktivierung* und den anderen drei Wirkfaktoren.

	Klärung	Bewältigung	Problemaktualisierung
Ressourcenaktivierung	,201 (*)	,596 (**)	,176 (*)

* Korrelation auf 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig)

** Korrelation auf 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig)

6 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war die Überprüfung eines neuen Konzepts zur Behandlung von Prüfungsangst anhand eines Einzelfalls aus der therapeutischen Praxis. Geleitet wurde die Analyse von sechs Fragestellungen (vgl. Kapitel 3.1), deren Beantwortung zur Zielerreichung beitragen sollte. Zur Strukturierung der Ergebnisdiskussion werden diese Fragestellungen demzufolge wieder aufgegriffen.

Die Frage nach der Wirksamkeit der Therapie bildet den Anfang. Anschließend werden die einzelnen, in der Therapie ablaufenden Prozesse näher spezifiziert. Der Fokus des Interesses liegt dabei zunächst auf der gesamten Therapie und wird danach auf die Rolle der einzelnen Sitzungsphasen, insbesondere der Imaginationsphase, gerichtet. Letztere wird schließlich dahingehend diskutiert, inwiefern die Motivwahl und somit der Methodeneinfluss von KIP oder Psychosynthese bedeutsam für den Therapieprozess ist.

Bevor jedoch die Fragestellungen näher beleuchtet werden, erfolgt eine kurze, methodenkritische Stellungnahme zu den Ergebnissen dieser Arbeit, die verdeutlichen soll, in welchem Licht die einzelnen Aussagen zu interpretieren sind.

6.1 Methodenkritische Stellungnahme

Schulte (1993) fordert für psychotherapeutische Forschungsergebnisse eine Generalisierbarkeit über Personen, Situationen und Zeit. Für eine Einzelfallanalyse in Form einer Fallstudie, deren Manko die fehlende Kontrolle der Störvariablen ist (Kern, 1997b), mag gerade ersteres problematisch erscheinen. Schließlich ist es schwierig, vom Verhalten, Erleben und Reagieren einer einzelnen Person auf verschiedene andere zu schließen (Reinecker, 1995). Es stellt sich dabei beispielsweise die Frage, ob die IRP bei einer prüfungsängstlichen Patientin mit einer sozialen Phobie ähnliche Ergebnisse erzielen kann, wie bei der in dieser Studie untersuchten Patientin, deren Prüfungsangst sich als spezifische Phobie manifestierte. Auch können Persönlichkeitseigenschaften wie das Imaginationsvermögen oder die Fähigkeit zu fokussieren auf den Therapieerfolg einwirken. Gleichmaßen existieren auf Seiten des Therapeuten verschiedene Einflussvariablen wie Erfahrung, Alter, Ausbildung oder Geschlecht.

Bei all diesen Überlegungen sei allerdings die von Huber (1978) formulierte Frage erlaubt, inwiefern eine Übertragung von Analyseergebnissen auf den nächsten, noch nicht erfassten Fall auch bei großen Gruppenvergleichen tatsächlich zulässig ist.

Die Generalisierung der Ergebnisse auf verschiedene Situationen ist indessen einfacher, da die IRP speziell für die Behandlung von Prüfungsangst konzipiert wurde und Prüfungssituationen prinzipiell bestimmte Gemeinsamkeiten aufweisen wie zum Beispiel eine Leistungskontrolle, Prüfer oder unvorhersehbare Fragen. Sicherlich gibt es aber

auch in diesem Falle einige Aspekte, die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse in Frage stellen. So kann es beispielsweise von Bedeutung sein, ob es sich um eine Prüfung im beruflichen, schulischen oder sportlichen Bereich handelt. Gewiss sind die Konsequenzen, die mit dem Bestehen oder nicht Bestehen der Prüfung einhergehen, ebenso wichtig.

Am ehesten ist in der vorliegenden Einzelfalluntersuchung wohl die Generalisierbarkeit der Ergebnisse über die Zeit zu klären, die Schulte (1993) entsprechend durch eine Katamneseerhebung gesichert wurde.

Diesen Kritikpunkten steht indes der entscheidende Vorteil der Fallstudie, eine erhöhte externe Validität mitzubringen, gegenüber. Die untersuchte Therapie entstammt der Praxis eines niedergelassenen Therapeuten und obgleich bestimmte Störvariablen nicht kontrolliert werden konnten, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die klinische Realität viel eher gegeben als bei einem künstlich kreierten Laborexperiment.

Ein weiterer kritischer Aspekt dieser Studie liegt in der Analyse der Daten. Um überhaupt zufrieden stellende Ergebnisse erzielen zu können, wurden einige konventionelle statistische Regeln umgangen. Diesen Regelverletzungen wirkten die Autorinnen allerdings ein wenig entgegen, indem sie auf nonparametrische Verfahren zurückgriffen, die ohnehin als robuster in ihrer Schätzung gelten (Bortz, Lienert & Boehne, 2000). Überdies wurde in einigen Fällen lediglich deskriptiv ausgewertet und auf eine inferenzstatistische Untersuchung komplett verzichtet.

Ferner ist nicht eindeutig zu ergründen, wie reliabel und objektiv die Ergebnisse der Cubus-Analyse tatsächlich sind. Bei einem Beobachtungsverfahren fließen immer wieder Allegiance-Effekte und subjektive Wahrnehmungen bzw. Interpretationen in die Auswertung mit ein. Um diesen Einwirkungen adäquat zu begegnen, haben die Autorinnen verschiedene Maßnahmen ergriffen, die in Kapitel 4.7.2 nähere Erläuterung finden. Freilich sind trotz dieser umsichtigen Schritte nicht alle subjektiven Einflüsse gänzlich zu kontrollieren. Aus diesem Grunde stehen den Ergebnissen der Cubus-Analyse die Resultate zweier weiterer Verfahren (RID und ADU) gegenüber, deren hohe Objektivität und Reliabilität aufgrund der computergestützten Auswertung als gesichert gilt. Ihre Ergebnisse können daher herangezogen werden, um die mittels Cubus-Analyse gezogenen Schlüsse zu validieren.

Aufgrund der angeführten Überlegungen wird die Beweiskraft der Studienergebnisse teilweise eingeschränkt, so dass die gefundenen Resultate eher einen heuristischen Wert haben. Zum aktuellen Forschungszeitpunkt bedeutet dieser Aspekt für die IRP jedoch keineswegs einen Nachteil.

Bei der Betrachtung einer neuen Interventionsmethode, für die zunächst in Erfahrung gebracht werden soll, inwieweit sich deren Anwendung überhaupt lohnt, ob innerhalb

der Therapie wichtige, empirisch überprüfte Wirkmechanismen realisiert werden oder ob sich sogar eventuelle Verbesserungsvorschläge finden lassen, ist eine Einzelfallanalyse die Methode erster Wahl (Reinecker, 1995).

Die Forschungsstrategie lautet demnach: Überprüfe die aufgestellten Hypothesen und generiere aus den Ergebnissen neue Annahmen, die wiederum die Basis deiner weiteren Forschung bilden. Dieses Vorgehen führt so schlussendlich zu einer Evaluation und Validierung der entsprechenden Interventionsmethode.

Der erste Schritt in diese Richtung ist für die IRP nun mit dieser Studie getan.

Die Wirksamkeit der IRP ist in der vorliegenden Einzelfallstudie von wesentlichem Interesse, da einzig der Erfolg des Verfahrens über seine weitere Anwendung und Erforschung entscheidet. Im Folgenden wird somit die Behandlung mit der IRP zunächst unter dem Gesichtspunkt der Effektivität betrachtet.

6.2 Wirksamkeit der Imaginativen Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst

Um nun den Begriff *erfolgreich* einzugrenzen, braucht es nach Schulte (1993) eine sinnvolle Operationalisierung der Erfolgsvariablen. Das bedeutet soviel, als dass bevorzugt solche Instrumente eingesetzt werden sollten, die mit dem zu untersuchenden Phänomen in Zusammenhang stehen. Außerdem, so Schulte weiter, ist es hilfreich, wenn es sich dabei um empirisch validierte Verfahren handelt, die auch schulenübergreifend eingesetzt werden können, damit ein Vergleich untereinander möglich wird. Zu guter letzt betont Schulte, dass die Interpretation der Ergebnisse der gewählten Verfahren nur dann überzeugend ist, wenn Bezugs- oder Normwerte vorliegen. Ersteres ist allein durch mehrmaliges Messen zu verschiedenen Zeitpunkten gegeben. Letzteres hingegen ist den Publikationen oder Manualen zu den einzelnen Verfahren entnehmbar. Die in dieser Studie eingesetzten Instrumente genügen allen von Schulte (1993) aufgestellten Forderungen.

Bei der Interpretation der Fragebogenergebnisse ist es zunächst notwendig, sich erneut vor Augen zu führen, welche wesentlichen Symptome die Angst vor Prüfungen ausmachen. Im Wesentlichen sind dies extreme Besorgtheit (Spielberger & Vagg, 1987), Unsicherheit, Sorgen über den Prüfungsausgang, somatische Beschwerden durch eine erhöhte affektive und physiologische Erregung (Weiß, 1997) sowie die Bedrohung des Selbstwertes (Küpfer, 1997).

Dass die Patientin nach Aussagen der globalen Kennwerte des BSI und des K-INK insgesamt nicht als psychisch auffällig belastet gilt, ist soweit nicht verwunderlich. Prüfungsangst betrifft einen klar begrenzten Teil des Erlebens und Verhaltens. So geht diese Angst zumeist nicht mit Symptomen wie *Aggressivität, paranoidem Denken* oder

Psychotizismus einher – Aspekte, die ebenfalls mit dem BSI erfasst werden (Kapitel 4.3.1.2.1).

Der Gesamtwert des TAI-G, der speziell prüfungsangstrelevante Bereiche des Verhaltens und Erlebens erfasst, zeigt hingegen eine klinisch relevante Beeinträchtigung. Darüber hinaus weisen die Skalen *Ängstlichkeit*, *Somatisierung* und *Zwanghaftigkeit* des BSI und die Items 15 (*Versagen*) und 16 (*sich verletzbar machen*) des K-INK, die allesamt mit Prüfungsangst in Zusammenhang stehen, auffällige Werte auf.

Bei der Betrachtung der übrigen BSI-Skalen ist überraschend, dass die Patientin, deren Prüfungsangst laut SKID I einer spezifischen Phobie gleichkommt, für *Phobische Angst* zu allen drei Zeitpunkten einen Skalenwert von Null erhält (Abbildung 16). Bei näherem Hinsehen wird jedoch schnell deutlich, dass sich die Umschreibungen der einzelnen Items nicht dafür eignen, Situationen zu erfassen, die ausschlaggebend für Prüfungsangst sind. So wird beispielsweise nach der Angst 'auf großen Plätzen, vor großen Menschenmengen, vor dem Alleinsein oder vor Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln' gefragt.

Ebenfalls auffällig ist der schon zu Beginn der Therapie bei 24 Punkten liegende HOLO-Angstskalenwert. Dieses Ergebnis lässt sich vermutlich damit erklären, dass der Bogen an einer Patientinnenstichprobe von überwiegend Agoraphobikerinnen mit und ohne Panikstörung validiert wurde (Hartung, 1995). Diese Personen zeigen möglicherweise andere angstbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster als solche mit Prüfungsangst. Die HOLO-Angstskala eignet sich dadurch nicht zur Beschreibung der hier vorliegenden Angststörung und wird demnach in der weiteren Ergebnisinterpretation nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend weisen die Fragebogenergebnisse zum ersten Messzeitpunkt darauf hin, dass die Patientin vor der Therapie durch die oben genannten Symptome der Prüfungsangst belastet war und die Diagnose Prüfungsangst zu Recht vergeben wurde.

