

Korrektive Erfahrungen. Eine Untersuchung der Formen, begleitenden Emotionen und Prozesse.

Inauguraldissertation der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der
Universität Bern

zur Erlangung der Doktorwürde vorgelegt von

Nicola Ferrari

aus Mendrisio

Bern, im September 2014: Selbstverlag.

Von der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern
auf Antrag von Prof. Dr. Franz Caspar und Prof. Dr. Thomas Berger angenom-
men.

Bern, den 29. September 2014 Der Dekan: Prof. Dr. Achim Conzelmann

Für Manuela

“Misura ciò che è misurabile, e rendi misurabile ciò che non lo è” (Galileo Galilei).

(Miss alles, was sich messen lässt, und mach alles messbar, was sich nicht messen lässt.)

Zusammenfassung

Korrektive Erfahrungen werden definiert als „solche, in denen ein Ereignis oder eine Beziehung auf unterschiedliche und unerwartete Art erlebt werden“ (Castonguay & Hill, 2012a, S. 5, Übers. v. Verf.). Obwohl sie als bedeutsamer psychotherapeutischer Wirkfaktor gelten, wurden dazu bisher kaum empirische Untersuchungen durchgeführt. Selbst Annahmen über basale Eigenschaften, wie Häufigkeit und Dauer korrekativer Erfahrungen, gründeten grösstenteils ausschliesslich auf theoretischen Überlegungen.

Auf Grund dieses Forschungsdesiderates bestand das erste Ziel der vorliegenden Arbeit darin, datengestütztes Wissen über die Phänomenologie korrekativer Erfahrungen zu etablieren. Dazu wurden in der ersten von drei *Studien* insgesamt 76 Interviews von Psychotherapie-Patientinnen und -Patienten durchgeführt, wobei 42 Patientinnen und Patienten über das Vorkommen korrekativer Erfahrungen während je einer psychotherapeutischen Sitzung und 34 über das Vorkommen während ganzer Psychotherapien interviewt wurden. Dies ermöglichte es, diverse Eigenschaften korrekativer Erfahrungen wie Häufigkeit, Dauer, Intensität, Wiederholungen, Ort des Vorkommens, Adaptivität und Wirken von Kontextfaktoren zu beschreiben. Bei der späteren Integration der Befunde ergaben sich zwei Grundformen korrekativer Erfahrungen. Am häufigsten waren „kumulative korrektive Erfahrungen“, welche aus mehr als einer Episode bestanden und üblicherweise während unterschiedlicher Psychotherapie-Sitzungen stattfanden. Seltener gab es korrektive Erfahrungen, die aus einem einmaligen Ereignis bestanden.

Den Emotionen im Zusammenhang mit korrektiven Erfahrungen wurde als besonders wichtiger phänomenologischer Eigenschaft eine eigene *Studie* gewidmet. Darin wurde erstens untersucht, ob sich sechs Emotionen (negative Emotionen, positive Emotionen, Angst, Ärger, Traurigkeit, „Sich-Verstanden-Fühlen“) von Patienten in Psychotherapie-Sitzungen mit einer einzelnen korrektiven Erfahrung ($n = 8$) von Emotionen von Psychotherapie-Sitzungen ohne eine korrektive Erfahrung ($n = 4$) unterschieden. Die zweite Fragestellung betraf Unterschiede der Emotionen zu den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen, die in denselben acht Psychotherapie-Sitzungen vorkamen. Diese Emotionen wurden basierend auf Videoaufnahmen fremdeingeschätzt. Daraus ergab sich, dass Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung in den Emotionen „negative Emotionen“, „positive Emotionen“, Traurigkeit und Sich-Verstanden-Fühlen deskriptiv höhere Werte als Sitzungen ohne eine korrektive Erfahrung aufwiesen. Diese Emotionen zeigten tendenziell *während* korrekativer Erfahrungen die höchsten, *nach* korrektiven Erfahrungen die tiefsten Ausprägungen. Angst und Ärger bildeten hingegen andere Verläufe.

Zusätzlich zur Beschreibung der Phänomenologie korrekativer Erfahrungen ist im Hinblick auf die klinische Relevanz das Nachvollziehen von zugrunde liegenden Prozessen eminent wichtig. Demzufolge bestand darin das zweite Ziel der vorliegenden Arbeit. Die Prozesse korrekativer Erfahrungen wurden dabei mit einer Anwendung konnektionistischer Modelle

(Caspar & Berger, 2007; 2012) abgebildet. Mit dieser Anwendung wurde, vereinfacht gesagt, postuliert, dass der Leidensdruck vorübergehend zunehmen muss, damit eine korrektive Erfahrung zu nachhaltigen positiven Folgen führen kann. Der empirischen Überprüfung dieses Postulats diene bereits teilweise die zweite *Studie* zum Verlauf von Emotionen bei korrektiven Erfahrungen. Wesentlicher war jedoch die dritte *Studie* mit den qualitativen Auswertungen von 125 korrektiven Erfahrungen, die im Rahmen von 73 der 76 erwähnten Interviews geschildert worden waren. Dabei zeigte sich die angenommene Zunahme des Leidensdruckes in ungefähr drei Vierteln der korrektiven Erfahrungen. Insgesamt erwiesen sich konnektionistische Modelle als geeignet, um die zugrunde liegenden Prozesse korrektiver Erfahrungen darzustellen.

Im Verlauf der vorliegenden Dissertation wurde eine grosse Datenmenge erfasst. Diese sind im Anhang dokumentiert und in den Archiven der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ und der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“, beide Universität Bern, abgespeichert. Mit diesen Daten wurde eine Basis geschaffen, die erlaubt, weitere Untersuchungen zu korrektiven Erfahrungen durchzuführen und damit neue empirische Antworten auf bisher offene Fragen zu geben.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
Inhaltsverzeichnis	8
Dankesworte	15
1 Einleitung	17
1.1 Fragestellungen	20
2 Allgemeiner theoretischer Hintergrund	24
2.1 Korrektive Erfahrungen	24
2.1.1 Forschungsfragen und methodische Ansätze	26
2.1.2 Therapeutische Ereignisse.....	28
2.1.2.1 Korrektive Erfahrungen im Kontext der Psychologischen Therapie.....	29
2.2 Konnektionistische Modelle	31
2.2.1 States of Mind im Kontext der Konfigurationsanalyse.....	34
2.2.2 Der Nutzen konnektionistischer Modelle für die Modellierung korrekativer Erfahrungen	35
3 Das Forschungsprojekt „Korrektive Erfahrungen“	39
3.1 Ziele.....	39
3.2 Rahmenbedingungen.....	39
3.2.1 Inhaltliche Rahmenbedingungen	39
3.2.2 Materielle Rahmenbedingungen und personelle Ressourcen	39
3.3 Aufbau.....	40
4 Studien	47
4.1 Interviewerinnen und Interviewer	48
4.2 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen	48
4.2.1 Stichprobe Sitzungen.....	48
4.2.2 Interview Sitzungen.....	49
4.3 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Therapien.....	52
4.3.1 Stichprobe Therapien	52
4.3.2 Interview Therapien	53
4.4 Codierungen und Ratings der Interviews	55
4.5 Erwartungshaltungen	55
4.6 Ethische Überlegungen.....	58

4.6.1	Patientinnen und Patienten	58
4.6.2	Therapeutinnen und Therapeuten	60
5	Studie 1: Formen korrekativer Erfahrungen	62
5.1	Einleitung	62
5.1.1	Fallbeispiel: Herr A.	62
5.1.2	Therapeutische Ereignisse auf der Ebene von Sitzungen	63
5.1.2.1	Fallbeispiel: Herr A.	63
5.1.2.2	Anzahl Therapeutischer Ereignisse pro Sitzung	63
5.1.2.3	Anzahl Episoden von Therapeutischen Ereignissen während Sitzungen	63
5.1.2.4	Dauer	64
5.1.2.5	Sitzungsphase mit Therapeutischen Ereignissen	64
5.1.2.6	Adaptivität	64
5.1.2.7	Neuheit	65
5.1.2.8	Kontext	65
5.1.3	Therapeutische Ereignisse auf der Ebene von ganzen Therapien	65
5.1.3.1	Fallbeispiel: Herr A.	65
5.1.3.2	Anzahl Therapeutische Ereignisse pro Therapie	66
5.1.3.3	Therapiephase mit Therapeutischen Ereignissen	66
5.1.3.4	Adaptivität	66
5.1.3.5	Vorkommen während und zwischen Sitzungen	67
5.1.3.6	Anzahl Episoden von Therapeutischen Ereignissen auf der Ebene von ganzen Therapien	67
5.1.3.7	Intensität	67
5.1.3.8	Bedarf an Wiederholung von Therapeutischen Ereignissen	68
5.2	Fragestellungen	68
5.3	Methoden	68
5.3.1	Stichprobe	68
5.3.2	Erfassung topographischer Eigenschaften	68
5.3.3	Sekundäre Auswertungen (Formen)	69
5.4	Befunde	69
5.4.1	Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen	69
5.4.1.1	Anzahl korrekativer Erfahrungen pro Sitzung	69

5.4.1.2	Anzahl Episoden von korrektiven Erfahrungen während Sitzungen	70
5.4.1.3	Dauer	70
5.4.1.4	Sitzungsphase mit korrektiven Erfahrungen	70
5.4.1.5	Adaptivität	70
5.4.1.6	Neuheit	70
5.4.1.7	Kontext	71
5.4.2	Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Therapien	72
5.4.2.1	Anzahl korrekativer Erfahrungen pro Therapie.....	72
5.4.2.2	Therapiephasen mit korrektiven Erfahrungen	72
5.4.2.3	Adaptivität	73
5.4.2.4	Vorkommen während und zwischen Sitzungen	73
5.4.2.5	Anzahl Episoden von korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Therapien	73
5.4.2.6	Intensität	74
5.4.2.7	Bedarf an Wiederholung von korrektiven Erfahrungen.....	74
5.5	Diskussion	75
5.5.1	Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen	75
5.5.2	Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Therapien	76
5.5.3	Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen und von ganzen Therapien: eine integrative Sicht.....	76
5.5.4	Limitationen	78
6	Studie 2: Emotionen in korrektiven Erfahrungen.....	79
6.1	Einleitung	79
6.2	Fragestellungen	80
6.3	Methoden	80
6.3.1	Stichprobe	80
6.3.2	Identifizierte korrektive Erfahrungen.....	81
6.3.3	Ratings der Emotionen	83
6.3.4	Statistische Auswertungen.....	84
6.4	Befunde.....	85
6.4.1	Hypothese 1: Vergleich der emotionalen Aktivierung zwischen Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung und Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen.....	85
6.4.2	Hypothese 2: Emotionsverläufe <i>vor</i> , <i>während</i> und <i>nach</i> korrektiven Erfahrungen ...	86

6.5	Diskussion	89
6.5.1	Limitationen	92
7	Studie 3: Prozesse korrektiver Erfahrungen	93
7.1	Einleitung	93
7.2	Fragestellungen	93
7.3	Methoden	94
7.3.1	Stichprobe	94
7.3.2	Sammlung von Rohdaten zu Spannungslandschaften	94
7.3.3	Interview-Auswertungen.....	95
7.3.3.1	Fallbeispiel: Frau B.....	96
7.3.3.2	Bildung von Zuständen	97
7.3.3.2.1	Fallbeispiel: Frau B.	99
7.3.3.2.2	Übereinstimmungsprüfung.....	103
7.3.3.2.2.1	Schritt 1: Zustände als Ganzes	104
7.3.3.2.2.2	Schritt 2: Zustandsinhalte ohne Berücksichtigung der Ebenen	104
7.3.3.2.2.3	Schritt 3: Zustandsinhalte mit Berücksichtigung der Ebenen.....	106
7.3.3.3	Art der Zustände.....	107
7.3.3.3.1	Fallbeispiel: Frau B.	108
7.3.3.3.2	Übereinstimmungsprüfung.....	108
7.3.3.4	Spannungsverhältnisse.....	108
7.3.3.4.1	Fallbeispiel: Frau B.	109
7.3.3.4.2	Übereinstimmungsprüfung.....	109
7.3.3.5	Aktivierungsreihenfolge	110
7.3.3.5.1	Fallbeispiel: Frau B.	110
7.3.3.5.2	Übereinstimmungsprüfung.....	110
7.3.3.6	Aktivierungszeitpunkt.....	110
7.3.3.6.1	Fallbeispiel: Frau B.	111
7.3.3.6.2	Übereinstimmungsprüfung.....	111
7.3.3.7	Forschungsaufwand	112
7.3.4	Sekundärauswertungen	112
7.4	Befunde.....	113
7.4.1	Basis-Spannungslandschaften	113
7.4.2	Übergeordnete Spannungslandschaften.....	117