Das vorrangige Ziel der IRP ist, ihrer Konzeptionalisierung entsprechend, der Abbau der Angstsymptomatik (vgl. Kapitel 2.2.3). Die Therapie kann demgemäß nur dann als erfolgreich bezeichnet werden, wenn das postulierte Ziel als erreicht gilt. Daher werden nachfolgend die Fragebogenergebnisse der beiden weiteren Messzeitpunkte aus diesem Blickwinkel betrachtet.

Die Werte aller oben genannten prüfungsrelevanten Skalen der verschiedenen Fragebogen zeigen eine eindeutige Symptomreduktion. Diese Verbesserung kann als klinisch relevant bezeichnet werden, da sich die Patientin nach der Therapie in diesen Bereichen nicht mehr von der Bezugsnorm unterscheidet. Zudem dokumentieren die eindeutigen Veränderungen der globalen Kennwerte *Global Severity Index* und der *Positive Symptom Distress Index* des BSI eine weitaus geringere Symptombelastung

der Patientin zum Ende der Therapie. Eine Tatsache, die auf eine verbesserte Lebensqualität schließen lässt.

Besonders eindrücklich ist die Stabilität des erreichten Erfolgs. So weist die Patientin auch nach einem Jahr keine außerhalb der Norm liegenden und damit auffälligen Skalenwerte auf. Vielmehr sinkt der *Somatisierungswert* im BSI zum letzten Messzeitpunkt sogar auf Null. Unter der Berücksichtigung, dass ein Katamnesezeitraum von einem Jahr für eine sechswöchige Therapie extrem lang ist und die Katamneseerhebung zudem einen Tag vor einer weiteren Prüfung der Patientin erfolgte, gewinnt die Stabilität der Werte weiterhin an Bedeutung.

Insgesamt gesehen kann aus den Ergebnissen geschlussfolgert werden, dass die Therapie nach den Regeln der IRP erfolgreich verlief und dieser Erfolg auch über die Zeit anzudauern scheint.

6.3 Prozesse in der Imaginativen Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass in der Therapie mit der IRP alle vier Grawe'schen Wirkprinzipien realisiert, positive sowie negative Emotionsworte genutzt und auch Primär- und Sekundärprozess angeregt werden. Allerdings reicht allein das Vorhandensein dieser Prozessvariablen nicht aus, um konkrete Aussagen bezüglich ihrer Wirkweise machen zu können. Das vielschichtige Therapiegeschehen wird schließlich nicht durch ein bloßes Aneinanderreihen von Wirkfaktoren erfolgreich. Vielmehr macht ein komplexes Muster von Wenn-Dann-Bedingungen das Gelingen oder Scheitern der Therapie aus (Grawe, 1999b). Wie bereits in Kapitel 2.4.4.2 erwähnt, ist es von großer Bedeutung für den Therapieerfolg, in welchen *Phasen* des Behandlungsverlaufs einzelne Wirkfaktoren realisiert werden und wie sie dabei zueinander in Beziehung stehen. Dabei kann außerdem kritisch überprüft werden, ob die gefundenen Ergebnisse im Einklang mit den Annahmen und Zielen des IRP-Konzepts stehen.

In den folgenden Unterkapiteln wird daher zunächst untersucht, ob die allgemeinen Regeln, die in Kapitel 2.4.4.2 zu den Wirkfaktoren zusammengetragen wurden, in der vorliegenden Therapie Verwirklichung fanden. Dabei werden insbesondere Abweichungen von diesen Leitsätzen kritisch beleuchtet. Neben dieser Herangehensweise sollen auch die Ergebnisse aus der Perspektive der textanalytischen Prozessmaße betrachtet und ein Bezug zu den Resultaten der Cubus-Analyse hergestellt werden.

6.3.1 Wirkfaktoren in der IRP

Wie werden die von Grawe postulierten Wirkfaktoren realisiert?

Generell lässt sich festhalten, dass Ressourcenaktivierung relativ konstant im mittleren Bereich ausgeprägt ist – und das über alle Sitzungen hinweg. Die stetige Realisierung dieses Wirkfaktors steht im Einklang mit den theoretischen Überlegungen, in denen Ressourcenaktivierung zu jeder Zeit der Therapie von besonderer Bedeutung sein sollte (Dick et al., 1999) und entspricht zudem einem der im IRP-Konzept festgelegten Hauptziele.

Ressourcenaktivierung als Interventionsmethode kann neben der zeitlichen Analyse auch dahingehend betrachtet werden, inwiefern sie mit den anderen Wirkfaktoren gemeinsam auftritt. So ist die Aktivierung von Ressourcen wesentlich, um die während der *Problemaktualisierung* entstehenden Spannungen nicht nur ertragen sondern auch lösungsorientiert betrachten (*Klärung*) und *bewältigen* zu können (Grawe, 1996; Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Smith & Grawe, 2003). Demnach sollte Ressourcenaktivierung mit allen drei Wirkfaktoren positiv korrelieren, was wie Tabelle 26 zeigt, tatsächlich zutrifft. Dieser Befund unterstreicht überdies die Aussage der IRP, eher lösungs- als konfliktorientiert zu arbeiten.

Nun ist kritisch anzumerken, dass der Skalenmittelwert von Ressourcenaktivierung in allen Sitzungen nicht über 'mittel' hinausreicht. Eine mögliche Erklärung findet sich bereits in den theoretischen Erläuterungen: Zu Beginn der Therapie ist es wichtig, dass Ressourcen im Bereich der Therapeut-Patientin-Beziehung aktiviert werden (Regli et al., 2000), im späteren Stadium bilden hingegen die Fähigkeiten der Patientin die Basis der Ressourcenarbeit (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998). Diese sehr heterogenen Aspekte des Wirkprinzips, spiegeln sich auch in den einzelnen Items der Cubus-Analyse wider. *Der Therapeut vermittelt dem Patienten, Du kannst mir vertrauen* und *Der Therapeut richtet sein Vorgehen gezielt auf die besonderen Möglichkeiten des Patienten* beschreiben beispielsweise sehr unterschiedliche Dimensionen von Ressourcenarbeit. Es ist also durchaus denkbar, dass einzelne Items auf der Skala sehr hoch laden, da sie gerade Thema sind, und andere Items zugleich in ihrer Bedeutung für den Therapieprozess in den Hintergrund treten und somit gering bewertet werden müssen. Durch die Mittelung aller Itemwerte ist es daher eher unwahrscheinlich, einen Gesamtskalenwert von *vier* (sehr) zu erhalten. Unterstützt wird diese Heterogenitätsannahme dadurch, dass Ressourcenaktivierung, im Vergleich zu den anderen Skalen, mit sieben Items die meisten Einschätzungen erfordert und für die vorliegenden Daten lediglich ein Cronbach's α von .733 aufweisen kann. Alle anderen Wirkfaktoren der Cubus-Analyse werden mit vier oder maximal fünf Items erfasst und weisen für Cronbach's α Werte von .877 (*Klärung*) bis .943 (*Bewältigung*) auf (Anhang H). Die

über alle Sitzungen hinweg mittlere Ausprägung des Faktors Ressourcenaktivierung (Abbildung 14) lässt nach den oben genannten Überlegungen den Schluss zu, dass dieser in der IRP durchaus adäquat umgesetzt wird.

Der Verlauf des Faktors *Problemaktualisierung* ist hingegen nicht ganz so einfach nachzuvollziehen. Auffallend ist, dass zwar in der ersten und sechsten Sitzung nur niedrige Skalenmittelwerte berichtet werden können, was nach Bleichenbacher und Preiswerk (1998) oder Schramm und Mitarbeiter (2004) empirisch betrachtet sinnvoll erscheint, sich allerdings auch in den mittleren Sitzungen keine durchgehend hohen Werte finden – ein Aspekt, der von eben genannten Autoren gefordert wird. Dieser Befund kann verschiedene Gründe haben:

Einer liegt vermutlich in der Dauer der Intervention *Problemaktualisierung*. So wird unter genauerer Betrachtung der Bewertungen offensichtlich, dass der Therapeut oft nur sehr kurz, das heißt ein bis maximal zwei Episoden, im Sinne dieses Wirkprinzips interveniert. In der dritten Sitzung wird mit der Vorgabe der Expedition in ein fremdes Land *Problemaktualisierung* beispielsweise sehr forciert (für Ratings und Transkripte siehe Anhang E & J). Allerdings nutzt der Therapeut gleich die nächste Gelegenheit, der Patientin ihre Ressourcen (einen Führer in der Wüste, adäquates Schuhwerk und einen Esel) bewusst zu machen, die es ihr letztendlich ermöglichen, eine mit negativen Affekten besetzte Ausgangslage zu einer positiv gefärbten Befindlichkeit zu verändern. Das beschriebene Verhalten des Therapeuten geht dabei konform mit den Vorgaben der IRP, besonders ressourcenorientiert zu sein und dem Umstand, dass die Patientin möglichst viele positive Erfahrungen machen und positive Emotionen erleben kann (hierzu mehr in Kapitel 6.3.2 weiter unten). Daher stellt sich eher die Frage, wie lange *Problemaktualisierung* aktiv vom Therapeuten angeregt werden muss, um tatsächlich wirksam zu sein. Diese kann jedoch im Rahmen dieser Diplomarbeit leider nicht beantwortet werden.

Eine weitere mögliche Erklärung für die eher niedrig ausfallenden Skalenmittelwerte kann in der Passung des Analyse-Instruments zur Beschaffenheit der Therapie liegen. So ist die Cubus-Analyse ein Beobachtungsverfahren, welches impliziert, dass nur solche Aspekte eine Wertung erhalten, die tatsächlich beobachtet werden und somit an bestimmten Aussagen oder Verhaltensweisen festgemacht werden können. Die wesentliche Interventionsmethode der IRP ist indes die Imagination, in der sich reale Konflikte, Ressourcen, Wünsche, Befürchtungen, Verhaltens- und Erlebensmuster der Patientin in Symbolform offenbaren. Dies bedingt jedoch, dass manche Prozesse in der IRP nicht aufgrund bloßer Beobachtungen erfasst werden können, da sie – wenn überhaupt – erst über eine Metakommunikation oder –reflexion in ihrer Bedeutung erkannt werden. Konkreter: Grawe (1999a) versteht unter *Problemaktualisierung*, dass ein Grundproblem innerhalb einer Therapie so lebendig und emotional dargestellt und

erlebt wird, dass praktisch 'in vivo' daran gearbeitet werden kann. In der ersten Sitzung der untersuchten Therapie (siehe Anhang J) könnte daher beispielsweise die sich entwickelnde Annäherung an den Fisch absolut als *Problemaktualisierung* bezüglich des Umgangs der Patientin mit Unbekanntem aufgefasst werden. Die Cubus-Kriterien sind jedoch nicht in der Lage, die symbolisch kodierten Themen einer *Problemaktualisierung* innerhalb der Imagination ebenso stringent zu erfassen, wie sie dies für explizit genannte Probleme leisten. Eine vorherige Interpretation des beobachteten symbolischen Geschehens würde schließlich eine objektive Einschätzung erschweren, wenn nicht sogar unmöglich machen. Demnach stellt sich die Frage, inwiefern die Cubus-Analyse geeignet ist, bestimmte Wirkmechanismen der IRP adäquat abzubilden.

Ähnlich der Ressourcenaktivierung muss auch die *Problemaktualisierung* nach Ansicht verschiedener Autoren (u.a. Dick et al. 1999; Smith et al., 1999) im Zusammenhang zu den anderen drei Wirkfaktoren gesehen werden. Die Beziehung zum Faktor Ressourcenaktivierung wurde bereits weiter oben beleuchtet. Aus diesem Grund wird nun auf den Zusammenhang mit *Klärung* und *Bewältigung* näher eingegangen. Der Theorie Grawes nach ist es wesentlich, dass Implizites zunächst einmal bewusst gemacht werden muss (*Problemaktualisierung*), um es – einmal explizit – *klären* und *bewältigen* zu können (1999a). Diesen Annahmen entsprechend, sollte *Problemaktualisierung* daher mit *Klärung* und *Bewältigung* korrelieren. Im vorliegenden Einzelfall ist dieser Aspekt jedoch nur für *Bewältigung* und *Problemaktualisierung* zutreffend (Anhang H). Eine mögliche Erklärung für die Unabhängigkeit der beiden Faktoren liegt nun darin, dass die *Problemaktualisierung* der *Klärung* zeitlich vorangeht. Zuerst wird Implizites der Bearbeitung zugänglich gemacht, um im Anschluss daran reflektiert zu werden. Das einmal Explizierte kann auch noch in der darauf folgenden Sitzung thematisiert werden, ohne dass dabei aktiv *Problemaktualisierung* stattfinden muss. Wenn nun die *Problemaktualisierung* der *Klärung* vorausgeht und beide demnach nicht zeitgleich auftreten (vgl. Abbildung 14), kann sich auch keine signifikante Korrelation in den Berechnungen zeigen.

Bewältigung kann hingegen mit *Problemaktualisierung* einhergehen, aber auch darüber hinaus andauern. Eine Überschneidung und somit Korrelation der beiden Prozesse ist sogar nötig. So müssen, neuronal betrachtet, die aktivierten hinderlichen Denk-, Verhaltens- und Erlebensmuster direkt mit den korrigierenden Erfahrungen in Verbindung stehen, um eine neuronale Vernetzung dieser Erlebnisse zu gewährleisten (Grawe, 2004a). Einmal an die angstauslösende Situation geknüpfte positive Erlebnisse in Form einer erfolgreichen *Bewältigung* dauern also idealerweise länger an als die Aktivierung der Problemschemata, um so als korrigierende Denkmuster eingeübt und verfestigt zu werden.

Für den Wirkfaktor *Klärung* finden sich Ergebnisse, die sich mit den in Kapitel 2.4.4.2 aufgestellten Leitsätzen gut vereinbaren lassen. So zeigen sich in den ersten Sitzungen (eins bis vier) eher hohe *Klärungswerte*, die mit dem Voranschreiten der Therapie wieder abnehmen (Abbildung 14). Dass bereits in der ersten Sitzung hohe *Klärungswerte* erreicht werden und kein langsamer Anstieg bis zur vierten Sitzung zu beobachten ist, wie von Pfammatter (1997) und Schramm und Mitarbeitern (2004) postuliert, ist mit der Kürze der untersuchten Therapie zu erklären.

Das Item *Der Therapeut arbeitet mit dem Patienten daran, dass dieser sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser verstehen kann*, konnte im Rahmen der Datenbeurteilung immer nur mit Null (gar nicht) bewertet werden, da dieser Aspekt nicht dem Thema der Therapie entsprach, in der vielmehr die Angst der Patientin im Vordergrund stand. Der Anspruch der IRP ein besonders fokussiertes Verfahren zu sein, wird folglich durch die aufgeführten Befunde gestützt.

Der Vergleich der empirischen Feststellungen zur sinnvollen Realisierung des Faktors *Bewältigung* (Bleichenbacher & Preiswerk, 1998; Schramm et al., 2004) mit den hier vorliegenden Daten, besticht durch die gefundenen Übereinstimmungen. So ist auffällig, dass *Bewältigung* zum Ende der Therapie hin insgesamt die höchsten Werte aufweist. Allerdings ist auch hier kein langsamer Anstieg zu verzeichnen, da *Bewältigungsinterventionen* bereits in der ersten Sitzung eingesetzt werden (Abbildung 14). Ein Blick in die Transkripte zeigt, dass es sich hierbei um die Vergabe von Hausaufgaben (Bild zuhause malen, Ruhebild immer wieder üben, usw.) handelt. Der hohe Anstieg des Wirkfaktors zum Ende der Therapie lässt sich damit erklären, dass der Therapeut mit der Patientin zusätzlich Copingstrategien erarbeitet und in der Beobachterübung sogar eine reale, ihr bevorstehende Situation nachstellt.

Auch ein Vergleich der einzelnen Phasen verdeutlicht, dass das höchste Ausmaß an *Bewältigung* jeweils am Ende einer Sitzung zu finden ist. Diese Tatsache geht nicht nur mit den in Kapitel 2.4.4.2 aufgestellten Regeln konform, sondern auch mit der Eigenschaft der IRP, ein lösungsorientiertes Vorgehen zu sein (Ihme-Krippner & Krippner, 2005).

Dass *Klärung* und *Bewältigung* innerhalb einer Sitzung oder einer Phase auch zeitgleich realisiert werden, ist nach Grawe (1996) nicht nur möglich sondern auch sinnvoll. Die Ergebnisse dieser Einzelfallanalyse entsprechen auch dieser Regel zu genüge.

Die Diskussion der Wirkfaktoren stützt sich bisher lediglich auf deskriptive Ergebnisse, die als Indikatoren für Unterschiede bzw. Zusammenhänge zu sehen sind, aber nicht als eindeutiger Beleg dieser gewertet werden dürfen.

6.3.2 Emotionen in der IRP

Inwiefern unterstützen, widerlegen oder komplettieren die Ergebnisse des ADU die mittels Cubus-Analyse gefundenen Ergebnisse?

Zunächst kann festgestellt werden, dass die relative Anzahl der verbalisierten Emotionsworte innerhalb der analysierten Behandlung (Therapeut 2% und Patientin 1,87%) mit den bisherigen Forschungsergebnissen des ADU übereinstimmt. So geben Hölzer und Mitarbeiter (1994) für den Therapeuten Werte zwischen 2,24% (Psychoanalyse) und 1,7% (Erstinterview) an. Stigler und Pokorny (2001), die in einer Einzelfallanalyse eine Therapie mit der KIP bei einer Angstpatientin untersucht haben, stellen ihre Ergebnisse differenzierter dar, indem sie diese für Therapeut und Patientin getrennt berichten und neben einem Gesamtwert für Emotionen auch Werte für positive und negative Emotionen aufführen. Aufgrund der Ähnlichkeit der klassischen KIP zur IRP eignen sich die von Stigler und Pokorny (2001) berichteten Resultate für einen direkten Vergleich mit den hier vorliegenden Untersuchungsergebnissen. Insgesamt unterscheiden sich die gefundenen Werte beider Studien für den Therapeuten nicht bedeutend. Aufschlussreich sind jedoch die Werte für die Patientinnen. Stigler und Pokorny (2001) berichten für ihre Patientin einen Gesamtemotionswert von 1,6%. Die Patientin der IRP-Therapie verbalisiert insgesamt 1,87% Emotionsworte, etwa 15% mehr im Vergleich zur KIP-Therapie. Dieser Anstieg mag Zufall sein. Interessant ist jedoch die Frage, wie diese Differenz zwischen den Therapien zustande kommt. In der klassischen KIP-Therapie verbalisiert die Patientin lediglich 0,55% positive Emotionsworte und 1,05% negative (Stigler & Pokorny, 2001). In der IRP-Behandlung beträgt der Anteil positiver Worte hingegen 0,92% und der negativer 0,95%. Es finden sich demnach zwei diskussionswürdige Unterschiede: Zum Einen ist das Verhältnis negativer und positiver Emotionsworte in der IRP weitaus ausgeglichener als in der KIP-Therapie und zum anderen werden in der IRP-Therapie von Seiten der Patientin fast 70% mehr positive Emotionsworte gebraucht als in der KIP-Therapie. Der Anspruch der IRP (Kapitel 2.2.3), ressourcenfördernd, lösungsorientiert und weniger regressiv und konfliktbetont zu arbeiten und der Patientin zudem das Erleben von positiven Emotionen zu ermöglichen, scheint demnach erfüllt zu sein. Das ausgeglichene Verhältnis beider Emotionskategorien in der IRP lässt vermuten, dass der Erfolg der untersuchten Therapie mit der Verbalisierung von sowohl positiven als auch negativen Emotionen zusammenhängt. Eine Annahme, die durch die Ergebnisse von Hölzer (1996), in denen sich Emotionsverarbeitung als differentielles Kriterium für Therapieerfolg darstellt, Unterstützung findet.

Die Ergebnisse des ADU können weiterhin zur Objektivierung der Cubus-Resultate herangezogen werden.

Wenn Ressourcenaktivierung mit dem Erleben von positiven und *Problemaktualisierung* mit dem Empfinden negativer Emotionen einhergeht (Kapitel 2.4.4.3.1), sollte die Verbalisierung positiver Emotionsworte mit der Aktivierung von Ressourcen und der Gebrauch negativer Emotionsworte mit der Aktualisierung von Problemen statistisch gesehen positiv korrelieren. Für die Worte der Patientin trifft diese Behauptung im vorliegenden Einzelfall zu (Tabelle 14 & Tabelle 20). Bei der Korrelation zwischen *Problemaktualisierung* und negativen Emotionsworten findet sich für den Therapeuten indessen kein signifikanter Zusammenhang. Dies ist nicht weiter überraschend, schließlich intendieren die Wirkfaktoren als Interventionsmethoden eine Reaktion auf Seiten der Patientin. Dabei ist es für den Erfolg der *Problemaktualisierung* anscheinend nicht zwingend notwendig, dass der Therapeut selbst negative Emotionen verbalisiert. Für die Ressourcenaktivierung scheint es allerdings von Vorteil zu sein, wenn auch der Therapeut einen stärkeren Gebrauch von positiven Emotionsworten macht. Hierdurch wird eine Anknüpfung an die Ziele, Möglichkeiten und Fähigkeiten der Patientin intendiert. Im Zuge dessen steigert sich ihr Wohlbefinden, was sich in einer häufigeren Verwendung positiver Emotionsworte ihrerseits ausdrückt.

Auffällig ist außerdem, dass *Problemaktualisierung* sowohl mit positiven als auch mit negativen Emotionsworten ähnlich hoch korreliert (Anhang H). Erklärbar wird dieses Ergebnis durch die nähere Betrachtung der Items, die diese Skala konstituieren. Bei dem Item *Der Therapeut arbeitet gezielt darauf hin, den Patienten gefühlsmäßig zu involvieren* wird theoriekonform mit der Konzeptionalisierung der *Problemaktualisierung* nicht zwischen negativen und positiven Gefühlen unterschieden. Für die Anregung des impliziten Gedächtnisses ist es schließlich nicht entscheidend, welcher Qualität die aktivierenden Emotionen sind.

6.3.3 Primär- und Sekundärprozess in der IRP

Inwiefern unterstützen, widerlegen oder komplettieren die Ergebnisse des RID die mittels Cubus-Analyse gefundenen Ergebnisse?