7.4.2.1	Über den Hügel.....	118
7.4.2.2	Zweimal über den Hügel.....	119
7.4.2.2.1	Fallbeispiel: Herr C.	120
7.4.2.3	Wenn ich an mir arbeite, geht es mir besser	125
7.4.2.3.1	Fallbeispiel: Herr D.	125
7.4.2.4	Es tut nur weh	130
7.4.2.4.1	Fallbeispiel: Frau E.	130
7.4.2.5	Es geht mir schlechter / Es ändert sich nicht viel	132
7.4.2.5.1	Fallbeispiel: Frau F.....	132
7.5	Diskussion	136
7.5.1	Methode zur reliablen Erfassung von Spannungslandschaften	136
7.5.2	Spannungslandschaften	137
7.5.3	Limitationen	141
8	Diskussion.....	142
8.1	Integrierende Zusammenfassung der Befunde.....	142
8.2	Phänomenologie korrektiver Erfahrungen.....	146
8.3	Korrektive Erfahrungen als Psychotherapie-Prozesse.....	147
8.4	Relevanz der Befunde.....	150
8.5	Limitationen.....	151
9	Literaturverzeichnis.....	153
	Anhang.....	168
	Interviews.....	169
	Interview-Materialien	172
	BSR-Interviews.....	172
	Teilnehmenden-Information	172
	Einführung in das Untersuchungsobjekt	174
	Fragenkatalog „Sitzung“	178
	Self-Assessment Manikin.....	179
	Leitfaden BSR.....	182
	Erfassung Zusammenhänge zwischen korrektiven Erfahrungen und GAS-Zielen.....	190
	Fragen zu den Folgen des Ereignisses	192
	EMO-Check.....	197

Empfangsbestätigung Versuchspersonen-Geld	200
HEKSP-Interviews.....	201
Fragenkatalog „Therapie“	201
Leitfaden HEKSP	202
Zwischen- und Follow-up-Messungen.....	210
Fragebögen für Therapeutinnen und Therapeuten	215
TER-Fragebogen.....	215
HEKST-Fragebogen.....	236
Emotionsratings.....	260
Interview-Auswertungen	261
Topographische Daten.....	261
Interrater-Reliabilität der Variable „Adaptivität korrektiver Erfahrungen“	262
Erwartungshaltungen	263
Spannungslandschaften.....	266
Schritt 1a: Individuelle Notizen	266
Schritt 1b: Von R1 und R2 individuell erstellte Zustände.....	267
Beurteilenden-Übereinstimmung	268
Übereinstimmung der Beurteilenden-Übereinstimmung	269
Schritt 1c: Von R1 und R2 individuelle erstellte Spannungslandschaften.....	270
Schritt 2a: Von R1 und R2 im Konsens erstellte Zustände	271
Schritt 2b: Von R1 und R2 im Konsens erstellte Spannungslandschaften	272
Schritt 3a: Von R3 und R4 individuell erstellte Spannungslandschaften	273
Beurteilenden-Übereinstimmung	274
Übereinstimmung der Beurteilenden-Übereinstimmung	275
Schritt 3b: Von R3 und R4 im Konsens erstellte Spannungslandschaften	276
Schritt 4a: Von R1 und R3 im Konsens erstellte Zustände	277
Schritt 4b: Von R1 und R3 im Konsens erstellte Spannungslandschaften	278
Sekundäre Auswertungen von Spannungslandschaften	279
Themen korrektiver Erfahrungen	279
Auslöser und erleichternde Bedingungen korrektiver Erfahrungen	280
Übereinstimmung zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten	281

Ausmass an Zustandsveränderung durch korrektive Erfahrungen	282
Erklärung zur Dissertation	283
Lebenslauf	284

Dankesworte

Die vorliegende Dissertation, und damit auch zahlreiche intensive und unvergessliche Momente meines Lebens, wäre ohne die Unterstützung unzähliger Personen nicht möglich gewesen. Da ich leider nicht alle namentlich erwähnen kann, möchte ich zuerst allen aus tiefstem Herzen danken.

Ganz besonders auch Herrn *Prof. Dr. Franz Caspar*, der das Projekt „Korrektive Erfahrungen“ an der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern entwickelt und mit seinen Schriften über konnektionistische Modelle inspiriert hat. Er stand mir während der fünfjährigen Durchführungsphase meines Projektteils mit seinem profunden Fachwissen und seiner methodischen Expertise mit Rat und Tat zur Seite. Ausserdem stellte er die Forschungsinfrastruktur und die fünfjährige Assistenzstelle zur Verfügung, die mir die Arbeit am Projekt erst ermöglichten.

Überdies sprang Herr *Prof. Dr. Thomas Berger* als zweiter Projektleiter vor allem dann ein, wenn der Prozess stockte, Probleme unlösbar erschienen und eine Aussenperspektive notwendig war. Mit seiner Ruhe und seinen brillanten Einfällen wurden Probleme gelöst und Zuversicht geschaffen. Im Weiteren wirkte er als Koautor bei einem weiteren Manuskript mit und übernahm freundlicherweise die Zweitbegutachtung der vorliegenden Dissertation.

Für die Berechnung von Beurteilenden-Übereinstimmungen und Interrater-Reliabilitäten und für einige Design-Fragen waren in Lehrbüchern nicht immer Lösungen zu finden. Doch da wusste *Dr. phil. Niklaus Stulz* erstklassigen Rat, der ermöglichte, eine hohe Qualität der Ergebnisse zu gewährleisten und zu überprüfen. Einen validen Dank, Niklaus!

Ein spezieller Dank gilt den Master- und Bachelorstudierenden, die die empirischen Auswertungen durchführten. Diese waren *MSc. Moritz Pohlmann, MSc. MA. Martine Möri, MSc. Silja Renggli, MSc. Matthias Rusch, MSc. Rhea Balderer, MSc. Eva Marti, BSc. Franziska Dähler, BSc. Carmen Walker, BSc. Philip Woitas, BSc. Miriam Jost, BSc. Nicole Simon, BSc. Daniela Wittwer, BSc. Daniela Schmid, BSc. Christina Strahm* und *MSc. Franziska Schafroth*. Mit ihren Interview-Durchführungen und Auswertungen stellten sie die Datenbasis her, was sie unermüdlich in spannenden, manchmal wohl auch strapazierenden Stunden leisteten. Da diverse methodische Schritte erst im Laufe ihrer Entwicklung und mehrmaliger Erprobung ihre definitive Form annehmen konnten, wurden sie auch durch die Studierenden mitgetragen und geprägt. Darüber hinaus waren aber diese Studierenden diejenigen Personen, mit denen ich am meisten gemeinsame Forschungszeit verbrachte. Ich hatte das Glück, begabte und motivierte Studierende zu haben, mit denen nicht nur eine intensive und fruchtbare Zusammenarbeit möglich war, sondern auch viele menschliche Begegnungen. Diese gemeinsamen Forschungszeiten gehören zu den schönsten meines Dissertationsprozesses.

Eine produktive und häufig humorvolle Zusammenarbeit bestand mit *MSc. MA. Martine Möri*, zusätzlich auch im Rahmen ihrer Funktion als Projektmitarbeiterin. Ich glaube, dass niemand anders die damit verbundenen Aufgaben auf dermassen geduldige und einwandfreie Art hätte übernehmen können. Hunderttausend Dank, Martine!

Mit unermesslichem und unersetzlichem Engagement lektorierten *MSc. ETH Umweltnaturwissenschaften Manuela Ferrari, Dr. phil. I Gabriela Schwarz-Zanetti* und *MSc. Moritz Pohlmann* die vorliegende Dissertation oder Teile davon. Ich hatte das Glück, zwei Lektorinnen und einen Lektor zu haben, die nicht nur sprachlich sondern auch wissenschaftlich äusserst versiert sind. Das half mir immer wieder, bereits Geschriebenes in Frage stellen zu können und eine grössere Klarheit der Gedankengänge zu gewinnen. Diese Auseinandersetzungen haben die ganze Arbeit wertvoller gemacht. Manuela, Gabriela und Moritz: Mein wertvollster Dank gilt Euch!

Meine Eltern, *Raffaella und Marcello Ferrari*, haben meinen ganzen Werdegang bedingungslos unterstützt. Sie haben immer an mich geglaubt, was mir das Selbstvertrauen schenkte, um auch in schwierigen Momenten durchzuhalten und den Promotionsprozess zu Ende zu bringen. Grazie, mam e pa'!

MSc. ETH Umweltnaturwissenschaften Manuela Ferrari schenkte mir kurz vor Beginn der Dissertation den ersten Kuss und kurz vor Abschluss der Dissertation das Ja-Wort und unseren Sohn *Miron*. Die Bedeutung ihrer Liebe und ihrer Begleitung der vorliegenden Dissertation ist mit Worten nicht zu beschreiben. Manuela, alle unsagbaren Dankesworte sind für Dich.

Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten haben für das Forschungsprojekt viel Persönliches von sich preisgegeben. Ich bin ihnen dankbar und hoffe, dass ich ihnen in den Auswertungen gerecht wurde. Damit könnte ich sagen, von ihnen am meisten gelernt zu haben.

1 Einleitung

Laut dem *Handbook of psychotherapy and behavior change* befasst sich Psychotherapie-Prozessforschung mit „actions, experiences, and relatedness of patient and therapist in therapy sessions when they are physically together, and ... actions and experiences of participants specifically referring to one another that occur outside of therapy sessions when they are not physically together“ (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004, S. 311) und “changes occurring within the patient over the course of psychotherapy that are hypothesized to have a causal relation with treatment outcome“ (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013, S. 299). Unter Psychotherapie-Prozesse fallen gemäss dieser Definition sowohl die eigentlichen Prozesse (s. erster Definitionsteil nach Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004) als auch “Mini-Outcomes“ (s. zweiter Definitionsteil nach Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013), welche erste Folgen der Prozesse sein können (Crits-Christoph, Connolly Gibbons & Mukherjee, 2013). Beide können zum gesamthaften Therapie-Outcome (definiert als „change in problems, symptoms, and functioning“; Crits-Christoph, et al., 2013, S. 299) beitragen (s. Abbildung 1).

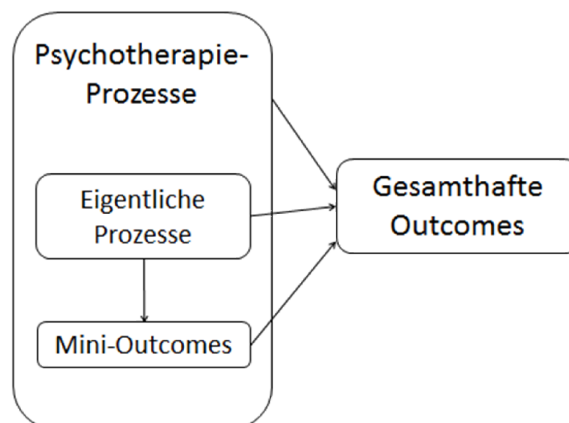


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen „Psychotherapie-Prozessen“, „Mini-Outcomes“ und „Gesamthaften Outcomes“

Untersuchungsobjekte der Psychotherapie-Prozessforschung sind beispielsweise die therapeutische Beziehung, die persönliche und affektive Beteiligung, die Anwendung spezifischer Techniken und die Therapeutenkompetenz (Crits-Christoph, et al., 2013). Diese Art von Forschung ist wichtig, um daraus Empfehlungen für die klinische Praxis abzuleiten (Crits-Christoph, et al., 2013) und um Psychotherapie empirisch zu fundieren (Grawe, 1998).

Psychotherapie-Prozessforschung hat an der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern eine lange Tradition (Caspar & Znoj, 2011). Auch korrektive Erfahrungen, nämlich derjenige Psychotherapie-Prozessfaktor, der das Forschungsobjekt der vorliegenden Dissertation bildet, wurden bereits mehrmals empirisch unter-

sucht. So hatten sich diverse Masterstudierende der Universität Bern sowie Gassmann (2002) in seiner Dissertation damit befasst.

In jenen Arbeiten wurden korrektive Erfahrungen vor dem Hintergrund der Konsistenztheorie von Grawe (1998) definiert und mittels der Skalen des „Berner Patientenstundenbogens“ (Flückiger, Regli, Zwahlen, Hostettler, & Caspar, 2010) operationalisiert. Diese früheren Arbeiten bildeten somit zwar eine Teilbasis für die vorliegende Dissertation, letztere kann jedoch nicht als deren Fortsetzung verstanden werden. Im Unterschied dazu wurden bei der vorliegenden Dissertation nämlich sowohl der theoretische Hintergrund als auch die Operationalisierung der korrektiven Erfahrung allgemeiner und theoriefreier gehalten (s. Kap. 2.1.2.1).