Wie bereits weiter oben erwähnt, ist es durchaus wahrscheinlich, dass einige Prozesse in der IRP mittels Cubus-Analyse nicht erfasst werden können, da sie sich der direkten Beobachtung entziehen. Die Überlegungen, *Problemaktualisierung* und *Ressourcenaktivierung* hingen mit Primärprozess zusammen, und *Klärung* und *Bewältigung* mit Sekundärprozess (Salvisberg, 2000) rechtfertigen daher den Vergleich der Ergebnisse der Cubus-Analyse mit denen des RID. Die Interkorrelationsmatrix (Anhang H) weist allerdings lediglich auf eine negative Korrelation zwischen *Klärung* und Primärprozess hin. Dieser Befund ist schwierig zu deuten. Die den theoretischen Überlegungen entgegenstehenden Ergebnisse können einerseits indizieren, dass die erhobenen Maße tatsächlich nicht miteinander in Bezug stehen und somit auch nicht korrelieren sollten.

Vielleicht wurden für die Beschreibung der Konstrukte *Wirkfaktoren* und *Primär- bzw. Sekundärprozess* nicht nur unterschiedliche Begriffe für ein und dieselbe Sache genutzt, sondern auch tatsächlich unterschiedliche Sachverhalte bezeichnet. Andererseits kann es sich bei diesen Wirkmechanismen auch um einander inhaltlich nahe stehende Konstrukte handeln, deren Erfassung jedoch anderer Instrumente bedarf, um vergleichbar zu werden.

Aus den bisher betrachteten Punkten kann geschlossen werden, dass die IRP hält, was sie verspricht. Allerdings ist die wesentliche Interventionsmethode – die Imagination – hierbei noch gar nicht berücksichtigt worden. Auch konnte noch nicht geklärt werden, ob die Wahl der Motive tatsächlich den im Konzept erwarteten Einfluss ausübt. Diesen Aspekten widmen sich daher die nachfolgenden Kapitel.

6.4 Vergleich der Prozesse innerhalb der Imaginationen und der verbalen Phasen

Welche Prozesse kommen innerhalb der Imaginationen vor und wie fällt der Vergleich zu den verbalen Phasen aus?

Im Konzept der IRP spielen Imaginationen eine ganz entscheidende Rolle. In ihnen wird, wie eingangs bereits ausführlich dargestellt, das komplexe seelische Erleben zwar komprimiert, aber dennoch ganz konkret dargestellt (Steiner & Krippner, im Druck). Die Tagträume sprechen den impliziten Funktionsmodus des Gedächtnisses an und aktivieren sowohl problemrelevante Schemata als auch Ressourcen, die somit dem Bewusstsein und der Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Ein weiterer entscheidender Vorteil ist nach Stigler und Pokorny (2001) im Symbolcharakter der Bilder zu sehen – problematische Inhalte werden hier mit einer weitaus geringeren Bedrohlichkeit repräsentiert. Die Patientin kann mit Hilfe der Imaginationen ängstigende Situationen nicht nur sinnlich erfassen, sondern auch versprachlichen und dadurch lernen, dass sie Kontrolle über die ablaufenden Inhalte hat (Steiner & Krippner, im Druck). Zusätzlich bietet der Tagtraum die Gelegenheit, positive Bewältigungserfahrungen zu machen und dadurch die Möglichkeit, neue förderliche Schemata zu etablieren. Die Qualität dieser Imaginationsphasen ist folglich eine entscheidend andere als die der sie umgebenden verbalen Phasen. Aber auch die Phasen des Vor- und Nachgesprächs sollten sich in den ihnen innewohnenden Prozessen unterscheiden. So werden im Vorgespräch Probleminhalte fokussiert und eingegrenzt und bestimmte Imaginationsmotive vorbesprochen, während im Nachgespräch eine Reflexion über die vorangegangenen Imaginationsinhalte stattfindet, die in einen Zusammenhang mit dem realen Leben der Patientin gestellt und eventuell gedeutet und interpretiert werden.

Es ist also durchaus nicht überraschend, dass das zuvor theoretisch skizzierte Bild sich in den Ergebnissen wieder findet.

Durch die in der Imagination vollzogene Verschiebung vom Real- zum Traumobjekt sollte, den Überlegungen von Stigler und Pokorny (2001) folgend, eine Bewegung von negativen Emotionen hin zu eher positiv getönten Gefühlen stattfinden (Hypothese 2). Diesen theoretischen Annahmen entsprechend, weist die Imaginationsphase dieser Studie ein bedeutsames 'Mehr' an positiven Emotionsworten auf als die Phase des Vorgesprächs. Die Vermutung, die Imaginationsthematik würde im Nachgespräch zur Validierung und zum Ausdruck von Wertschätzung wiederholt aufgegriffen und Vor- und Nachgespräch würden sich somit bezüglich des Gebrauchs positiver Emotionsworte unterscheiden, konnte jedoch nicht eindeutig bestätigt werden. Immerhin ist aber ein offensichtlicher Trend in Richtung eines stärkeren Gebrauchs von positiven Emotionsworten zu erkennen.

Ein spezieller Vorteil der Imagination kommt ihrer bevorzugten Aktivierung emotionaler Gedächtnisinhalte zu. Emotionales Erleben ist nach Soldt (2004b) stark an den Primärprozess gebunden, dessen Strukturen sich in Affekten manifestieren. Affekte bilden die Symbole der psychischen Repräsentanzwelt und repräsentieren sich wiederum symbolisch. Der Tagtraum bietet dem Primärprozess somit die Bühne für seine Darstellung. Durch ihren einzigartigen Charakter sollten Imaginationen demnach mehr Primärprozess beinhalten als die sie umgebenden verbalen Sitzungen (Hypothese 11a). In Bezug auf die Patientin kann diese Annahme zumindest für den Unterschied zwischen Vorgespräch und Imagination als bestätigt angesehen werden. Imagination und Nachgespräch differieren hingegen nicht signifikant. Diese Tatsache ist vermutlich auf die breite Streuung der Primärprozesswerte zurückzuführen, die sich ausschließlich in der Phase der Imagination zeigt. Die Streubreite wird sicherlich durch den Umstand begünstigt, dass in den Tagträumen der einzelnen Therapiesitzungen Bildmotive ganz unterschiedlicher Art Anwendung finden und dadurch die Ausprägung des Primärprozesses variiert. Im weiteren Verlauf der Diskussion wird auf diesen Punkt noch einmal gesondert eingegangen (Kapitel 6.5). Die Werte des Therapeuten weisen keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den einzelnen Sitzungsphasen auf – ein Aspekt, der allerdings nicht weiter verwunderlich erscheint, da der Therapeut den Tagtraum lediglich begleitet und somit nicht der Hauptakteur ist. Trotzdem unterstreicht der komplementäre Verlauf der Primärprozesswerte von Therapeut und Patientin die Passung zwischen den beiden Interaktionspartnern, also zum Einen das gefühlsmäßige Mitschwingen des Therapeuten und zum anderen das Einlassen auf seine Anregungen seitens der Patientin.

Die IRP fokussiert in der Phase des Vorgesprächs darauf, die Probleme der Patientin näher zu bestimmen und erste Hinweise auf förderliche bzw. hinderliche Verhaltens- und Erlebensweisen zu erlangen. Zuweilen greift der Therapeut auch noch einmal die Bildinhalte der letzten Sitzung auf, um die zwischen den einzelnen Therapiesitzungen gewonnenen Einfälle und Ideen der Patientin zu erörtern. Die anschließende Imagination dient in diesem Zusammenhang dem unmittelbaren Empfinden und Erleben von Ressourcen, aber auch negativer Verhaltensaspekte und ist somit frei von jedweder Reflexion und kognitiver Einordnung der Bildsymbole. Erst im anschließenden Nachgespräch erhalten die Inhalte des Tagtraums nähere Bestimmung und *Klärung*, indem sie zur aktuellen Lebenssituation der Patientin in Bezug gesetzt werden. Der Wirkfaktor *Klärung* verhält sich dementsprechend hypothesenkonform (Hypothese 5).

Bezugnehmend auf die vorangegangenen Überlegungen liegt ein besonderer Vorzug der Imagination gewiss in ihrer Fähigkeit, durch unterschiedliche sensorische Qualitäten die Inhalte des impliziten Gedächtnisses anzuregen (Hüther, 1997; LeDoux, 2003) und so die problemrelevanten Schemata zu aktivieren. Diesen Überlegungen entsprechend, sollte der Wirkfaktor *Problemaktualisierung* gerade in den imaginativen Phasen besonders hoch sein und sich deutlich von den verbalen Phasen unterscheiden (Hypothese 8). Die oben explizierten Ergebnisse lassen jedoch aufgrund der breiten Streuung der Skalenwerte nur einen gewissen Trend in diese Richtung erkennen. Die große Streubreite wird sicherlich durch die Verschiedenartigkeit der verwendeten Motive erklärbar. So liegt es in der Natur der Sache, dass die Imagination von Teilpersönlichkeiten bzw. die Beobachterübung die zentralen Problemschemata direkt ansprechen – geht es hier doch gerade darum, Möglichkeiten und Fähigkeiten zu entdecken, die den Umgang mit der Prüfungssituation erleichtern. Die Psychosyntheseimaginationen aktivieren aufgrund ihrer Anlage somit mehr problembezogene Schemata, als es die Tagträume der KIP beabsichtigen (Näheres siehe Kapitel 6.5).

Ressourcenaktivierung wird als ubiquitäres Wirkprinzip von Grawe (1996, 1998) immer wieder betont. Auch Dick und Mitarbeiter (1999) unterstreichen die Wichtigkeit dieses Wirkfaktors und Grawe und Grawe-Gerber (1999) weisen ihm für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung sogar essentielle Bedeutung zu. Ganz konkret bedeutet Ressourcenaktivierung das Anknüpfen an vorhandene Ziele, Möglichkeiten und Fähigkeiten einer Patientin (Willutzki, 2000) – eine Vorgehensweise, die nicht nur ihr Selbstwertgefühl und Wohlbefinden stärkt, vielmehr sie auch aufnahmebereiter für Interventionen des Therapeuten macht und damit den therapeutischen Veränderungsprozess mobilisiert (Grawe, 1998). Imaginationen sind für die Verwirklichung dieses Wirkprinzips besonders gut geeignet, da sich in ihnen die Ressourcen der Patientin ganz konkret darstellen und sie so mit allen Sinnen erleben kann, welche Kräfte und Fertigkeiten in ihr schlummern. Um die Patientin in ihren Möglichkeiten zu bestärken,

erhalten die aktivierten Ressourcen im anschließenden Nachgespräch noch einmal eingehende Betonung. Ressourcenaktivierung sollte sich daher innerhalb einer Therapiesitzung als kumulativer Prozess darstellen (Hypothese 4). Diese Vermutung findet in den Ergebnissen offenkundige Unterstützung. So ist Ressourcenaktivierung im Nachgespräch eindeutig höher ausgeprägt als im Vorgespräch. Obwohl die differenzierten Unterscheidungen zwischen Vorgespräch und Imagination und zwischen Imagination und Nachgespräch nicht signifikant werden, zeichnet sich doch ein deutlicher Trend in die entsprechende Annahmerichtung ab.

6.5 Einfluss der Imaginationsmotive auf die Therapieprozesse

Welche Prozesse spielen in den Psychosynthese-Phasen und welche in den KIP-Phasen eine Rolle? Gibt es bedeutsame Unterschiede?