Die Grundlage hier bildete vielmehr der unveröffentlichte Entwurf des Forschungsprojekts von Caspar und Berger (2006) unter dem Titel „Corrective experience and models of cognitive-emotional regulation“. Im Folgenden ist mit „Forschungsprojekt korrektive Erfahrungen“ oder mit „vorliegendem Forschungsprojekt“ dasjenige Forschungsprojekt gemeint sein, welches aus jenem Entwurf resultierte und innerhalb dessen die vorliegende Dissertation entstanden ist.

Das „Forschungsprojekt korrektive Erfahrungen“ war Teil eines internationalen Forschungspuzzles. Franz Caspar ist Mitglied einer immer noch existierenden internationalen Arbeitsgruppe von Praktizierenden und Forschenden unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen, die sich von 2006-2012 mit dem Thema „Corrective Experiences“ beschäftigt hat. In diesem Rahmen sind verschiedene theoretische und empirische Projekte entstanden und wurden in der Arbeitsgruppe konzeptionell ausgearbeitet. Zwei Ergebnisse dieser intensiven Zusammenarbeit stehen der grösseren Forschungsgemeinschaft bereits zur Verfügung. Zum einen handelt es sich um einen Herausgeberband (Castonguay & Hill, 2012b), in welchem verschiedene theoretische Ansätze und empirische Untersuchungen gesammelt und in einem zusammenfassenden Kapitel (Hill et al., 2012) integriert worden sind. Zum anderen geht es um eine generelle, konsensuelle Definition der korrektiven Erfahrung:

“Corrective Experiences are ones in which a person comes to understand or experience affectively an event or relationship in a different and unexpected way” (Castonguay & Hill, 2012a, S. 5).

Diese Definition bildete den gemeinsamen Nenner der international durchgeführten Projekte und sie war auch die Basis der vorliegenden Dissertation. Im Kap. 2.1 wird vertieft darauf eingegangen.

Im Entwurf des Forschungsprojekts von Caspar und Berger (2006) befanden sich theoretische Grundrisse, Erkenntnisziele und Vorschläge für eine empirische Erforschung von korrektiven Erfahrungen. Schwerpunktmässig ging es um die Anwendung allgemeinpsychologi-

scher Modelle (Konnektionismus und „Landschaftsmodell“, s. Kap. 2.2) am Forschungsgegenstand „Korrektive Erfahrungen“, wie dies in einer theoretischen Handhabung zum Thema „Einsicht“ bereits geschehen war (Caspar & Berger, 2007). Ebenso sollten zusätzliche Aspekte korrektiver Erfahrungen exploriert werden. Drei der im Entwurf formulierten Erkenntnisziele werden im Folgenden ausführlich zitiert:

What are corrective experiences? ...

An ... issue will be to describe and distinguish various „corrective experiences“ in terms of how many types or levels of representations a specific experience of a client, or a therapist's intervention may challenge simultaneously. That is, an experience or intervention may question e.g. only rational cognitions or it may challenge several levels of representations at once, like cognitive, emotional, behavioral and motivational structures. Another issue ... is the question to what extent a patient needs to be de-stabilized as a condition for corrective experiences. This question is also related to the question of whether a high level of emotional arousal is needed as a prerequisite of corrective experiences, or rather an epiphenomenon of them. ...

What facilitates corrective experiences in therapy?

An emphasis will ... be on the perspective of psychological and neurobiological states in which individuals can be and which can make them more or less receptive to the effects of interventions. ... we will concentrate on the question of how to bring about receptive or malleable states (Caspar & Berger, 2006, S. 1-2).

Zusätzlich zu diesen drei Erkenntniszielen wurden fünf Fragestellungen formuliert, wobei sich die ersten drei auf den Zusammenhang zwischen Art und Vorkommen korrektiver Erfahrungen und Outcomes bezogen. Relevant für die vorliegende Dissertation waren jedoch nur die vierte und fünfte Fragestellung:

4. Is there any relationship between a self-organized vs. consciously regulated mode and the intensity/frequency of positive or negative experiences?

5. Use of the rich material planned to gather: What kind of corrective experiences are important according the therapists? What kind of positive and negative experiences do therapists and patients report? What do they think are the reasons leading to the corrective or negative experiences? etc. (Caspar & Berger, 2006, S. 3).

Es sind also die konzeptuelle Ausarbeitung und die empirische Umsetzung der im Gesamtprojekt entworfenen Erkenntnisziele und Fragestellungen, die die Hauptaufgaben der vorliegenden Dissertation bildeten. Für einige der formulierten Erkenntnisziele werden erste empirische Antworten geliefert werden. Für weitere Erkenntnisziele wurde eine qualitativ und quantitativ geeignete Datenbasis geschaffen. Diese Daten sind in den elektronischen Archiven der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ und in der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern abgespeichert und können mit verhältnismässig geringem zusätzlichem Auswertungsaufwand zur Beantwortung anderer Fragestellungen beitragen (s. Kap. 3.3 und Anhang).

Im folgenden Unterkapitel werden drei zusätzliche Fragestellungen eingeführt, die gleichzeitig als Teilfragestellungen der oben erwähnten Erkenntnisziele und Projekt-Fragestellungen dienen. Für diese drei neuen Fragestellungen konnten im Rahmen der vorliegenden Dissertation empirische Antworten gewonnen werden. Erste Präsentationen von Teilen dieser Ergebnisse waren bereits im Rahmen von Kongressen durchgeführt worden (Caspar, Ferrari, & Berger, 2013; Caspar, Ferrari, & Pohlmann, 2010; Caspar, et al., 2012; Ferrari & Caspar, 2011, 2012, 2013). Eine zusätzliche schriftliche Darstellung durch den Autor in Form von Zeitschriftenartikeln ist für einen späteren Zeitpunkt geplant. Für weitere bereits vorliegende empirische Antworten, die in der vorliegenden Dissertation nicht dargestellt wurden, sei auf die vom Autor betreuten Master- und Bachelorarbeiten verwiesen, insbesondere auf die Masterarbeiten von Pohlmann (2011), Möri (2012), Renggli (2013), Rusch (2013) und Marti (2013) und auf die Bachelorarbeiten von Walker (2011) und Wittwer (2013).

1.1 Fragestellungen

Der Psychoanalytiker Franz Alexander prägte 1946 den wegleitenden Begriff der „korrektiven *emotionalen* Erfahrung“ (Alexander & French, 1946, kursiv v. Verf.). Seither wurde der Begriff theoretisch häufig aufgegriffen und weiterentwickelt und im Laufe der Zeit mehr und mehr auch von Autoren anderer psychotherapeutischer Richtungen verwendet (s. Kap. 2.1). Die Verbreitung des Begriffes trug zu dessen diversifizierteren Verwendung bei, wobei auch der Passus „emotional“ wegfiel und bloss noch von der „korrektiven Erfahrung“ gesprochen wurde. Die empirischen Untermauerungen des unterschiedlich verstandenen Begriffes liefen jedoch nicht parallel zu dessen theoretischen Entwicklung. Zwar wurde das Konzept in Einzelfallanalysen näher beschrieben (Alexander & French, 1946; Binder, 2007; Bridges, 2006; Casement, 1990; Frank & Ascher, 1951; Knight, 2005; Pines, 1990; Wasserman, 1999), doch blieb die empirische Grundlage insgesamt spärlich (Castonguay & Hill, 2012b; Thomä & Kächele, 1989), und dies obwohl korrektiven Erfahrungen eine grosse Bedeutsamkeit für den Therapieerfolg zugemessen wird (Alberti, 2012; Goldfried, 1980).

Die Grenzen des ohnehin nicht einheitlich beschriebenen Begriffes der korrektiven Erfahrung könnten weiter ausgedehnt werden, um ähnliche Konstrukte, die unter dem Begriff „Therapeutische Ereignisse“ zusammengefasst werden können, miteinzubeziehen (s. Kap. 2.1.2). Damit ist aber der Erforschung der korrektiven Erfahrungen, wie sie gemäss dem erwähnten internationalen Konsens definiert werden (s. S. 18), nur teilweise gedient. Zu korrektiven Erfahrungen – auf jene allgemeine Weise definiert – sind nämlich sogar grundlegende Daten, z. B. über Vorkommen, Häufigkeiten, Wiederholungen und Intensität, nur spärlich vorhanden; gänzlich fehlen sie jedoch für korrektive Erfahrungen in der Psychologischen Therapie nach Grawe (1998), auf deren Basis die Patienten der vorliegenden Studie untersucht wurden (s. dazu Kap. 2.1.2.1). Diese grundlegenden Angaben werden nach Elliott und Shapiro (1988) „topographisch“ genannt. Im Sinne dieser Metapher wird hier pos-

tuliert, dass die jeweiligen Ausprägungen der topographischen Eigenschaften einer korrekativen Erfahrung ihre jeweilige Form bilden.

Mit der ersten Fragestellung sollen also topographische Eigenschaften von korrektiven Erfahrungen untersucht werden:

F1) Wie sieht die Topographie korrektiver Erfahrungen aus?

Zur genaueren Präsentation der ersten Fragestellung siehe *Studie 1* (Kap. 5).

Eine Ebene tiefer positioniert sind Studien zu Prozessen, die korrektiven Erfahrungen zugrunde liegen. Auch hierzu existieren bereits zahlreiche theoretische Annahmen, aber nur wenige empirische Untersuchungen (Anderson, Ogles, Heckman, & MacFarlane, 2012; Castonguay et al., 2012; Knox, Hess, Hill, Burkard, & Crook-Lyon, 2012; Sharpless & Barber, 2012). Auch für die Anwendung konnektionistischer Modelle bei korrektiven Erfahrungen (s. Caspar & Berger, 2012 und Kap. 2.2.2), welche eine Möglichkeit zur Abbildung von Prozessen korrektiver Erfahrungen darstellt, gab es bis zur hier gegebenen Untersuchung keine empirischen Daten. Diese Anwendung wird im Folgenden eingeführt werden.

Im Wesentlichen wird aus konnektionistischen Modellen abgeleitet, dass der Prozess einer korrektiven Erfahrung die aufeinanderfolgende Aktivität von drei Zuständen - die als zusammen auftretende Kognitionen, Emotionen, Motivationen, Verhaltensweisen u. a. erlebt werden - involviert. Der erste Zustand ist ein meist in sich relativ konsistenter, immer wieder über längere Zeiten aktivierter Zustand. Bei Aktivierung dieses Zustandes treten in der Regel Störungen des Erlebens und Verhaltens auf, was mit „Spannung“ einhergeht. „Spannung“ kennzeichnet in diesem Kontext einen übergeordneten Begriff, der annäherungsweise als Leidensdruck und emotionale Aktivierung erlebt wird.

Im ersten Zustand ist somit in aller Regel ein gewisser Leidensdruck vorhanden. Dieser wird jedoch nur unter bestimmten Umständen unerträglich, so beispielsweise wenn er lange Zeit anhält oder durch veränderte situative Bedingungen intensiviert wird. Dem Modell zufolge muss die Spannung meistens sogar unerträglich werden, damit die betroffene Person genügend motiviert ist oder in die Lage kommt, eine Veränderung herbeizuführen. Dabei kann der erste Schritt darin bestehen, psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Es stellt sich aber die Frage, warum das nicht früher geschieht, zumal die Person ja leidet und davon ausgegangen werden kann, dass sie ein intrinsisches Interesse hat, ihr (scheinbar noch erträgliches) Leiden zu minimieren?

An dieser Stelle kommt eine weitere Modell-Annahme zum Tragen. Diese besagt, dass „benachbarte Zustände“, also Zustände, die unter ähnlichen situativen Bedingungen alternativ aktiv sein könnten, eine noch höhere Spannung aufweisen können. Als Beispiele können ein Zustand der Vermeidung (gerade erträgliche Spannung) und einer der Konfrontation (größere Spannung) aufgeführt werden.

Dem Modell zufolge ist der zweite Zustand der korrektiven Erfahrung ein dem ersten benachbarter Zustand, aber mit grösserer Spannung. Er ist Teil eines nicht länger aufgeschobenen Veränderungsprozesses, dessen grössere Spannung jedoch nicht der einzige Unterschied zum ersten Zustand darstellt. Der zweite Zustand gestaltet sich sogar meistens auf allen Ebenen unterschiedlich zum ersten, denn es sind teilweise andere Kognitionen, Emotionen etc. vorhanden. Damit sind grundlegende Bedingungen für die Entstehung von etwas Neuem, z. B. einer neuen Einsicht, geschaffen, was korrektiv wirken kann.

Als Folge der korrektiven Wirkung des zweiten Zustandes wird der dritte aktiviert. Dieser hat nicht selten wieder mehr gemeinsame Kognitionen, Emotionen etc. mit dem ersten Zustand als der zweite Zustand. Einige davon gestalten sich jedoch unterschiedlich und sind manchmal durch die korrektive Erfahrung erst neu entstanden. Im dritten Zustand ist nach wie vor Spannung vorhanden, aber auf einem tieferen Niveau als im ersten. Diese tiefere Aktivität des dritten Zustandes kann, wie beim ersten, über längere Zeiten aufrechterhalten werden. Gelingt dies als Folge der korrektiven Erfahrung, so schliesst letztere nachhaltige Folgen mit ein.