Der unterschiedliche Einfluss der den Methoden KIP und Psychosynthese entlehnten Imaginationsmotive wird durch die Ergebnisse gut gesichert. Erst durch die Verschiedenartigkeit der einzelnen Motivvorgaben können die dem IRP-Konzept innewohnenden Ziele ganzheitliche Verwirklichung finden.

So dienen die KIP-Imaginationen vor allen Dingen der Sicherung des Kontroll- und Kompetenzerlebens der Patientin (Ihme-Krippner & Krippner, 2005). Sie vermitteln Sicherheit und Schutz, aber auch die Gewissheit, das Wissen und die Kraft in sich zu tragen, schwierige Situationen meistern zu können. *Problemaktualisierung* ist in diesen Bildern nicht das zentrale Thema. Hier geht es mehr darum, vorhandene Ressourcen wieder zu entdecken und für sich nutzbar zu machen. Die Psychosynthesemotive hingegen sind – hypothesenkonform (Hypothese 7) – viel stärker an *Problemaktualisierung* und somit auch an *Bewältigung* geknüpft. Gerade die Imagination der inneren Helfer aktiviert im Sinne Grawes (1999a; 2004a) die angstrelevanten Schemata – werden doch vor allem durch diese Teilpersönlichkeiten die hinderlichen, aber auch förderlichen Selbstanteile der Patientin in Bezug auf eine bevorstehende Prüfung bewusst gemacht und geklärt. Die zunächst negativ erscheinende Oberlehrerin (siehe Anhang J: Transkript, Sitzung 2) erlebt beispielsweise innerhalb des Tagtraums positive Umdeutung und die Patientin kann so erfahren, dass selbst vermeintlich schlechte Eigenschaften ihr für die Prüfung äußerst nützlich sein können. Auch in der Beobachterübung erhalten die problemrelevanten Schemata neuerliche Bearbeitung (siehe Anhang J: Transkript, Sitzung 5). Das Motiv fördert durch seinen hohen Realitätsbezug und der damit ähnlichen Reizdarbietung (Salvisberg, 2000) sowohl *Problemaktualisierung* als auch *Bewältigung*. Die Patientin verweilt hier allerdings nicht in der Rolle der ängstlichen Person. Vielmehr findet sie durch den Status des objektiven, distanzierten Beobachters neue Lösungsmöglichkeiten zur *Bewältigung* ihrer Angst. In der letzten Stunde werden noch einmal alle Teilpersönlichkeiten, die die

Patientin zur *Bewältigung* der Prüfung etabliert hat, reaktiviert und sie erhält die Zusicherung ihrer inneren Helfer, sie in dieser schwierigen Situation zu unterstützen.

Die methodenspezifischen Motive unterscheiden sich dabei nicht nur hinsichtlich der in ihnen realisierten Wirkfaktoren. Sie differieren besonders auch in der Anregung von Primär- und Sekundärprozess. Die KIP-Imaginationen ermöglichen in erster Linie ganzheitliches Empfinden und Erleben und betonen vor allem das Spüren in allen Sinnesmodalitäten (vgl. Abbildung 15). Dieser Fokus fördert hauptsächlich den Primärprozess (Stigler, 2005). Gerade durch das dialektische Prinzip in der Imagination wird auch das sekundärprozesshafte Denken angesprochen. Dies ermöglicht es der Patientin, das symbolisch Erlebte zu verstehen. Die Ergebnisse der Hypothesen 10c und 11b stützen zudem die Annahme von Steiner und Krippner (im Druck), nach der immer entweder das eine oder das andere Prinzip im Vordergrund des Imaginationsgeschehen steht. Die gefühlsbetonten Tagträume nach Art der KIP fördern somit hauptsächlich den Primärprozess, der nach Stigler (2005) ganz im Dienste des Selbst steht und dessen Kohärenz und Kontinuität aufrechterhält, während die Psychosynthese-Imaginationen besonders den Sekundärprozess begünstigen. Die Motivvorgaben dieser Methode haben eine starke Anbindung an die Realität, sind viel konkreter gefasst und werden durch die Interventionen des Therapeuten in bestimmten Grenzen gehalten. Es geht nun nicht mehr darum einen Ort zu imaginieren, an dem sich die Patientin sicher und geschützt fühlt, ein Motiv, das sehr viel Spielraum für die eigene kreative Entfaltung lässt, sie erhält vielmehr die Aufgabe, bestimmte Eigenschaften zu personifizieren, ihnen Gestalt zu verleihen und einen Namen zu geben. Eine kritische Stimme in der Patientin wird dadurch zur Oberlehrerin, mit strengen Gesichtszügen, farblosem Kostüm, Brille und Dutt. Die Psychosynthese-Imaginationen sind gegenständlicher, näher und greifbarer und unterstützen so vor allem den Sekundärprozess. Dieser sorgt für die akute Bewältigung des gegenwärtig Erlebten und der momentanen Emotionen (Stigler, 2005) – ein Vorzug, der ihn gerade auch im Zusammenhang mit der Beobachterübung bedeutsam macht. Durch diese Motivvorgabe wird die Patientin mit dem gefürchteten Objekt, der Prüfung, konfrontiert. Der Therapeut hält sie dazu an, sich genau vorzustellen, was sie am Prüfungsmorgen macht, wie es ihr geht, was ihr helfen könnte. Der Sekundärprozess sorgt in diesem Zuge für selektives Erleben, effizientes Planen und Handeln und ermöglicht der Patientin, rational zu denken und planmäßig vorzugehen – er steht damit im Dienste der Realitätsbewältigung (Stigler, 2005). Ob dieser Wirklichkeitsnähe unterscheiden sich die Psychosynthese-Imaginationen bezüglich ihrer Anregung des Sekundärprozesses auch nicht von den verbalen Phasen der einzelnen Therapiesitzungen (Hypothese 10b). Der Sekundärprozess nimmt, Soldt (2004a) entsprechend, Bezug auf das von der Sprache durchdrungene Denken und ist deshalb

gerade in den Phasen von Vor- und Nachgespräch aktiviert. Hier werden Probleme identifiziert und benannt und es findet eine Reflexion über die vorangegangenen Imaginationsinhalte statt, die in einen Zusammenhang mit dem realen Leben und Erleben der Patientin gesetzt, eventuell gedeutet und interpretiert werden. Diesen Überlegungen folgend ist es nicht verwunderlich, dass die Tagträume der KIP weniger Sekundärprozess aufweisen als eben die der verbalen Therapiephasen (Hypothese 10a). Geht es in ersteren doch vielmehr um den Blick nach Innen – das Einlassen auf die eigenen inneren Erfahrungen und deren Führung, ganz so wie es im Primärprozess geschieht (Noy, 1969). Die Phasen der KIP-Imaginationen unterscheiden sich damit qualitativ von denen des Vor- und Nachgesprächs, da im Gegensatz zu letzteren in den Tagträumen das affektiv-undifferenzierte Denken (Soldt, 2004a) vorherrscht, das wesentliches Element des Primärprozesses ist.

6.6 Fazit

Insgesamt kann für die Anliegen dieser Studie eine positive Bilanz gezogen werden. Die Anwendung des IRP-Konzepts trägt nachweislich zu einer schnellen und klinisch relevanten Symptomreduktion bei. Zum Abschluss der Behandlung kann sich die Patientin Ich-gestärkt und mit einer höheren Selbstwirksamkeitserwartung der einst ängstigenden Prüfungssituation stellen und diese ohne Angst meistern.

Der Erfolg der Therapie begründet sich vermutlich auf der adäquaten Umsetzung der postulierten Wirkfaktoren *Ressourcenaktivierung*, *Problemaktualisierung*, *Bewältigung* und *Klärung*, dem häufigen Gebrauch *emotionaler Worte* und der Anregung von *Primär-* und *Sekundärprozess*. Außerordentliche Bedeutung erhält dabei die dem Konzept eigene Interventionsmethode der Imagination. Vor allem die Kombination der beiden Verfahren KIP und Psychosynthese erweist sich in diesem Fall als besonders gewinnbringend. Obwohl beide Methoden einer tiefenpsychologischen Ausrichtung entspringen, setzen sie unterschiedliche Schwerpunkte bei der Realisierung der verschiedenen Prozessmaße. Dieser Befund stützt die von Grawe und Mitarbeitern (1994) postulierten Wirkunterschiede zwischen einzelnen Interventionsmethoden. Gerade weil die Imaginationen nach Art der KIP und Psychosynthese in ihren Intentionen und Herangehensweisen differieren, scheinen sie sich zu ergänzen und dadurch gemeinsam zum Ziel zu führen.

Mit der IRP liegt demnach eine ressourcenfördernde und lösungsorientierte Kurzzeittherapie zur Behandlung von Prüfungsangst vor, die durch ihre Effektivität besticht.

7 Ausblick

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bildet eine neue auf der Grundlage klinischer Beobachtungen und theoretischer Überlegungen entstandene Interventionsmethode – die Imaginative Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst (IRP).

Sowohl wissenschaftliche, gesundheitspolitische als auch ethische Überlegungen machen die empirische Betrachtung eines neuen Behandlungsverfahrens unumgänglich. Dabei stellt dessen Analyse nach Baumann und Reinecker-Hecht (1998) einen komplexen Prozess dar, der sich über verschiedene Phasen erstreckt: erste globale Überprüfung, systematische Evaluation, Implementierung in die Praxis und die Kontrolle dieser. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte mit einer globalen Überprüfung der IRP ein erster Forschungsbeitrag geleistet werden. Die Analyse der Prozess- und Outcome-Variablen, allesamt Indikatoren für eine erfolgreiche Therapie, legt nahe, dass es sich bei dem Konzept um ein viel versprechendes Verfahren handelt, das es lohnt in weiteren Schritten zu erforschen.

Durch die Untersuchung anderer Einzelfälle könnte näherer Aufschluss über die in der IRP ablaufenden Prozesse gewonnen werden. Finden sich diesbezüglich studienübergreifend ähnliche Ergebnisse könnte die Annahme, diese Wirkprinzipien seien konstituierende Merkmale der Therapieform, zusätzliche Unterstützung finden. Zukünftige Studien sollten idealerweise die mit der Cubus-Analyse einhergehende Messproblematik berücksichtigen. So müsste vor allem die Schwierigkeit der Bewertung des symbolischen Geschehens gelöst werden. Dieser Aspekt würde dazu führen, dass entweder die bisherigen Resultate gestützt oder aber bislang nicht messbare Prozesse und Zusammenhänge aufgedeckt werden könnten. Ableitungen zur differentiellen Indikation der IRP und der einzelnen Motive sind sicherlich erst auf Basis weiterer Forschungsergebnisse möglich. Nachfolgende Studien sollten daher variable personenspezifische Aspekte, wie Qualität der Prüfungsangst, Imaginationsfähigkeit, Geschlecht, Alter, Bildung und situative Merkmale wie Kontext und Konsequenzen der bevorstehenden Prüfung berücksichtigen, um Aussagen zu diesen spezifischen Ableitungen generieren zu können.

Gruppenuntersuchungen mit Kontroll- oder Vergleichsgruppen und Katamneseerhebungen könnten zudem einen weiteren Forschungsschritt darstellen. Anhand von Effektstärken würden somit sicherere Aussagen über die Wirksamkeit der IRP möglich. Komplexe Gruppendesigns implizieren jedoch oft einen größeren zeitlichen und auch finanziellen Aufwand, der allerdings in Anbetracht des hohen Behandlungsbedarfes und der vermuteten Effektivität der IRP gerechtfertigt erscheint. Besonders die Kürze der Therapie und ihre Langzeitwirkung erfüllen die Anforderungen der heutigen Versorgungssituation.

8 Zusammenfassung

Prüfungsangst ist im Alltag nicht nur sehr häufig anzutreffen, sondern geht darüber hinaus auch mit einem als klinisch relevant zu bezeichnenden Leidensdruck einher. Trotz dieser Tatsache scheint es noch keine speziell darauf ausgerichtete, wissenschaftlich fundierte Therapiemethode für Erwachsene im Einzelsetting zu geben. Um aber dem akuten Behandlungsbedarf in der Praxis gerecht zu werden, haben Krippner und Ihme-Krippner (2005) ein Konzept zur Behandlung von Prüfungsangst entwickelt. Vorrangige Ziele der *Imaginativen Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst* (IRP) liegen in der raschen Reduktion der Angstsymptomatik und der Ich-Stärkung der Patientin durch eine lösungsorientierte und ressourcenfördernde Herangehensweise. Das Verfahren arbeitet mit Imaginationen nach Art der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP), wobei die Tagtrauminduktion zusätzliche Beeinflussung durch Interventionen aus der Psychosynthesetherapie erfährt.

Diese neuartige Behandlungsmethode wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit, konform mit den Überlegungen Baumann's und Reinecker-Hecht's (1995), im einzelfallanalytischen Design empirisch überprüft, validiert und evaluiert. Ziel ist dabei eine erste globale Untersuchung der IRP anhand verschiedener Outcome - und Prozess-Variablen. Die Fragestellungen beziehen sich somit nicht nur auf die Wirksamkeit der IRP, sondern auch auf ihre Wirkweise. Hierfür werden mehrere Prozessmaße und deren Beziehungen zueinander analysiert. Besonderes Augenmerk liegt dabei einerseits auf den Imaginationphasen und ihrem Vergleich zu den verbalen Anteilen der Therapie und andererseits auf dem Unterschied zwischen den verschiedenen Methoden (KIP und Psychosynthese), Imaginationen zu gestalten.

Die untersuchten Prozesse und somit die abhängigen Variablen dieser Studie wurden im Vorfeld aus theoretischen Überlegungen und empirischen Ergebnissen zu therapierelevanten Wirkmechanismen abgeleitet. Im Einzelnen sind dies die ubiquitären Wirkfaktoren *Klärung*, *Bewältigung*, *Ressourcenaktivierung* und *Problemaktualisierung* von Grawe (1994), die Qualität der *Emotionen* sowie die Konzepte von *Primär-* und *Sekundärprozess*.

Grundlage der Forschung bildete eine vollständig auf Tonband aufgezeichnete Psychotherapie aus der Praxis eines niedergelassenen Therapeuten, in der eine Patientin mit Prüfungsangst, diagnostiziert als spezifische Phobie, nach dem Konzept der IRP in sechs Sitzungen behandelt wurde. Als zusätzliche Informationsquelle diente der Einsatz verschiedener Fragebogen zu drei unterschiedlichen Messzeitpunkten (vor der Therapie, direkt nach der Therapie und ein Jahr später). Um die einzelnen Prozessmaße zu untersuchen, verwendeten die Autorinnen das Instrument Cubus-Analyse – ein Beobachtungsverfahren zur Erfassung der ubiquitären Wirkfaktoren

Grawes (1994) – und zwei textanalytische Prozeduren zur Analyse von Worten, in denen Emotionen und Primär- und Sekundärprozess Ausdruck finden.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Realisierung der untersuchten Prozessmaße mit den verschiedenen Annahmen des IRP-Konzepts weitgehend übereinstimmt. So finden die ubiquitären Wirkprinzipien innerhalb dieser Behandlung nicht nur Anwendung, sondern entsprechen darüber hinaus in ihrer Realisierung auch den bisherigen empirischen Befunden für erfolgreiche Psychotherapien. Ebensolches gilt für die Verbalisierung von Emotionen und von Primär- und Sekundärprozess. Zudem verdeutlichen die Fragebogenergebnisse, dass die störungsspezifischen Symptome nicht nur klinisch relevant reduziert werden konnten, sondern dieser Erfolg auch noch ein Jahr nach der Behandlung zu verzeichnen war.

Die Resultate der vorliegenden Studie wurden besonders im Hinblick auf bisherige empirische Befunde diskutiert. So werden *Ressourcen* über den gesamten Therapieverlauf hinweg konstant aktiviert und bieten dadurch die Grundlage für die anderen drei Wirkfaktoren: *Klärung*, die überwiegend in der ersten Therapiehälfte Realisierung findet, kann somit lösungsorientiert ausgeübt werden; für die erfolgreiche Umsetzung von *Bewältigung* wird zunehmend die Basis etabliert; und die Aktualisierung ihrer *Probleme* kann der Patientin erträglicher gemacht werden.

Überdies werden in der IRP von Seiten der Patientin fast 70% mehr positive Emotionsworte verbalisiert als in einer von Stigler & Pokorny (2001) durchgeführten Einzelfallstudie zur Angstbehandlung mit der KIP. Der Anspruch der IRP, ressourcenfördernd, lösungsorientiert sowie weniger regressiv und konfliktbetont zu arbeiten und der Patientin zudem das Erleben von positiven Emotionen zu ermöglichen, scheint demnach erfüllt.

Besonders auffällig ist, dass sich die Imaginationen bezüglich der darin ablaufenden Prozesse deutlich von den rein verbalen Phasen unterscheiden. So werden in den Imaginationen beispielsweise weniger negative und mehr positive Worte genutzt als in den Gesprächsphasen. Dies ist konform mit bisherigen empirischen Ergebnissen und kann als Beleg dafür gewertet werden, dass Imaginationen tatsächlich eine Verschiebung von negativen zu positiveren Affekten bewirken. Außerdem wird, die theoretischen Annahmen stützend, innerhalb der Tagträume mehr Primärprozess angeregt. Imaginationen stimulieren demnach eher den ganzheitlichen, sinnlichen und affektgeladenen Verarbeitungsmodus.

Weiterhin scheint die Art der Tagtrauminduktion wesentlich das Prozessgeschehen zu bestimmen. Obwohl die Methoden der KIP und Psychosynthese beide einer tiefenpsychologischen Ausrichtung entspringen, setzen sie unterschiedliche Schwerpunkte bei der Realisierung der einzelnen Prozessmaße. Dieser Befund festigt demnach die

von Grawe, Donati und Bernauer (1994) postulierten Wirkunterschiede zwischen verschiedenen Interventionsmethoden. Gerade weil diese Imaginationen in ihren Intentionen und Herangehensweisen differieren, scheinen sie sich zu ergänzen und dadurch gemeinsam zum Ziel zu führen. So fördern die Psychosynthese-Motive vor allem Bewältigungserfahrungen und unterstützen den Sekundärprozess, der für selektives Erleben, effizientes Planen und Handeln sorgt und damit im Dienste der Realitätsbewältigung steht. Die KIP-Tagträume regen hingegen verstärkt den Primärprozess und positive Emotionen an, die besonders die *Ressourcenaktivierung* begünstigen.

Weiterhin wird durch diese Studie ersichtlich, welche methodischen Probleme sich bei der Erforschung eines imaginativen Verfahrens ergeben können. Reine Beobachtungsinstrumente sind möglicherweise nicht in der Lage, bestimmte Prozesse, wie den verschlüsselten Bedeutungsgehalt von Imaginationen, zu erfassen. Die Notwendigkeit einer reliablen Untersuchung und die eigentlich nötige Interpretation der Beobachtungen erzeugen ein scheinbar unlösbares Dilemma.

Insgesamt betrachtet scheint mit der IRP eine ressourcenfördernde und lösungsorientierte Kurzzeittherapie zur Behandlung von Prüfungsangst vorzuliegen, die es lohnt, in weiteren Projekten zu erforschen.

9 Literatur

- Assagioli, R. (1988). *Psychosynthese. Prinzipien, Methoden und Techniken*. Zürich: Verlag Astrologisch-Psychologisches Institut.
- Assagioli, R. (1992). *Psychosynthese und transpersonale Entwicklung*. Paderborn: Jungfermann.
- Assagioli, R. (1994). *Die Schulung des Willens. Methoden der Psychotherapie und der Selbsttherapie*. Paderborn: Jungfermann.
- Assagioli, R. (2004). *Handbuch der Psychosynthese. Grundlagen, Methoden und Techniken* (4. überarbeitete Aufl.). Rümlang: Nawo.
- Bahrke, U. (1997). Katathym-imaginative Psychotherapie. In: E. Fikentscher & U. Bahrke (Hrsg.). *Integrative Psychotherapie – Ausgewählte Methoden*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Bahrke, U. (1999). Psychotherapien wirken – wodurch hilft die KIP? Überlegungen zu den therapeutischen Wirkfaktoren. In: H. Hennig & W. Rosendahl (Hrsg.). *Katathym-imaginative Psychotherapie als analytischer Prozeß*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Bahrke, U. & Gutt, S. (1996). Verlauf und katamnestic Überprüfung einer Krisenintervention mit dem Katathymen Bilderleben. In: H. Hennig, E. Fikentscher, U. Bahrke & W. Rosendahl (Hrsg.). *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Bänninger-Huber, E. (2001). Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung – und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychotherapeut*, 46, 348-352.
- Barlow, D.H. & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press Inc.
- Barthel, W. (2001). *Prüfungen – kein Problem!* Weinheim: Beltz PVU.
- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (1998). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In: U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Göttingen: Hans Huber.
- Berth, H. & Suslow, T. (2003). Zur Validität eines automatisierten inhaltsanalytischen Instrumentes der Angstmessung: Das Dresdner Angstwörterbuch. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie Psychotherapie*, 49, 139-150.

- Biber, D. (1991). *Variation across speech and writing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bleichenbacher, M. & Preiswerk, V. (1998). *Interpersonale Psychotherapie (IPT), Multimodale Verhaltenstherapie (MVT), Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT). Analyse und Vergleich von Wirkmechanismen*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Bern: Institut für Psychologie der Universität.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*, 6. vollst. überarbeitete & aktualisierte Aufl. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G.A. & Boehnke, K. (2000). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bossong, B. (1989a). Disengagement and test anxiety as defensive strategies and performance. In: F. Halisch & J.H.L. van den Bercken (Hrsg.). *International perspectives on achievement and task motivation*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Bossong, B. (1989b). Soziale Angst als defensive Strategie und öffentlich erbrachte Leistungen. In: V. Krumm & J. Thonhauser (Hrsg.). *Beiträge zur empirisch-pädagogischen Forschung*. Braunschweig: Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft, Bd. 24.
- Bossong, B. (1995). Angst als dispositionelle selbstwertdienliche Strategie in Leistungssituationen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 3-14.
- Böss-Ostendorf, A. & Senft, H. (2005). *Beat it! Der Prüfungscoach für Studium und Karriere*. Frankfurt: Campus.
- Capa, Y. & Loadman, W.E. (2002). *Self-Efficacy and previous testing experiences as predictors of test anxiety among college students*. Paper presented at the Annual Meeting of the Mid-Western Educational Research Association (Columbus, Ohio, October 16-19, 2002).
- Caspar, F. (1998). Quantitative Psychotherapieprozessforschung: Rolle, Beispiele und Beurteilung. *Psychotherapie Forum*, 6, 92-101.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.