In der vorliegenden Arbeit wurden zwei Möglichkeiten der empirischen Überprüfung der Anwendung konnektionistischer Modelle am Gegenstand korrektive Erfahrungen umgesetzt. Die erste Möglichkeit betrifft ein erwartetes Korrelat der erhöhten Spannung im zweiten Zustand. Es wird erwartet, dass *während* korrektiver Erfahrungen (im zweiten Zustand) für viele Emotionen eine höhere emotionale Aktivierung vorhanden ist als davor und danach im ersten bzw. dritten Zustand. Dennoch wurde, aufgrund der noch fehlenden Empirie, die übergeordnete Fragestellung explorativ gehalten.

F2) Wie verlaufen die Emotionen bei korrektiven Erfahrungen?

Zur genaueren Präsentation der ersten Fragestellung siehe *Studie 2* (Kap. 6).

Die zweite empirische Überprüfung der Anwendung konnektionistischer Modelle am Gegenstand korrektiver Erfahrungen betraf die Zustände in direkter Form. Mit qualitativen Methoden wurde untersucht, welche Zustände im Ablauf korrektiver Erfahrungen aktiviert sind, und ob die Art und Reihenfolge der aktivierten Zustände den theoretischen Erwartungen entsprachen. Auch hier wurde die Fragestellung explorativ gehalten.

F3) Welche Zustände werden in welcher Reihenfolge während des Ablaufs von korrektiven Erfahrungen aktiviert?

Zur genaueren Präsentation der ersten Fragestellung siehe *Studie 3* (Kap. 7).

An diese Einleitung in den Kontext und in die Fragestellungen der Arbeit schliesst sich nun eine ausführliche Darstellung des theoretischen Hintergrunds an. Dieser gilt als Rahmen für das gesamte Forschungsprojekt „Korrektive Erfahrungen“, welches im Kap. 3 vorgestellt wird. In den Kap. 4-7 folgen die Präsentationen der *Studien 1-3*, wobei zusätzliche studien-

spezifische theoretische Hintergründe und Diskussionspunkte geschildert werden. Im Kap. 8 folgt eine übergeordnete und integrative Diskussion aller Ergebnisse. Zum Abschluss werden Limitationen der Methoden und Befunden diskutiert und Empfehlungen für die klinische Praxis formuliert.

2 Allgemeiner theoretischer Hintergrund

2.1 Korrektive Erfahrungen

Das Konzept der „korrektiven *emotionalen* Erfahrung“ wurde vom Psychoanalytiker Franz Alexander (Alexander & French, 1946) in der Tradition von Ferenczi (Ferenczi & Rank, 1924) geprägt. In dieser Tradition wurde die Rolle des unmittelbaren emotionalen Erlebens gegenüber derjenigen des intellektuellen Verständnisses betont. Alexander veröffentlichte 1946 eine Definition der korrektiven emotionalen Erfahrung, die noch heute von einigen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern verwendet wird (Sharpless & Barber, 2012):

In all forms of etiological psychotherapy, the basic therapeutic principle is the same: to re-expose the client, under more favourable circumstances, to emotional situations which he could not handle in the past. The client, in order to be helped, must undergo a corrective emotional experience suitable to repair the traumatic influence of previous experiences. It is of secondary importance whether this corrective experience takes place during treatment in the transference relationship or parallel with the treatment in the daily life of the client (Alexander & French, 1946, S. 339).

Dieses Konzept wurde vom publizierenden Teil der psychoanalytischen Gemeinschaft aus diversen Gründen als „nicht analytisch“ gewertet und während Jahrzehnten deswegen abgelehnt. Als besonders kritisch erachtete Punkte galten die bewusste Einnahme korrektiver Rollen seitens des Analytikers (was zu einer regressiven Spaltung zwischen idealisiertem Analytiker und entwerteten übrigen Objekten führe und damit eine Generalisierung ausserhalb des therapeutischen Settings erschwere) und eine kurative (sic) Wirkung der Interventionen, die jedoch suggestiv sei und nicht auf Einsicht basiere, und somit nicht analytisch und wiederum deswegen nicht nachhaltig sei (Thomä & Kächele, 1989). Ob diese aus heutiger Sicht als wenig reflektiert erscheinende Kritik – sie nimmt ein Primat „analytischer“ Wirkmechanismen zur Erzeugung nachhaltiger Veränderungen an, jedoch ohne dass dieses Primat genauer definiert und überprüft würde – auch von Praktizierenden geteilt wurde, ist jedoch ungewiss. Jacobs (1990) untersuchte diese Frage und folgte in Bezug auf die klinische Bedeutsamkeit der korrektiven emotionalen Erfahrung: „Every good analysis contains important elements of a corrective emotional experience“ (S. 438). Es ist also durchaus möglich, dass das Konzept der korrektiven emotionalen Erfahrung die klinische Praxis stärker beeinflusste als aufgrund der zahlreichen ablehnenden Schriften angenommen werden könnte.

Diese wirkungsgeschichtlich besondere Situation trug dazu bei, dass zahlreiche Autoren dieses „vergessene“ Konzept der korrektiven emotionalen Erfahrung später wieder entdeckten (Jacobs, 1990). Dazu gehörten auch diverse nicht-psychoanalytische Autoren, die das Konzept ihren jeweiligen theoretischen Hintergründen anpassten (Castonguay & Hill, 2012b). Das Konzept der korrektiven emotionalen Erfahrung – wie es bei vielen psychotherapeutischen Konzepten häufig der Fall sein dürfte – wurde mit der Zeit immer unterschiedlicher verwendet.

Vielleicht teilweise bedingt durch diese Diversität entstand – was wahrscheinlich nicht häufig vorkommt – die bereits erwähnte internationale Arbeitsgruppe von renommierten Forschern und Praktikern unterschiedlicher psychotherapeutischer Richtungen zum Thema „Corrective Experiences“. Diese traf sich zwischen 2006 und 2012 dreimal an der Penn State University (PSU) und formulierte die bereits eingangs der Arbeit aufgeführte konsensuelle Definition der korrektiven Erfahrung (“Corrective Experiences are ones in which a person comes to understand or experience affectively an event or relationship in a different and unexpected way”; Castonguay & Hill, 2012a, S. 5).

Diese Definition wird manchmal nach ihrem Entstehungsort benannt, nämlich als „PSU-Definition der korrektiven Erfahrung“. Neu daran ist die Überlegung, wonach Emotionen kein zwingender Bestandteil von korrektiven (emotionalen) Erfahrungen sein müssen (Caspar & Berger, 2012; Farber, Bohart, & Stiles, 2012), was dazu führte, dass der frühere Passus „emotional“ erneut weggelassen wurde. Somit bekam der Herausgeberband (Castonguay & Hill, 2012b) den Titel „Corrective Experiences“ (und nicht „corrective *emotional* experiences“). Im Folgenden wird mit „korrektive Erfahrung“, wenn nicht anders vermerkt, die PSU-Definition von korrektiven Erfahrungen gemeint sein.

Dass die PSU-Definition im Konsens entstand, bedeutete noch nicht, dass sie von allen Beteiligten für ihre jeweiligen Zwecke direkt angewendet werden konnte. So sind in vielen theoretischen Kapiteln des Herausgeberbandes, welcher von der PSU-Arbeitsgruppe verfasst wurde, Gründe aufgeführt, warum der jeweils eine oder andere Aspekt der Definition in der gegebenen Form nicht übernommen werden kann, oder weshalb diese oder jene Ergänzung vorgenommen werden muss. In den empirischen Kapiteln wird die Definition zwar meistens akzeptiert, die Autorinnen und –autoren der Einzelstudien entfernen sich aber im Rahmen der Operationalisierungen. Kritisch und zugespitzt formuliert könnte somit die konsensuelle Definition als Kompromiss beurteilt werden, mit welchem alle zufrieden, aber niemand restlos glücklich ist.

Auf ähnliche Weise kann auch ein Teil der Fragestellungen für die künftige Forschung kritisiert werden, die im letzten Kapitel des erwähnten Herausgeberbandes formuliert werden (Hill et al, 2012, s. Kap. 2.1.1). Diese bauen nämlich meistens auf der korrektiven Erfahrung gemäss PSU-Definition auf. Betont werden müsste aber zunächst der Bedarf einer konzeptuellen und empirischen Fundierung der Definition. Diese Kritik betrifft auch die vorliegende Dissertation, zumal sie dieselbe Definition als Ausgangspunkt nimmt.

Konzeptuelle Unklarheiten lassen sich jedoch in der psychologischen Forschung kaum vermeiden. Zwei grosse Verdienste der PSU-Arbeitsgruppe werden dadurch allerdings nicht tangiert. Der erste Vorteil ist die genauere und explizitere Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der diversen Konzeptionen als es bis anhin geschehen war. Der zweite Vorteil besteht in der Möglichkeit von Forschung, die einen explizit definierten gemeinsamen Nenner aufweist. Dies hat bereits zu neuen Studien geführt (Friedlander, Lee, &

Bernardi, 2013; Friedlander et al., 2012) und es ist anzunehmen, dass in nächster Zukunft weitere Studien folgen werden. Dazu gehört auch die vorliegende Dissertation, wobei diese teilweise (*Studie 1* und *Studie 2*) auch ein Versuch ist, ein empirisches Fundament zu korrektiven Erfahrungen gemäss PSU-Definition zu liefern.

Im nächsten Kapitel wird der Forschungsbedarf zu korrektiven Erfahrungen gemäss PSU-Definition genauer beschrieben.

2.1.1 Forschungsfragen und methodische Ansätze

Hill et al. (2012) schlugen im letzten Kapitel des bereits erwähnten Herausgeberbandes (Castonguay & Hill, 2012b) Forschungsfragen vor, die, ausgehend vom heutigen Wissensstand um korrektive Erfahrungen gemäss PSU-Definition, untersucht werden könnten:

How do CEs [Corrective Experiences, Anm. v. Verf.] differ from insight, perceived helpfulness, good therapy, or mastery? Are most CEs observable, or do many of them develop more covertly over time? What is the threshold for considering an event to be a CE? That is, when does an in-session event rise to the level of a CE? What intensity is needed to be considered a CE? What are the necessary components of CEs, and do these differ for Type 1 CEs (resulting from encountering an event that disconfirms one's expectations or fears) and Type 2 CEs (resulting from doing something that disconfirms one's expectations or fears)? In other words, what are the boundaries of CEs? ...

Is affect needed for a CE to occur or endure? How might CEs occur differently in diverse therapeutic orientations (e.g., psychodynamic, cognitive-behavioral, experiential) or different modalities (e.g., group therapy, conjoint family therapy, child therapy)? Can we predict when CEs will occur? How does the therapeutic relationship interact with CEs? Do CEs need to occur rarely to have power, or can "good therapy" simply be understood as a continuous CE? (S. 363-364).

Nach diesen Forschungsfragen wurden auch konkretere Studienobjekte genannt, hier in abgekürzter Form zitiert:

1. ... whether hope is both a crucial indicator and an outcome of CEs.
2. ... to what extent CEs relate to therapy outcome. ... What is the relative contribution of singular CEs, the number of CEs, and the timing of CEs in predicting outcome? ...
3. Rates of occurrence of Type 1 CEs versus Type 2 CEs could be compared, along with any differences in impact over time. ...
4. Are there other types of CEs? ...
5. ... relationship between insight and CEs.
6. The sequence of steps leading to CEs could be examined to construct models of the process of CEs. ...
7. ... interview people who had successful therapy but who identify no CEs to determine what occurred in therapy that was helpful in the absence of CEs.
8. ... test the assumption that CEs must involve new and unexpected reactions, perhaps by having judges observe nonverbal or verbal indicators of surprise markers ... or through client reports of surprise or newness.
9. ... examine the relationship of the occurrence of CEs inside and outside of sessions. ...

10. The effects of clients' CEs on friends and family members could be studied.
11. ... investigate the impact of discussing CEs. ...
12. ... search for a tipping point in the accumulation of CEs ... Do CEs involving a small accretion or a "big bang" have different effects ... ?
13. ... look for associations between CEs and other productive process variables ... (S. 365-367).

Es handelt sich also um eine sehr breite Palette an Forschungsfragen und Studienobjekten, was unter anderem mit dem frühen Forschungsstadium zu begründen ist.

Die im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts gesammelten und ausgewerteten Daten sind gut in diesen Kontext eingebettet. Mit der *Studie 1* werden empirische Antworten zu den Punkten 9 und 12 geliefert; mit der *Studie 2* werden Antworten zur Forschungsfrage zum Vorkommen von Emotionen während korrektiver Erfahrungen erbracht; und mit der *Studie 3* zum Punkt 6 und am Rande zu den Punkten 3 und 4. Im Weiteren wurde im Rahmen des Projekts eine Datenbasis etabliert (s. Kap. 3.3 und Anhang), mit welcher ohne weiteren grösseren Aufwand empirische Antworten zu den Punkten 2, 5, 8 und 13 geliefert werden könnten. Schliesslich kommen in der vorliegenden Arbeit zusätzlich untersuchte Aspekte hinzu, die bei Hill et al. (2012) nicht erwähnt werden.

Hill et al. (2012) setzten sich auch mit möglichen Methoden auseinander, die zur Untersuchung der vielfältigen Aspekte korrektiver Erfahrungen eingesetzt werden können. So sahen sie in einem multiperspektivischen Design eine Basis, um unterschiedliche Datenquellen und Datentypen zu integrieren:

One suggestion ... was to use interpersonal process recall (Kagan, 1975) or brief structured recall (Elliott & Shapiro, 1988) to help clients describe what occurred for them at the time of the CE. ... As one possible multiperspective design, researchers could videotape sessions and have clients observe the video and recall their CE-related experiences, have trained judges code these events, and have therapists recall them as well. Likewise, researchers could use consensual qualitative research for cases (Jackson, Chui, & Hill, 2012) to analyze the richness of event-based data. ... In addition, observer-based coding systems ... might also provide a promising research strategy for identifying what contributes to CEs (S. 365).

Auch in dieser Hinsicht entspricht das vorliegende Forschungsprojekt weitgehend den Empfehlungen von Hill et al. (2012): Eine übersetzte und angepasste Version des Brief Structured Recall (Elliott & Shapiro, 1988) lieferte die Basis für die qualitativen Auswertungen von *Studie 1* und *Studie 3*. Uneinigkeiten in diesen qualitativen Auswertungen wurden nach den Prinzipien der „Consensual Qualitative Research“ (Hill, 2012) schrittweise diskutiert, bis ein Konsens entstand. Für die Auswertungsschritte wurden dabei, gemäss den Empfehlungen von Wirtz und Caspar (2002) zusätzlich Überprüfungen der Beurteilenden-Übereinstimmungen und Interrater-Reliabilitäten vorgenommen wurden. Therapeutinnen und Therapeuten wurden per Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen ebenfalls zu korrektiven Erfahrungen befragt (s. Kap. 3.3 und Anhang), und im Rahmen von der *Studie 2* wurden Emotionen aus der Beobachtenden-Perspektive beurteilt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das empirisch fundierte Wissen über korrektive Erfahrungen bisher noch sehr beschränkt ist. In solchen Situationen sollen neue empirische Studien grundsätzlich beobachtend, explorativ oder beides sein (Brodbeck, 2013). Auf diese Weise wurde auch im vorliegenden Forschungsprojekt vorgegangen; so war *Studie 1* beobachtend, *Studie 2* und *Studie 3* hingegen waren explorativ ausgerichtet. Zusätzlich wurden ein theoretischer Rahmen (s. Kap. 2.2) und empirische Daten zu ähnlichen Begriffen (s. nächstes Kapitel) herangezogen, um Erwartungen zu formulieren und schliesslich die Ergebnisse in einen erklärenden und grösseren Kontext zu setzen.

2.1.2 Therapeutische Ereignisse

Korrektive Erfahrungen können als bis zu einem gewissen Grad umgrenzbare Ereignisse im Therapieprozess verstanden werden, die zu Veränderungen beitragen können. Ebenso sind korrektive Erfahrungen als komplexe und multifaktoriell bedingte Ereignisse zu werten, die, wenn überhaupt, nur im individuellen Fall und mit Kontextwissen vorhersagbar sind (Grosse Holtforth & Flückiger, 2012).

Diese Eigenschaften treffen auch auf zahlreiche Konzepte zu, die dem „Event Paradigm“ (Arnkoff, Victor, & Glass, 1993) zugeordnet werden können. Dazu gehören, unter anderen, „critical incidents“ (Flanagan, 1954), „auspicious moments“ (Kelman, 1969), „critical sessions“ (Orlinsky & Howard, 1977), „helpful impacts“ (Elliott, 1983), „helpful and nonhelpful events“ (Elliott, 1985a), „good moments“ (Mahrer & Nadler, 1986), „important events“ (Martin & Stelmaczonek, 1988), „unique outcomes“ (White & Epston, 1990), „significant events“ (Hill & Corbett, 1993), „key moments“ (Mergenthaler, 1996), „pivotal moments“ (Helmeke & Sprenkle, 2000), „corrective experiences of values“ (Wiraszka-Lewandowska, Sym, & Kokoszka, 2006), „innovative moments“ (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009) und „corrective reactions“ (Anderson, et al., 2012).

Hinzu kommen Operationalisierungen im Rahmen von Methoden, welche korrektive Erfahrungen (Drozd, 1999; Drozd & Goldfried, 1995; Flückiger, et al., 2010; Gassmann, 2002; Heatherington, Costantino, Friedlander, Angus, & Messer, 2012 sowie der Ansatz des vorliegenden Dissertationsprojekts) oder die übrigen erwähnten Konstrukte umfassen (s. für eine Übersicht Römer, 2014).

Die häufigsten Unterschiede zwischen den Konzepten betreffen deren Einbettungen in unterschiedliche theoretische Hintergründe. In dieser Hinsicht sind korrektive Erfahrungen gemäss der PSU-Definition übergeordnet, da sie theoriefrei konzipiert sind. Trotzdem sind sie nicht in jeder Hinsicht von allgemeinerer Natur. Korrektive Erfahrungen gemäss PSU-Definition implizieren nämlich Ereignisse, die auf „unterschiedliche und unerwartete Art“ („different and unexpected way“) erlebt werden, womit Ereignisse, die nicht auf unterschiedliche, unerwartete oder beide Arten erlebt werden, ausgeschlossen werden. Diese Einschränkung gilt für die anderen Konstrukte nicht (s. Abbildung 2).

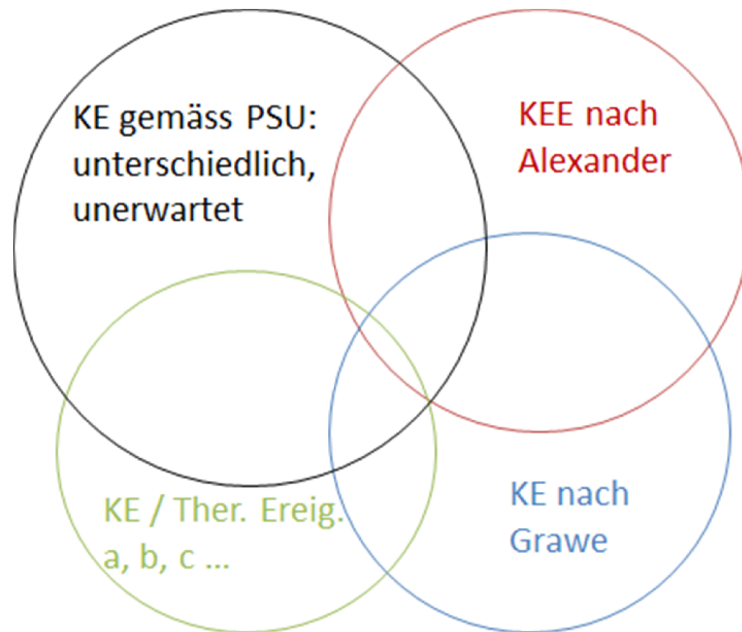


Abbildung 2: Relationen zwischen unterschiedlichen Therapeutischen Ereignissen. KE = korrektive Erfahrung; KEE = korrektive emotionale Erfahrung; Ther. Ereign. = Therapeutisches Ereignis; a, b, c, ... = unterschiedliche theoretische Hintergründe; PSU = Penn State University

Diese Konstrukte stellen zurzeit mangels Empirie zu korrektiven Erfahrungen eine Alternative dar, um empirisch fundierte Erwartungen und Hypothesen zu bilden. Für die Gesamtgruppe von Konzepten (inkl. korrektiven Erfahrungen gemäss PSU-Definition) wird im Folgenden der Begriff „Therapeutische Ereignisse“ verwendet. Dazu gehören auch korrektive Erfahrungen gemäss dem Verständnis von Grawe (1998), worauf jedoch erst im nächsten Unterkapitel eingegangen werden wird.

Interessanterweise fanden sich im Rahmen von Literaturrecherchen für korrektive Erfahrungen (nicht nur nach PSU-Definition) wenige empirische, dafür aber zahlreiche theoretische Arbeiten. Für die übrigen Therapeutischen Ereignisse präsentierte sich die Forschungssituation mit zahlreichen empirischen Studien (s. dazu z. B. Timulak, 2010, für eine Übersicht über 41 empirischen Studien) und nur wenigen theoretischen Artikeln genau umgekehrt. Dies bietet einen zusätzlichen Grund, Therapeutische Ereignisse zu berücksichtigen. Im Detail wird dies in den spezifischen theoretischen Hintergründen zu den *Studien 1-3* geschehen.

2.1.2.1 Korrektive Erfahrungen im Kontext der Psychologischen Therapie

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts wurden korrektive Erfahrungen gemäss PSU-Definition an einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten untersucht, die nach den Prinzipien der Psychologischen Therapie (Grawe, 1998) behandelt worden waren (s. Kap. 3). Da der Begriff der korrektiven Erfahrung auch im Kontext der Psychologischen Therapie verwendet wird (Grawe, 1998), soll darauf ausführlicher als auf andere Therapeutische Ereignisse eingegangen werden. Es soll klar gemacht werden, warum das Begriffsver-

ständnis von Grawe (1998) für die vorliegende Dissertation nur von begrenzter Bedeutung ist. Damit soll auch deutlich werden, inwiefern sich die vorliegende Arbeit von der ähnlich betitelten Dissertation „Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess“ von Gassmann (2002) unterscheidet, die ebenfalls an der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern eingereicht wurde.

In seiner Diskussion um Wirkprinzipien der Psychotherapie nahm Grawe (1998) das Konzept der korrektiven emotionalen Erfahrung nach Alexander (Alexander & French, 1946) wieder auf. Er sah darin das Wirken von drei von vier postulierten zentralen Wirkfaktoren, nämlich dasjenige der Problembewältigung, motivationalen Klärung und prozessualen Problemaktualisierung. Er schrieb diesen Prozessen eine grosse Bedeutung für den therapeutischen Fortschritt zu: „Klärungs- und Realisierungsprozesse verbunden mit prozessualer Aktivierung sind das, was Alexander ... als ‚korrektive emotionale Erfahrung‘ bezeichnet hat. Man könnte ... sagen, dass therapeutische Veränderungen zu einem grossen Teil auf korrektiven emotionalen Erfahrungen beruhen oder sogar darin bestehen“ (Grawe, 1998, S. 95).

Die Realisierung von korrektiven Erfahrungen in der Psychotherapie geschieht gemäss Grawe (1998) nach dem sogenannten „therapeutischen Dreischritt“, der die drei Schritte „prozessuale Aktivierung“, „Aufmerksamkeitslenkung“ und „Ressourcenaktivierung“ umfasst. Erfolgreiche korrektive Erfahrungen führen nach Grawe mit der Zeit zu besserer Befriedigung von Grundbedürfnissen, Inkonsistenzreduktion, weniger Spannung und damit verbessertem Wohlbefinden. Gassmann (2002) untersuchte mit Video-Ratings von Psychotherapie-Sitzungen unter anderem die erwähnten Wirkfaktoren, korrelierte diese mit dem Therapie-Outcome und leitete aus den Daten Schlussfolgerungen zu korrektiven Erfahrungen ab.

Die Sicht von Grawe (1998) ist vereinbar mit der im Rahmen der vorliegenden Dissertation untersuchten Anwendung konnektionistischer Modelle an korrektiven Erfahrungen gemäss PSU-Definition (s. Kap. 2.2.2). Das theoretische Verständnis der korrektiven Erfahrung und die empirische Umsetzung weisen jedoch diverse Unterschiede auf. Drei der wesentlichen werden im Folgenden aufgeführt:

- Die korrektive Erfahrung wird in der vorliegenden Dissertation als eigenständiges Konstrukt untersucht. Sie wird unabhängig von Problembewältigung, motivationaler Klärung und prozessualer Problemaktualisierung konzipiert, obwohl damit nicht ausgeschlossen wird, dass sie diese Wirkfaktoren umfassen kann.
- Ob korrektive Erfahrungen tatsächlich zu einer Spannungsreduktion führen, wird als empirische Frage offen gelassen.
- Es wird zwar angenommen, dass korrektive Erfahrungen in den meisten Fällen zu einer Spannungsreduktion führen. Die Spannungsreduktion wird jedoch unabhängig von Inkonsistenzreduktion und Grundbedürfnis-Befriedigung untersucht. Zudem nehmen Autorinnen und Autoren eine Spannungsreduktion als Folge der meisten Therapeuti-

schen Ereignisse an, selbst wenn sie dafür eine jeweils andere Terminologie verwenden.