- Dahl, H. & Stengel, B. (1978). A classification of emotion words: a modification and partial test of de Rivera's decision theory of emotions. *Psychoanalytical Contemporary Thought*, 1, 269-312.
- De Jong, P. & Berg, I.K. (2003). *Lösungen (er)finden: das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie* (5. verb. & erw. Aufl.). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Delphendahl, R. (1985). Unveröffentlichtes Manuskript. Maine: University of Orono.
- DeRivera, J. (1977). *A structural theory of the emotions*. New York: International University Press.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999). Was sollte ich tun, wenn...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 31 (2), 253-279.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2004). *Internationale Klassifikation Psychischer Störungen: Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Elliot, R. (1991). Five dimensions of therapy process. *Psychotherapy Research*, 1, 92-103.
- Eschenröder, Ch.T. (2002). *Selbstsicher in die Prüfung – Wie man Prüfungsangst überwindet und sich effektiv auf Prüfungen vorbereitet*. München: CIP-Medien.
- Faßnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung*. München: Reinhardt.
- Ferraro, F.R. & Washington, T.L.J. (2005). Impact of test anxiety and self-efficacy on test performance. *Psychology and Education*, 42 (2), 8-16.
- Ferrucci, P. (1986). *Werde was du bist. Selbstverwirklichung durch Psychosynthese*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhard.
- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Franke, G.H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Frommer, J., Romppel, M. & Berth, H. (2005). Primär- und Sekundärprozess bei Angst und Depressivität im psychoanalytischen Erstinterview. Eine quantitativ-

- inhaltsanalytische Ost-West-Untersuchung mit dem „Regressive Imagery Dictionary“. *Forum der Psychoanalyse*, 2, 201-209.
- Gilot, L.B. (1989). Die Psychosynthese – ein Weg zu psychischer Gesundheit und Bewußtseinsentwicklung. In: E. Zundel & B. Fittkau (Hrsg.). *Spirituelle Wege und Transpersonale Psychotherapie*. Paderborn: Jungfermann.
- Grawe, K. (1996). Klärung und Bewältigung. Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Veränderungsprinzipien. In: H.S. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.). *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999a). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 350-359.
- Grawe, K. (1999b). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 31 (2), 185-199.
- Grawe, K. (2004a). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Regli, D. & Schmalbach, S. (1994). *Cubus-Analyse*. Bern: Institut für Psychologie der Universität.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 31 (2), 201-225.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 36 (1), 9-21.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Tamcan, Ö. (2004). *INK. Inkongruenzfragebogen. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Gutscher, H., Hornung, R. & Flury-Klembler, P. (1998). Das Transaktionspotentialmodell: Eine Brücke zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Sichtweise. In: J. Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* Berlin: Springer.

- Hartung, J. (1995). Die HOLO-Angstskala. Erfassung dispositioneller Handlungs- und Lageorientierung in angstrelevanten Kontexten. *Diagnostica, 41 (3)*, 261-282.
- Hartwagner, E. (1996). *Cubus-Analyse. Erprobung eines neuen Prozessmittels zur Erfassung von Wirkfaktoren*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Bern: Institut für Psychologie der Universität.
- Hennig, H. (1999). Tiefenpsychologische Interventionen mit der Katathym-Imaginativen Psychotherapie (K.I.P.). In: H. Hennig & W. Rosendahl (Hrsg.). *Katathym-imaginative Psychotherapie als analytischer Prozeß*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hilliard, R.B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 373-380.
- Hodapp, V. (1991). Das Prüfungsängstlichkeitsinventar TAI-G: Eine erweiterte und modifizierte Version mit vier Komponenten. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, 5 (2)*, 121-130.
- Hodapp, V. (1996). The TAI-G: A multidimensional approach to the assessment of test anxiety. In: C. Schwarzer & M. Zeidner (Eds.). *Stress, anxiety and coping in academic settings*. Tübingen: Francke.
- Hodapp, V. & Benson, J. (1997). The multidimensionality of test anxiety: A test of different models. *Anxiety, Stress, and Coping, 10*, 219-244.
- Hodapp, V., Glanzmann, P.G. & Laux, L. (1995). Theory and measurement of test anxiety as a situation-specific-trait. In: C.D. Spielberger & P.R. Vagg (Eds.). *Test anxiety theory: Assessment and treatment*. Washington: Taylor & Francis.
- Hodapp, V., Laux, L. & Spielberger, C.D. (1982). Theorie und Messung der emotionalen und kognitiven Komponente der Prüfungsangst. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 141*, 27-47.
- Hölzer, M. (1996). *Das „Affektive Diktionär Ulm“*. Eine Methode zur computerunterstützten Erfassung psychotherapeutischer Emotionsverarbeitung. Unveröffentlichte Habilitationsschrift. Ulm: Medizinische Fakultät der Universität.
- Hölzer, M., Scheytt, N. & Kächele, H. (1992). Das „Affektive Diktionär Ulm“ als eine Methode der quantitativen Vokabularbestimmung. In: C. Züll, P.P. Mohler (Hrsg.). *Textanalyse: Anwendungen der computerunterstützten Inhaltsanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hölzer, M. Scheytt, N., Mergenthaler, E. & Kächele, H. (1994). Der Einfluß des Settings auf die therapeutische Verbalisierung von Affekten. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 44*, 382-389.

- Hölzer, M., Mergenthaler, E., Pokorny, D., Kächele, H. & Luborsky, L. (1996). Vocabulary measures for the evaluation of therapy outcome: Studying transcripts from the Penn Psychotherapy Project. *Psychotherapy Research, 6*, 93-105.
- Huber, H.P. (1978). Kontrollierte Fallstudie. In: L.J. Pongratz (Hrsg.). *Handbuch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie*, 2. Halbband. Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G. (1997). *Biologie der Angst: wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2001). Die neurobiologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. In: A. Streek-Fischer, U. Sachsse & I. Özkan (Hrsg.) *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ihme, A. (1999). *Psychosynthese als Weg aus der Sucht am Beispiel des Alkoholismus*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Bochum: Institut für Sozialpädagogik der evangelischen Fachhochschule.
- Ihme-Krippner, A. & Krippner, K.J. (2005). *Imaginative Ressourcenaktivierung bei Prüfungsangst (IRP)*. Unveröffentlichtes Manuskript. Witten: Weiterbildungsinstitut Innovative Psychotherapie Ruhrgebiet.
- Itten, S., Trösken, A. & Grawe, K. (2004). Fallkonzeption und Therapieplanung in der Psychologischen Therapie: Ein Beispiel. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 36 (1)*, 23-40.
- Jollet H., Krippner K. & Krägeloh Ch. (1997). Der schutzgebende Raum in seiner Bedeutung für PatientInnen mit Objektbeziehungsstörungen in der Katathym-imaginativen Psychotherapie – ein praxisorientierter Beitrag. In: L. Kottje-Birnbacher, U. Sachsse und E. Wilke (Hrsg.). *Imagination in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Kächele, H. & Fiedler, I. (1985). Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar? *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 35*, 201-206.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2004). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Kanning, U.P. (2002). Grundlagen psychologischer Diagnostik. In: Uwe Peter Kanning & Heinz Holling (Hrsg.). *Handbuch personal-diagnostischer Instrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Keith, N., Hodapp, V., Schermelleh-Engel, K. & Moosbrugger, H. (2003). Cross-sectional and longitudinal confirmatory factor models for the German Test

- Anxiety Inventory: A construct validation. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16 (3), 251-270.
- Kern, H.J. (1997a). Einzelfall-Versuchspläne: Veränderungs-Kriterium-Versuchsplan und Alternierender Versuchsplan. *Verhaltenstherapie*, 7, 14-19.
- Kern, H.J. (1997b). *Einzelfallforschung. Eine Einführung für Studierende und Praktiker*. Weinheim: Beltz PVU.
- Kiesler, D.J. (1969). A grid model for theory and research in psychotherapies. In: L.D. Eron & R. Callahan (Hrsg.). *The relation of theory to practice in psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Klaiberg, A. (2002). Brief Symptom Inventory (BSI). In: Elmar Brähler, Heinz Holling, Detlev Leutner & Franz Petermann (Hrsg.). *Brickenkamp. Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, Bd. 2*. (3. vollst. überarbeitete & erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Knigge-Illner, H. (2002). *Ohne Angst in die Prüfung*. Frankfurt: Eichborn.
- Kolk van der, B.A. (1996): Complexity of adaptation to trauma. Self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaith (Eds.). *Traumatic stress. The affects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford.
- Kottje-Birnbacher, L. (2000). Katathym-imaginative Psychotherapie. In: C. Reimer & U. Rieger (Hrsg.). *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Kottje-Birnbacher, L. (2001). Einführung in die katathym-imaginative Psychotherapie, *Imagination*, 4.
- Kottje-Birnbacher, L. (2002). Die Katathym-imaginative Psychotherapie. Ein erweiterter psychodynamischer Behandlungsansatz am Beispiel einer Kolitisbehandlung. *Psychotherapeut*, 47, 214-222.
- Kuhl, J. (1985). *Kurzanweisung zum HAKEMP 85*. München: Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung.
- Kuhl, J. (1994). A theory of action and state orientation. In: J.Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality. Action versus state orientation*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Kulesa, C. & Jung, F.G. (1980). Effizienz einer 20-stündigen Kurzpsychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben im testpsychologischen prae/post-Vergleich. In:

- H.C. Leuner (Hrsg.). *Katathymes Bilderleben – Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Küpfer, K. (1997). *Prüfungsängstlichkeit bei Studenten: Differentielle Diagnostik und differentielle Intervention*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Leary, M.R. & Shepperd, J.A. (1986). Behavioral handicaps vs. self-reported handicaps: A conceptual note. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1265-1268.
- Lecher, S. (2002). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV Achse I und II (SKID). In: Elmar Brähler, Heinz Holling, Detlev Leutner & Franz Petermann (Hrsg.). *Brickenkamp. Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, Bd. 2*. (3. vollst. überarbeitete & erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- LeDoux, J. (2003). *Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht*. Düsseldorf: Walter.
- Leuner, H. (1990). *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Bern: Huber.
- Leuner, H. (1993). Was ist katathymes Bilderleben. In: H. Leuner, H. Hennig & E. Fikentscher. *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Leuner, H. (1994). *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Leuner, H. (2005). Fortgeführt von E. Wilke. *Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP)*. Stuttgart: Thieme.
- Lienert, G.A. & Ratz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Linnehan, M.M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP/Medien.
- Manns, M., Schultze, J., Herrmann, C. & Westemeyer, H. (1987). *Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik*. Salzburg: Otto Müller.
- Märtens, M. & Petzold, H. (1997). Diskurs und Korrespondenz. Wer und Was wirkt Wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie*, 3, 98-110.
- Martindale, C. (1975). *Romantic progression: The psychology of literary history*. New York: Halsted Press.
- Martindale, C. (1990). *The clockwork muse: The predictability of artistic change*. New York: Basic Books.