In Anbetracht dieser Unterschiede können empirische Daten zu korrektiven Erfahrungen im Sinne von Grawe (1998) zwar für die theoretischen Einbettung herangezogen werden, sie spielen jedoch keine gewichtigere Rolle als Daten zu anderen Therapeutischen Ereignissen.

2.2 Konnektionistische Modelle

Konnektionistische Modelle (Caspar, 1998; Caspar, Rothenfluh, & Segal, 1992; McClelland, Rumelhart, & Hinton, 1986), auch „neuronale Netzwerkmodelle“ genannt, schufen den theoretischen Rahmen, der zur Bildung von Erwartungshaltungen an die Ergebnisse führte und das Untersuchungsdesign diktierte, innerhalb dessen die Ergebnisse eingeordnet wurden (s. dazu auch Kap. 4.5). Konnektionistische Modelle stammen aus der allgemeinen Psychologie, sind unabhängig von Annahmen spezifischer psychotherapeutischer Richtungen und eignen sich, um psychotherapeutische Prozesse aus schulneutraler Sicht sowohl im Einzelfall als auch generell abzubilden (Caspar & Berger, 2007; Caspar & Berger, 2012). Mit diesen Eigenschaften boten sie sich für die Wahl des theoretischen Rahmens des vorliegenden Forschungsprojekts an.

Als sachlich weniger fundiertes, in praktischer Hinsicht jedoch bedeutsames Kriterium für die Wahl konnektionistischer Modelle für den theoretischen Rahmen, galt zudem die Expertise, die zum Zeitpunkt der Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit in diesem Bereich an der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern zur Verfügung stand. Diese Expertise ermöglichte während des Dissertationsprozesses einen fruchtbaren Austausch und begünstigte den zu einer Promotion gehörenden Lernprozess.

Konnektionistische Modelle wurden im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts gemäss ihrer Möglichkeit verwendet, Metaphern für neuronale Aktivitäten abzubilden. Sie werden an dieser Stelle in Anlehnung an Caspar und Berger (2012) primär in dieser Hinsicht eingeführt. Für deren mathematischen Hintergrund sowie für die Frage nach der tatsächlichen Übereinstimmung mit Hirnprozessen wird auf die oben zitierte Literatur verwiesen.

Als Ausgangspunkt für die Beschreibung konnektionistischer Modelle wird psychisches Erleben in Form von „psychischen Zuständen“ beschrieben. Psychische Zustände (ab hier vereinfachend als „Zustände“ bezeichnet) umfassen zusammen auftretende Erlebensweisen. Das Erleben wird dabei häufig in sich nicht gegenseitig ausschliessende Ebenen unterteilt, so Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen und Motivationen. Je nach Konzeption werden weitere Ebenen integriert oder zusätzlich beschrieben, so die Physiologie oder externe Faktoren. Auch können Ebenen nach speziellen Gesichtspunkten weiter unterteilt werden, z. B. um beziehungsrelevante Kognitionen, Emotionen etc. zu erfassen.

In konnektionistischen Modellen wird davon ausgegangen, dass ein bestimmter Zustand in einem Netzwerk von Einheiten verteilt ist. Die Aktivität eines Teils des Netzwerks äussert

sich im Erleben von bestimmten Kognitionen, Emotionen etc. Das Netzwerk kann sich durch Modifikation der Verbindungen oder Akquisition neuer Einheiten entwickeln. Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass Netzwerkaktivität „Spannung“ generiert, was annähernd als Leidensdruck, emotionale Aktivierung oder als ein Zusammenwirken von beiden Aspekten erlebt wird. Die Spannung resultiert aus der Art der Verbindung gleichzeitig aktivierter Einheiten: Das Netzwerk besteht aus Einheiten, die positiv (fördernd) oder negativ (hemmend) miteinander verbunden sind. Wenn negativ verbundene Einheiten gleichzeitig aktiviert sind (z. B. die Einheit „Ich bin nutzlos“ und die dadurch gehemmte Einheit „Ich bin glücklich“), wird zusätzliche Spannung aufgebaut. Die Spannung ist hingegen tief, wenn, ausgehend von einer bestimmten aktivierten Einheit, diese mit anderen aktivierten Einheiten positiv verbunden ist, oder umgekehrt, wenn negativ verbundene Einheiten nicht gleichzeitig aktiviert sind.

Es wird ausserdem davon ausgegangen, dass das Netzwerk eine Minimierung des Masses an vorhandener Spannung anstrebt. Dementsprechend werden Einheiten, deren Aktivität Spannung mindert, wahrscheinlich länger aktiv bleiben als Einheiten, die eine höhere Spannung erzeugen. Das könnte erklären, weshalb manchmal pathologische Zustände trotz grossem Leidensdruck (als Ausdruck einer hohen Gesamtspannung) nicht verlassen werden können. Die Aktivierung anderer Einheiten wäre zwar adaptiver, d.h. mittel- und langfristig mit weniger Spannung verknüpft, aber kurzfristig mit einem Spannungsanstieg verbunden. Letzteres kann mit einer sogenannten „Spannungslandschaft“ (s. Abbildung 3) dargestellt werden. Einheiten, die gut zueinander passen (z. B. tiefer Selbstwert, depressives Gefühl, Vermeidung von Konfrontationen), gruppieren sich zu „Lokalen Minima“ (LM). Im dargestellten Beispiel ist im LM die Spannung, bei psychischen Problemen als Leidensdruck empfunden, kleiner als bei den dargestellten benachbarten „Hügeln“ (z. B. Angst vor Ablehnung), hier „Instabile Zustände“ (IZ) genannt. Ganz spannungsfrei ist nur das sogenannte ideale „Globale Minimum“, das jedoch nur theoretisch vorkommt. Die Spannung des Gesamtsystems stellt keine fixe Grösse dar und kann unter anderem durch sogenannte „Modulatoren“ beeinflusst werden, beispielsweise durch eine Abflachung der gesamten Landschaft durch eine gute therapeutische Beziehung.

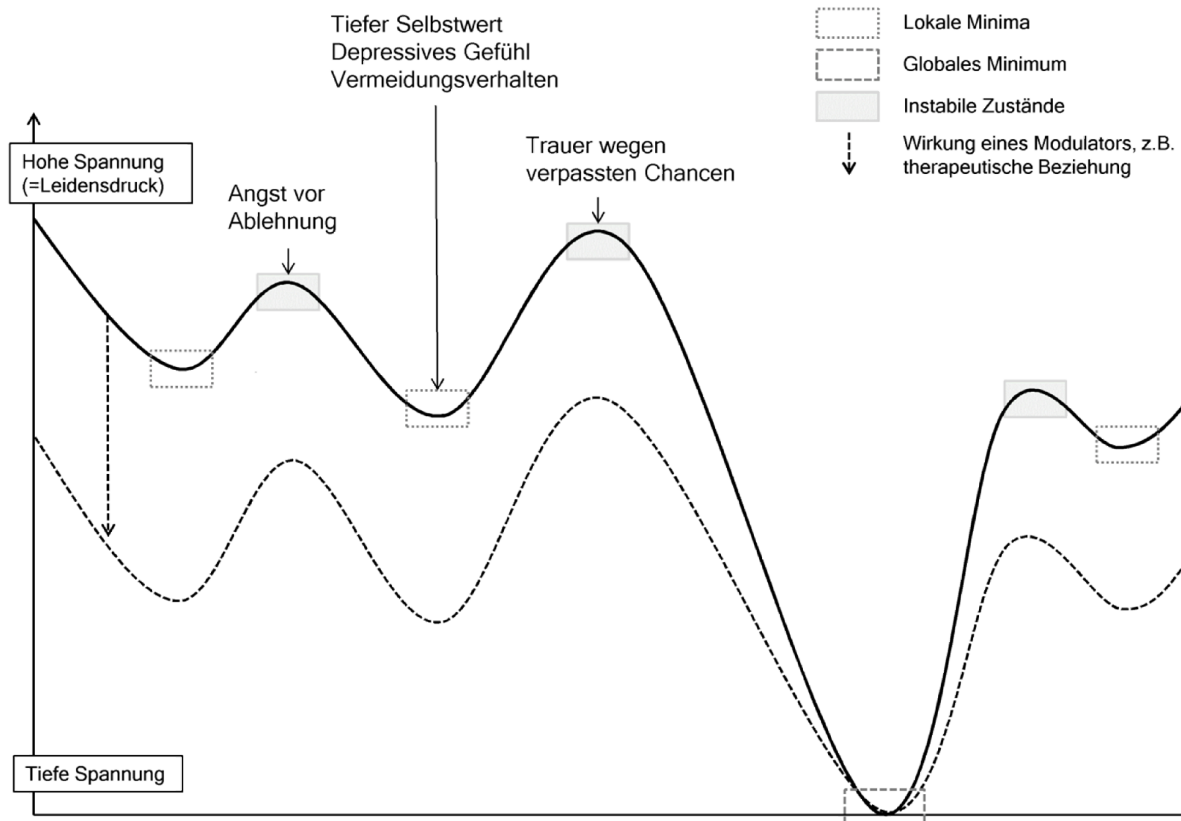


Abbildung 3: Spannungslandschaft (siehe Erläuterungen im Text).

Diese Spannungslandschaft ist als dynamisch zu verstehen. Das bedeutet, dass Zustände – sowohl LM als auch IZ – keine fixen Größen sind. Die Elemente selbst, ihr Grad an Bewusstheit und die Spannung, befinden sich in ständiger Wechselwirkung mit internen und externen Faktoren. Dies bedeutet beispielsweise, dass zwei leicht unterschiedliche Gedanken (z. B. „ich bin nutzlos“ und „ich mache nur Schlechtes“) in einer Spannungslandschaft je nachdem als benachbarte Punkte (= im gleichen, unveränderten Zustand) oder als derselbe Punkt, z. B. im selben LM, der aber neu etwas mehr Spannung aufweist (= im gleichen, aber veränderten Zustand), dargestellt werden können.

Zusammen auftretende Gedanken, Emotionen etc. eines Zustandes implizieren noch nicht, dass sie kohärent zueinander passen. Im Gegenteil, es ist möglich, dass z. B. widersprüchliche Gedanken in ein und demselben Zustand vorkommen (z. B. „ich bin nutzlos“ und „ich bin der Beste“). Nach klinischer Beobachtung des Autors kommt Widersprüchliches in IZ häufiger und mit einem höheren Grad an Bewusstheit vor als in LM.

Eine Spannungslandschaft ist – anders als in Abbildung 3 – mehrdimensional zu verstehen. Das bedeutet, dass ein gegebener Zustand nicht genau zwei sondern eine unbestimmte Anzahl an „Nachbarzuständen“ – also Zustände, die nach einer Aktivität des gegebenen Zustandes selber aktiv sein können – aufweisen kann. Auch müssen die Spannungsverläufe

nicht, wie in Abbildung 3 dargestellt, kontinuierlich sein, man denke dabei beispielsweise an den Spannungswechsel beim plötzlichen Übergang in einen Zustand des Schreckes.

2.2.1 States of Mind im Kontext der Konfigurationsanalyse

Da die Analyse von Zuständen im Rahmen der Konfigurationsanalyse (Horowitz, 1987, 2005) weitaus bekannter ist als im Rahmen konnektionistischer Ansätze, sollen nun wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede der zwei Ansätze dargestellt werden.

Horowitz (1987) definierte Zustände wie folgt:

... a recurrent pattern of experience and of behavior that is both verbal and nonverbal. States are commonly recognized during a clinical interview because of changes in facial expression, intonation and inflection in speech, focus and content of verbal reports, degree of self-reflective awareness, general arousal, shifts in degree and nature of empathy, and other communicative qualities (S. 27).

Eine Beschreibung eines gemeinsamen Auftretens von Kognitionen, Emotionen etc. ist somit grundsätzlich vereinbar mit der konfigurationsanalytischen Definition. In der Konfigurationsanalyse werden Zustandsinhalte jedoch nicht in die Ebenen Kognition, Emotion etc. unterteilt, sondern theoriegeleitet in Ebenen, die in Objektbeziehungstheorien vorkommen.

Für die Beschreibung von Übergängen zwischen Zuständen steht bei der Konfigurationsanalyse ein differenzierteres System zur Verfügung als es für die Spannungslandschaft skizziert worden ist. Zum grossen Teil entsprechen die beschriebenen Übergangsmuster jedoch explizit oder implizit theoretischen Annahmen über Abwehrmechanismen, was mit einer möglichst schulneutralen Beschreibung psychotherapeutischer Prozesse nicht vereinbar ist.