- Mathews, A.N. & Rezin, V. (1977). Treatment of dental fears by imaginal flooding and rehearsal of coping behaviour. *Behavior Research and Therapy*, 15, 321-328.
- Maxeiner, V. & Salvisberg, H. (2000). Wo stehen wir, wo wollen wir hin?. In: H. Salvisberg, M. Stigler & V. Maxeiner (Hrsg.). *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Bern: Hans Huber.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen: eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Metzig, W. & Schuster, M. (2005). *Prüfungsangst und Lampenfieber*. Berlin: Springer.
- Naveh-Benjamin, M. (1991). A comparison of training programs intended for different types of test-anxious students: Further support für an information-processing model. *Journal of Educational Psychology*, 83, 134-139.
- Naveh-Benjamin, M., McKeachie, W.J. & Lin, Y.G. (1987). Two types of test-anxious students: Support for an information processing model. *Journal of Educational Psychology*, 79, 131-136.
- Nestmann, F. (1996). Psychosoziale Beratung – ein ressourcentheoretischer Entwurf. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 28, 359-376.
- Noy, P. (1969). A revision of the psychoanalytic theory of the primary process. *International Journal of Psychoanalysis* 50, 155-178.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Hrsg.). *Bergin and Garfield´s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Pekrun, R., Götz, T., Titz, W. & Perry, R.P. (2002). Academic emotions in students´ self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist*, 37, 91-106.
- Perst, A. & Baumann, U. (1999). Einzelfallstudien in klinisch-psychologischen, psychotherapeutischen Fachzeitschriften. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28 (3), 205-213.
- Petermann, F. (1996). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis*. Weinheim: Beltz PVU.
- Pfammatter, M. (1997). *Ueber die Umsetzung allgemeiner Wirkprinzipien der Psychotherapie. Ein Vergleich ihrer Realisierung unter verschiedenen Therapiebedingungen*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Bern: Institut für Psychologie der Universität.

- Pokorny, D. (2000). *A successful therapy of Mr. H. (Hamlet). A sample application of a computer program HILI for the computer assisted content analysis of emotions.* Unveröffentlichtes Manuskript. Ulm: Institut für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F. & Grawe, K. (2000) Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21*, 399-420.
- Regli, D., Grawe, K., Gassmann, D. & Dick, A. (1998). CIPA – eine Methode zur Verbindung von quantitativer und qualitativer Einzelfallanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 43*, 243-256.
- Reinecker, H. (1995). Die Unumgänglichkeit des Einzelfalles. Eine Einführung. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Fallbuch der Klinischen Psychologie. Modelle Psychischer Störungen.* Göttingen: Hogrefe.
- Reinecker, H. (2003). Forschung in der Klinischen Psychologie. In: H. Reinecker (Hrsg.). *Lehrbuch Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Modelle Psychischer Störungen* (4., vollst. überarbeitete & erweiterte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Reynes, R., Martindale, C. & Dahl, H. (1984). Lexical differences between working and resistance sessions in psychoanalysis. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 733-737.
- Ritz-Schulte, G. (2001). *Funktionsanalytische Therapieplanung bei Persönlichkeitsstörungen: Problembearbeitung und Beziehungsgestaltung.* Dissertation. Osnabrück: Universität.
- Rohrman, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 9*, 222-245.
- Rubinstein, S.L. (1984). *Grundlagen der Allgemeinen Psychologie.* Berlin: Volk und Wissen.
- Rust, M. (1993). Wahrnehmungseinstellung auf die Leistungen des Ich. Darstellungen in katathymen Bildern. In: M. Rust (Hrsg.). *Katathyme Symbolik und die Kunst des Hörens. Wahrnehmungseinstellungen in Psychotherapie und Psychiatrie.* Bonn: Neuzeit.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.
- Salvisberg, H. (2000). Bild – Sinnbild – Sinn. Von den Sinnen zum Sinn oder: Der andere Baum der Erkenntnis. In: H. Salvisberg, M. Stigler & V. Maxeiner (Hrsg.). *Erfahrung träumend zur Sprache bringen.* Bern: Hans Huber.

- Sandler, J. (1987). *Psychisches Trauma. Ein psychoanalytisches Konzept im Theorie-Praxis-Zusammenhang*. Frankfurt am Main: Sigmund-Freud-Institut.
- Sapp, M. (1999). *Test anxiety: Applied research, assessment, and treatment interventions*. Maryland: University Press of America.
- Sarason, I.G. (1980). *Test anxiety: Theory, research, and application*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc., Inc.
- Sarason, I.G. (1984). Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to tests. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV* (2. verbesserte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Schindler, L. (1995). Prozessforschung. In: A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie. Klinische Psychologie (Bd. 1)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, L. (1996). Prozessforschung. In Ehlers, A. & Hahlweg, K. (Hrsg.). *Grundlagen der klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schramm, E., van Calker, D. & Berger, M. (2004). Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung – Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 65-72.
- Schramm, E., Rasche-Räuchle, H., Furch, A.-K., Preiswerk, V. & Bleichenbacher, M. (1997). *Rating-Manual zur „Cubus-Analyse“*. Bern: Institut für Psychologie der Universität.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22 (4), 374-393.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Senf, W. & Schneider-Gramann, G. (1990). Was hilft in der analytischen Psychotherapie? Rückblicke ehemaliger Patienten. In: V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.). *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer.
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderungen. In: Schemmel, H. & Schaller, J. (Hrsg.). *Ressourcen: Ein Hand- und Lesebuch*. Tübingen: dgvt.

- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie wehtut. Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 31 (2), 227-251.
- Smith, T.W., Snyder, C.R. & Handelsman, M.M. (1982). On the self-serving function of an academic wooden leg: Test anxiety as a self-handicapping strategy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 314-321.
- Soldt, P. (2003). Primär- und Sekundärprozess. *Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung*, 13, 195-222.
- Soldt, P. (2004a). Primär- und Sekundärprozess im psychischen Geschehen. *Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung*, 14, 107-129.
- Soldt, P. (2004b). Bild – Begriff – Affekt. Das bildlich-anschauliche Denken im psychischen Prozess. *Psychoanalyse im Widerspruch* 32, 7-30.
- Spielberger, C.D. (1980). *Test Anxiety Inventory (<<Test Attitude Inventory>>)*. *Preliminary professional manual*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. & Vagg, P.R. (1987). The treatment of test anxiety: A transactional process model. In R. Schwarzer, H.M. van der Ploeg & C.D. Spielberger (Hrsg.). *Advances in test anxiety research*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Steiner, B. & Krippner, K. (2005). Psychotraumatheorie mit der KIP – eine Übersicht. In: L. Kottje-Birnbacher, E. Wilke, K. Krippner & W. Dieter (Hrsg.). *Mit Imaginationen Therapieren. Neue Erkenntnisse zur Katathym-Imaginativen Psychotherapie*. Lengerich: Pabst.
- Steiner, B. & Krippner, K. (im Druck). *Psychotraumatheorie. Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Stigler, M. (2005). *Nachttraum – Tagtraum – Katathym-imaginative Psychotherapie*. Unveröffentlichter Vortrag in der Klinik Wyss (Münchenbuchsee) 14.4.2005.
- Stigler, M. & Pokorny, D. (2000). Vom inneren Erleben über das Bild zum Wort. KiP-Texte im Lichte computergestützter Inhaltsanalyse. In: H. Salvisberg, M. Stigler & V. Maxeiner (Hrsg.). *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Bern: Hans Huber.
- Stigler, M. & Pokorny, D. (2001). Emotions and primary process in Guided Imagery Psychotherapy: Computerized text-analytic measures. *Psychotherapy Research*, 11 (4), 415-431.
- Stöber, J. & Pekrun, R. (2004). Advances in test anxiety research. *Anxiety, Stress, and Coping*, 17 (3), 205-211.

- Stroebe, W., Jonas, K. & Hewstone, M. (2003). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer.
- Tress, W. (1981). Emotionales Erleben und Angstbewältigung: zwei psychotherapeutische Wirkfaktoren im Vergleich. *Psychotherapie Medizin Psychologie, 31*, 151-156.
- Trösken, A.K. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Ressourcenpotentiale und Ressourcenrealisierung aus konsistenztheoretischer Sicht*. Unveröffentlichte Dissertationsschrift. Bern: Institut für Psychologie der Universität.
- Trösken, A.K. & Grawe, K. (2004). Inkongruenzerleben aufgrund brachliegender und fehlender Ressourcen: Die Rolle von Ressourcenpotentialen und Ressourcenrealisierung für die psychologische Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 1*, 51-62.
- Wächter, H.M. & Pudiel, V. (1980). Kontrollierte Untersuchung einer extremen Kurzpsychotherapie (15 Stunden) mit dem Katathymen Bilderleben. In: H.C. Leuner (Hrsg.). *Katathymes Bilderleben – Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Wächter, H.M. & Rüger, U. (1994). Das Katathyme Bilderleben. In: A. Heigl-Evers, F. Heigl & J. Ott. *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weiss, D., Marmar, C.R. & Horowitz, M.J. (1988). Do the ways in which psychotherapy process ratings are made make a difference? The effects of mode of presentation, segment and rating format on interrater reliability. *Psychotherapy, 25*, 44-50.
- Weiß, H.-J. (1997). *Prüfungsangst: Symptome, Ursachen, Bewältigung*. Würzburg: Lexika.
- West, A.N. (1991). Primary process content in the King James Bible: The five stages of christian mysticism. *Computers and the Humanities, 25*(4), 227-238.
- Wietersheim, J. von, Wilke, E., Röser, M. & Meder, G. (2003). Ergebnisse der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Die Effektivität der Katathym-imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. *Psychotherapeut, 48*, 173-178.
- Wilke, E. (1982). Eine psychotherapeutische Behandlung von Colitis ulcerosa mit dem Katathymen Bilderleben. In: H.C. Leuner (Hrsg.). *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Ergebnisse II*. Bern: Hans Huber.

- Willutzki, U. (2000). Ressourcenorientierung in der Psychotherapie – eine „neue“ Perspektive? In: M. Hermer (Hrsg.). *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: dgvt.
- Willutzki, U. (2003). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In: Schemmel & Schaller (Hrsg.): *Ressourcen: Ein Handbuch und Lesebuch*. Tübingen: dgvt.
- Wine, J.D. (1982). Evaluation anxiety: A cognitive-attentional construct. In H.W. Krohne & L. Laux (Hrsg.). *Achievement, stress and anxiety*. Washington: Hemisphere.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Zeidner, M. (1991). Test anxiety and aptitude test performance in an actual college admissions testing situation: Temporal considerations. *Personality and Individual Differences, 12*, 101-109.

10 Onlinequellenverzeichnis

- Fliegel, St. (1998). *Prüfungsangst*. Verfügbar unter <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/EMOTION/Pruefungsangst.shtml> [11. Oktober 2005].
- Grawe, K. (1994). Einführungsreferat von Prof. Klaus Grawe auf dem Psychotherapiekongress 1994 in Hamburg. *Erläuterung vier grundlegender therapeutischer Wirkprinzipien und die Anwendung auf therapeutische Schulen zur Beurteilung ihrer Wirksamkeit*. Verfügbar unter www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-1.html [12. Juni 2005].
- Grawe, K. (2003). Psychologische Therapie I. *Fragen & Antworten von Studierenden zur Veranstaltung. WS 2003/04*. Verfügbar unter www.cx.unibe.ch/~grawe/lehre/therapie1/fragen/fua060104.pdf [12. Juni 2005].
- Grawe, K. (2004b). Vortrag in Berlin. *Von der Verhaltenstherapie zur Neuropsychotherapie?* Verfügbar unter www.cx.unibe.ch/~grawe/vortraege/vortraege.htm [25. Oktober 2005].
- Gumpert, N. (2005). *Soziale Phobie*. Verfügbar unter http://www.dr-gumpert.de/html/soziale_phobie.html [29. November 2005].
- Knigge-Illner, H. (2004). *Prüfungsangst verstehen und bewältigen*. Verfügbar unter www.fu-berlin.de/studienberatung/psychotexte/pruefungsangst.html [10. Oktober 2005].

Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Denise Ihme

Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Nadine Salzer