In der Konfigurationsanalyse werden Zustände nicht in einer Spannungslandschaft geordnet, sondern es erfolgen andere Charakterisierungen, wie z. B. die Unterteilung in „overmodulated“, „undermodulated“ und „well modulated“, die wiederum grösstenteils explizit oder implizit theoriegeleitet sind.

Schliesslich gibt es Unterschiede in der zeitlichen Dimension und in der Anzahl Elemente, die die Zustände in der Regel umfassen. Gemäss Konfigurationsanalyse sind Zustände nicht selten nur wenige Sekunden lang aktiv. Tendenziell reichen kleinere Veränderungen, um einen unterschiedlichen Zustand zu definieren. Im Rahmen der hiesigen Anwendung konnektionistischer Modellen sind Zustände in der Regel umfassender, flexibler – dies im Sinne von mehr möglichem und auch unterschiedlichem Inhalt – und damit tendenziell auch während längerer Zeiträume aktiviert.

Zur Konfigurationsanalyse als Forschungsinstrument ist eine kritische Anmerkung bezüglich der Reliabilität anzubringen. Es werden zwar dann akzeptable Werte erreicht, wenn bereits beschriebene States von Zweitratern an klinischem Material gefunden werden müssen (Horowitz, 1987; Horowitz, Eells, Singer, & Salovey, 1995; Horowitz & Eells, 1993). Zur vo-

rausgehenden Bildung von Zuständen – also welche Zustände existieren bei einem bestimmten Patienten überhaupt und was sind deren genaue Inhalte? – wurden jedoch bisher noch keine Reliabilitätsdaten veröffentlicht. Die im Prozess der Zustandsbildung entstehenden Unterschiede werden von Horowitz (1987) wie folgt kommentiert: „Such a process differences are seen not only as evidence of unreliability, but as indications or areas in need of closer observation, sharper classification, and clearer theoretical formulation“ (S. 185). Dies erscheint jedoch keine genügende Rechtfertigung zu sein, um die effektive Reliabilität nicht zu berechnen. Im Unterschied dazu wurden darum im vorliegenden Forschungsprojekt die Reliabilitäten bei der Bildung von Zuständen überprüft (s. Kap. 7.3.3).

2.2.2 Der Nutzen konnektionistischer Modelle für die Modellierung korrektiver Erfahrungen

Für den Versuch, korrektive Erfahrungen auf Prozess-Ebene zu verstehen, können konnektionistische Modelle herangezogen werden. Dabei wären die zahlreichen bereits in der Einleitung erwähnten Konzepte zu beachten:

- Einheit
- (Nicht-)Aktivität von Einheiten
- Verbindungen zwischen Einheiten
- Art der Verbindungen zwischen Einheiten (positiv, negativ bzw. fördernd, hemmend)
- Modifikation von Verbindungen
- Akquisition neuer Einheiten
- Netzwerk, Netzwerkeil
- (Nicht-)Aktivität von Netzwerk(teil)
- Spannung
- Leidensdruck, emotionale Aktivierung
- Spannungsveränderung
- Prinzip der Spannungsminimierung
- Spannungslandschaft
- Zustand
- Zustandsart (LM, IZ, Globales Minimum)
- Zustandsebenen (kognitiv, emotional, verhaltensmässig, motivational, physiologische, weitere Ebenen)
- Kohärenz von Zuständen
- Externe Faktoren
- Modulator

Würden konnektionistische Modelle umfassend dargestellt werden, so kämen noch weitere Konzepte hinzu. In Anbetracht der grossen Anzahl an Konzepten ist zu vermuten, dass die Möglichkeiten, die Prozesse korrektiver Erfahrungen mit konnektionistischen Modelle abzubilden, zahlreich sind. Damit könnte die Frage gestellt werden, welche dieser Möglichkei-

ten Rohdaten am besten abbilden kann. Es ist jedoch nicht das Ziel des vorliegenden Forschungsprojekts, eine Anwendung konnektionistischer Modelle auf ihre Validität hin zu überprüfen, z. B. indem diese Anwendung anderen möglichen Anwendungen gegenüber gestellt wird. Konnektionistische Modelle sollen vielmehr im Sinne einer Perspektivtheorie (Caspar, 2007; Foppa, 1984) Konzepte liefern, mit denen die Prozesse korrektiver Erfahrungen nachvollzogen werden können. Die vorgegebenen Konzepte mussten die Rohdaten bis zu einem gewissen Grad strukturieren, sie mussten aber auch in einem zirkulären Prozess reflektiert, überprüft und angepasst werden. Dabei stellt sich die Frage, welche der zahlreichen Konzepte angewendet werden sollen.

Einzelfallanalysen würden sich am besten eignen, um eine möglichst grosse Anzahl an Konzepten zu berücksichtigen. Doch bei einer wissenschaftlich sorgfältigen Arbeitsweise wäre der Aufwand, um eine genügend grosse Stichprobe zu erreichen, immens.

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts wurden deshalb die Prozesse korrektiver Erfahrungen explorativ untersucht, und zwar sollten auch selten vorkommende Prozesse mit Konzepten konnektionistischer Modelle beschrieben werden können. Gerade um diese seltenen Prozesse beschreiben zu können, erschien eine möglichst grosse Stichprobe als unerlässlich. Die Anzahl untersuchter Konzepte wurde somit reduziert. Die Daten wurden jedoch auf eine Weise gesammelt, die allfällige spätere Auswertungen zusätzlicher Konzepte ermöglicht (s. Kap. 3.3 und Anhang).

Im Folgenden wird nun eine mögliche Anwendung konnektionistischer Modelle an korrektiven Erfahrungen geschildert, und zwar nur unter Berücksichtigung der Konzepte, die im vorliegenden Forschungsprojekt ausgewertet wurden. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wird diese Anwendung als „Grundmodell“ gekennzeichnet.

Ausgehend von diesem Grundmodell kann eine korrektive Erfahrungen in drei Phasen beschrieben werden: Beginnend mit einem LM mit einem gewissen Mass an Spannung erfolgt vorübergehend ein Spannungsanstieg und geht dann über in ein neues LM mit tieferer Spannung. Der Prozess kann dabei durch Modulatoren erleichtert werden. Diese können die Spannung des gesamten Netzwerkes oder Teile davon reduzieren, was mit weniger steilen oder weniger hohen Übergängen zwischen zwei LM dargestellt wird (s. Abbildung 3, S. 33).

Diese Anwendung konnektionistischer Modelle ermöglicht es, wesentliche Eigenschaften der Prozesse der korrektiven Erfahrung zu berücksichtigen. Das erste LM beschreibt einen Zustand, in welchem eine Person z. B. als Folge psychopathologischer Symptome leidet (repräsentiert durch eine gewisse Spannung). Das Leiden könnte jedoch noch intensiver sein (repräsentiert durch die Spannungsanstiege bis hin zu den IZ), insbesondere wenn die betreffende Person Veränderungsschritte unternähme. Damit wird auch erklärt, warum der Zustand über lange Zeit aktiv sein kann.

Dieses erste LM ist nicht immer aktiviert, sondern nur unter bestimmten Bedingungen. Das bedeutet, dass bei veränderten Bedingungen andere Zustände aktiv werden können. Dies erfordert nicht jedes Mal einen Spannungsanstieg, sondern kann beispielsweise durch eine graduelle Reduktion der Spannung charakterisiert sein (repräsentiert z. B. durch einen von einem Tal in eine offene Landschaft weiter abwärtsführenden Weg). Eine solche Veränderung ist jedoch in der Regel alltäglich (z. B. der Zustandswechsel nach der Arbeit hin in die Mittagspause) und meistens ungeeignet, um korrektive Erfahrungen, die bis zu einem gewissen Grad neu sind, zu beschreiben.

Korrektive Erfahrungen kommen häufig dann vor – und sind auch häufig nur dann notwendig – wenn die Bedingungen, die die Aktivität eines LM verursachen oder aufrechterhalten, konstant bleiben. Innerhalb solcher Bedingungen sind oder erscheinen nur Auswege möglich, die einen Spannungsanstieg implizieren. Dementsprechend wird erwartet, dass korrektive Erfahrungen häufig durch intensive emotionale Prozesse charakterisiert sind, die ihrerseits durch die höhere Spannung im IZ repräsentiert sind.

Diese Prozesse werden häufig durch neuartige Inputs ausgelöst, so z. B. eine therapeutische Intervention. Dabei werden Kognitionen, Emotionen etc. aktiv oder bewusst oder sogar aktiv und bewusst, die in der Regel zuvor weder bewusst noch aktiv waren und die eventuell sogar neu sind. Damit sind günstige Bedingungen für korrektive, und damit verändernde, Prozesse vorhanden. Dies kann einen vorhandenen Zustand nach langer Zeit wieder aktivieren oder verändern oder sogar einen neuen Zustand formen. Repräsentiert wird die neue Situation durch ein LM mit tieferer Spannung sowie eventuell mit steileren Übergängen zu anderen Zuständen. Dieses LM kann das Ursprüngliche, welches verändert wurde, oder ein ganz neues LM sein. Die Nachhaltigkeit der Wirkungen der korrektiven Erfahrung äussert sich in einer langen Aktivität dieses neuen Zustandes anstelle der Aktivität des ersten LM. Je weniger diese neue Aktivität von situativen Bedingungen abhängig ist, desto nachhaltiger ist die Veränderung durch die korrektive Erfahrung.

Diese Prozesse können auf unterschiedliche Weisen erleichtert werden. Eine Möglichkeit besteht in der Reduktion der Spannung der gesamten Landschaft oder Teilen davon, wie dies im Rahmen einer guten therapeutischen Beziehung geschehen kann (als Modulator dargestellt). Weitere Möglichkeiten sind die Erhöhung des Leidensdruckes im ursprünglichen LM und nachfolgend eine Reduktion des (angenommenen) Spannungsanstieges bei einer Aktivität eines IZ (repräsentiert durch entsprechende Veränderungen der Landschaft). Eine Auseinandersetzung mit dem Landschaftsmodell im Rahmen einer Psychotherapie mit entsprechenden Hinweisen (beispielsweise Bewusstmachung der Nachteile des aktuellen LM, Infragestellung der erwarteten Schwierigkeiten bei Alternativen) reicht unter Umständen aus, um solche Veränderungen auszulösen.

Diese hier geschilderten theoretischen Grundlagen bildeten die Basis des im Folgenden beschriebenen Forschungsprojekts (s. Kap. 3) und der in dessen Rahmen durchgeführten *Studien* (s. Kap. 4-7).

3 Das Forschungsprojekt „Korrektive Erfahrungen“

3.1 Ziele

Die Datensammlung im Rahmen des Forschungsprojekts „Korrektive Erfahrungen“ hatte primär zwei Ansprüchen gerecht zu werden:

1. Die Daten sollten eine Exploration der korrektiven Erfahrung gemäss PSU-Definition (s. Kap. 2.1) ermöglichen;
2. zusätzlich sollten sie im Rahmen der im theoretischen Hintergrund dargestellten Anwendung konnektionistischer Modelle (s. Kap. 2.2.2) ausgewertet werden können.

Gleichzeitig war eine Datenbasis zu schaffen, mit der auch weitere, über den dargestellten theoretischen Hintergrund hinausgehende, spätere Auswertungen möglich sind.

In den folgenden Kapiteln werden die Rahmenbedingungen und der Aufbau des Forschungsprojekts detaillierter dargestellt.

3.2 Rahmenbedingungen

3.2.1 Inhaltliche Rahmenbedingungen

Eine Definition und ein theoretischer Ansatz definierten, wie bereits ausgeführt, die inhaltliche Basis des Forschungsprojekts und bestimmten Fragestellungen, Design, Operationalisierungen und Methoden, und zwar:

- die PSU-Definition von korrektiven Erfahrungen; und
- die geschilderte Anwendung konnektionistischer Modelle.

Diese inhaltlichen Rahmenbedingungen dienen und dienen als Orientierung und Strukturierung. Damit sie jedoch nicht wissenschaftlich einschränkend wirkten, hatte die Datensammlung so zu erfolgen, dass über diese inhaltlichen Rahmenbedingungen hinausgehende Auswertungen möglich blieben.

3.2.2 Materielle Rahmenbedingungen und personelle Ressourcen

Für das Forschungsprojekt stand die Infrastruktur der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern (Caspar & Znoj, 2011) zur Verfügung. Diese bietet, neben einer psychotherapeutischen Praxisstelle, unter anderem qualitativ hochwertige Videoanlagen, ein Videoarchiv sowie eine vielfältige und systematisch geführte Fragebogen-Datenbasis. Die Daten basieren ausschliesslich auf Psychotherapien, die nach den Prinzipien der Psychologischen Therapie (Grawe, 1998) durchgeführt wurden.

Neben personellen Ressourcen im Zusammenhang mit dem Betrieb dieser Infrastruktur (nach Bedarf) wurden die folgenden projektspezifischen personellen Ressourcen eingesetzt:

- Beteiligung der Projektleiter (Erst- und Zweitbegutachter der vorliegenden Dissertation) nach Bedarf;
- eine Assistierendenstelle für den Autor während ungefähr vier Jahren mit ungefähr 50%. Vierzig Prozent davon waren gemäss Vertrag für Forschungsarbeit vorgesehen, die restliche Zeit diente den übrigen Assistierendenaufgaben;
- Privater Zeitaufwand des Autors der vorliegenden Dissertation, insgesamt schätzungsweise ein 30%-Pensum während 4 Jahren;
- Insgesamt ca. 2,5 Monate einer 100% Hilfsassistierendenstelle.

Während das Forschungsprojekt bereits vor der vorliegenden Dissertation bestand und danach weitergeführt werden könnte, war für die im Rahmen der Dissertation zu bearbeitenden Fragestellungen ungefähr die zeitliche Frist der Assistierendenstelle des Autors gesetzt. Die zusätzlichen Kosten waren mit knapp 2'900 Fr. geringfügig.

3.3 Aufbau

Der genaue Ablauf der Datensammlung und Auswertung in drei Schritten ist aus der folgenden Tabelle 1 ersichtlich. Das Vorgehen richtete sich nach den Empfehlungen von Hill et al. (2012) (s. S. 27), gemäss denen korrektive Erfahrungen auf unterschiedlichen Ebenen, aus unterschiedlichen Perspektiven sowie multimethodisch erfasst werden sollen. Das heisst, es werden sowohl korrektive Erfahrungen während einzelner Sitzungen und während ganzer Therapien erfasst, und zwar aus den Perspektiven der Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten und der beobachtenden Personen. Die qualitativen Interviews werden quantitativ und qualitativ ausgewertet, zusätzlich werden Fragebögen und Ratinginstrumente eingesetzt.

Ein Teil der erfassten Daten wurde im Rahmen der vorliegenden Dissertation sowie im Rahmen der vom Autor betreuten Bachelor- und Masterarbeiten ausgewertet. Die Datenquellen wurden dabei meistens einzeln und im Detail sowie auf verhältnismässig hohem Niveau ausgewertet: So konnten die meisten Auswertungen eine verhältnismässig grosse Stichprobe erfassen und mindestens genügende Beurteilenden-Übereinstimmungs- oder Interrater-Reliabilitätswerte aufweisen. Eine integrative Diskussion unterschiedlicher Datenquellen erfolgt in der vorliegenden Dissertation. In Tabelle 1 wird eine erste Übersicht über die gesammelten Daten, die zur Datensammlung eingesetzten Methoden, die erfolgten Auswertungen und die bibliographischen Angaben (vorliegende Dissertation, Bachelor- und Masterarbeiten) gegeben.

Alle Daten und Auswertungen wurden im elektronischen Archiv der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ der Universität Bern (Video- und Tonbandaufnahmen) bzw. im elektronischen Archiv der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern (übrige Dateien) abgespeichert. Im Anhang befinden sich ausführlichere Angaben (z. B. Interview-Leitfäden) und Anleitungen für eine allfällige spätere Benutzung der Dateien.

Tabelle 1: Forschungsprojekt „Korrektive Erfahrungen“: Übersicht über erhobene Daten, durchgeführte Auswertungen und bibliographische Angaben

Ebene Sitzungen	Ebene Therapien
<i>Schritt 1: Datensammlungen</i>	<i>Schritt 1: Datensammlungen</i>
<u>Perspektive: Patientinnen und Patienten</u>	<u>Perspektive: Patientinnen und Patienten</u>
<p><i>Übersetzte und angepasste Version des halbstandardisierten Interviewleitfadens „Brief Structured Recall“ (BSR; Elliott & Shapiro, 1988). Im Folgenden wird mit „BSR“ darauf verwiesen.</i></p>	<p><i>Halbstandardisierter Interviewleitfaden zur Exploration Korrektiver Erfahrungen aus Sicht des Patienten (HEKSP): Vom Autor, Rhea Balderer und Moritz Pohlmann in Anlehnung an den BSR (Elliott & Shapiro, 1988) entwickeltes halbstandardisiertes Interview zur Erfassung korrektiver Erfahrungen während des Zeitraums ganzer Psychotherapien oder Teilen davon (Balderer, 2011). Es werden je nach Zeitpunkt und Umständen der Durchführung vier Versionen unterschieden:</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Angaben darüber, wann in Sitzungen korrektive Erfahrungen vorkommen; weitere topographische Angaben. 2) Sammlung von Psychotherapie-Sitzungen, von denen bekannt ist, ob und wann eine korrektive Erfahrung vorkommt. 3) Angabe über unmittelbar eingetretene und erwartete mittelfristige Folgen von korrektiven Erfahrung (individuell sowie im Zusammenhang mit GAS-Zielen, s. Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994, definiert). 4) Qualitative Daten über Kognitionen, Emotionen etc. <i>vor, während</i> und <i>nach</i> korrektiven Erfahrungen. 	<p><i><u>HEKSPa</u>: durchgeführt am Ende einer Psychotherapie;</i></p> <p><i><u>HEKSPb</u>: durchgeführt während einer noch laufenden Therapie, bezogen auf die Zeit zwischen Beginn derselben und dem Interview-Zeitpunkt;</i></p> <p><i><u>HEKSPc</u>: durchgeführt am Ende einer Psychotherapie, während derer bereits ein Interview zur Erfassung einer korrektiven Erfahrung während einer Sitzung (s. Spalte links) durchgeführt worden war;</i></p> <p><i><u>HEKSPd</u>: durchgeführt am Ende einer Psychotherapie, während derer bereits ein HEKSPb-Interview durchgeführt worden war.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 16) Angaben darüber, wann in Psychotherapien korrektive Erfahrungen vorkommen und weitere topographische Angaben. 17) Angabe über unmittelbar eingetretene und erwartete mittelfristige Folgen von korrektiven Erfahrung (individuell sowie im Zusammenhang mit GAS-Zielen, s. Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994, definiert).

Ebene Sitzungen

Aus den Daten 1, 3, 4 generierte Daten

- 5) Spannungslandschaften, s. letzte Zeile von Schritt 2.

Ergänzungen des BSR

- 6) Self-Assessment Manikin (Bradley & Lang, 1994) zur Erfassung von Veränderungen in Zufriedenheit, Arousal und Dominanz im Verlauf des Interviews.
7) Übersetzter Fragebogen „Fragen zu den Folgen des Ereignisses“ (Elliott, 1985b), 18 Fragen mit Likert-Skalen.
8) EMO-Check (Berking & Znoj, 2008), bezogen auf den Sitzungszeitpunkt der korrektiven Erfahrung.

Follow-up Messungen

- 9) Vom Autor und Martine Möri entwickelte Fragebögen zur Erfassung von Auftreten und Nachhaltigkeit der unmittelbaren und mittelfristig erwarteten Folgen korrektiver Erfahrungen (Möri, 2012). Datenerfassung zu insgesamt vier Zeitpunkten: 6/12 Monate nach Durchführung des Interviews und 6/12 Monate nach Therapieende.

Perspektive: Beobachtende Personen

Rating von Emotionen, wie sie in Sitzungen mit oder ohne korrektive Erfahrungen vorkommen.

Ebene Therapien

- 18) Qualitative Daten über Kognitionen, Emotionen etc. *vor, während* und *nach* korrektiven Erfahrungen.

- 19) Frage, ob negative Erfahrungen stattfanden.

Aus den Daten 16, 17, 18, 19 generierten Daten

- 20) Spannungslandschaften, s. letzte Zeile von Schritt 2.

Ergänzungen des HEKSP

- 21) Self-Assessment Manikin (Bradley & Lang, 1994) zur Erfassung von Veränderungen in Zufriedenheit, Arousal und Dominanz im Verlauf des Interviews.

Follow-up Messungen

- 22) Vom Autor und Martine Möri entwickelte Fragebögen zur Erfassung von Auftreten und Nachhaltigkeit der unmittelbaren und mittelfristig erwarteten Folgen korrektiver Erfahrungen (Möri, 2012). Datenerfassung zu insgesamt zwei oder vier Zeitpunkten: 6/12 Monate nach Durchführung des Interviews, aber noch während der Psychotherapie (nur HEKSP-b) und 6/12 Monate nach Therapieende.

Ebene Sitzungen

10) Beurteilung der Emotionen „negative Emotionen“, „positive Emotionen“, „Angst“, „Ärger“, „Traurigkeit“ und „Sich-Verstanden-Fühlen“ auf Likert-Skalen, bezogen auf einminütigen Video-Abschnitte.

Perspektive: Therapeutinnen und Therapeuten

Übersetzte und angepasste Version des Fragebogens „Therapist Event Recall“ (TER) (Elliott, 1990), wobei Therapeutinnen und Therapeuten Transkript und Video der von der Patientin oder vom Patienten identifizierten korrektiven Erfahrung erhalten.

- 11)** Fragebogen „Absichten und Gefühle während des Ereignisses“ (19 Fragen mit Likert-Skalen, 1 offene Frage).
- 12)** Fünf offene Fragen zum Kontext des Ereignisses.
- 13)** Zwei offene Fragen zur Wirkung des Ereignisses.
- 14)** Fragen zu den Folgen des Ereignisses für den Patienten (Dies entspricht der Version für Patienten; 19 Fragen mit Likert-Skalen, eine offene Frage, Frage, in wie fern die Therapeutin oder der Therapeut durch die Wahl der KE durch die Patientin oder den Patienten überrascht wurde, drei offene Fragen zu erwartenden mittelfristigen Wirkungen der korrektiven Erfahrung).

Ergänzung des TER

- 15)** Therapeutenstundenbogen (Flückiger, et al., 2010), bezogen auf die Dauer der korrektiven Erfahrung.
-

Schritt 2: Auswertungen

Ebene Therapien

Perspektive: Therapeutinnen und Therapeuten

Fragebogen „Exploration korrektiver Erfahrungen aus Sicht des Therapeuten“ (HEKST): Vom Autor, Rhea Balderer und Moritz Pohlmann in Anlehnung an den HEKSP (s. oben) entwickelter halbstandardisierter Fragebogen zur Erfassung korrektiver Erfahrungen während den Zeiten ganzer Psychotherapien oder Teilen davon.

- 23)** Frage, ob aus Therapeutinnen- oder Therapeutesicht korrektive Erfahrungen stattgefunden haben. Falls keine korrektive Erfahrung, Exploration der Gründe (mit offenen und geschlossenen Fragen).
- 24)** Zu jeder identifizierten korrektiven Erfahrung qualitative Daten über Kognitionen, Emotionen etc. *vor, während* und *nach* korrektiven Erfahrungen sowie über Kontext und eingetretene und erwartete Folgen.
- 25)** Frage, ob negative Erfahrungen stattfanden.

Schritt 2: Auswertungen

Ebene Sitzungen		Ebene Therapien	
Daten	Auswertungen und bibliographische Angaben	Daten	Auswertungen und bibliographische Angaben
1	Zusammenstellung der topographischen Angaben. <i>Studie 1.</i>	16	Zusammenstellung der topographischen Angaben. <i>Studie 1.</i>
2, 10	Vergleich der Emotionen in Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen vs. in Sitzungen ohne korrektiven Erfahrungen. <i>Studie 2; Walker, 2011.</i>		
1, 10	Auswertung des Verlaufs der Emotionen zu den Zeitpunkten <i>vor, während</i> und <i>nach</i> korrektiven Erfahrungen. <i>Studie 2.</i>		
1, 4, 7, 8	Kategorisierung der Inhalte der BSR-Interviews, mit Fokus auf Emotionen und Therapeutinnen- und Therapeutenbezüge. Für die Kategorisierung wurde das Kategoriensystem von Heatherington et al. (2012) verwendet und ergänzt. Pohlmann, 2011.	16, 18, 19	Kategorisierung der Inhalte der HEKSP-Interviews. Für die Kategorisierung wurde das Kategoriensystem von Heatherington et al. (2012) verwendet und ergänzt. Balderer, 2011.
4, 7, 8	Kategorisierung der Inhalte der BSR-Interviews, mit Vergleich von Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Störung vs. einer anderen Diagnose. Für die Kategorisierung wurde das Kategoriensystem von Heatherington et al. (2012) verwendet und ergänzt. Möri, 2012.		
1, 3, 4	Erstellung einer Spannungslandschaft für jede korrektive Erfahrung, mit folgenden Parametern: - Anzahl aktivierter Zustände; - Inhalte der Zustände auf den Ebenen Kognition, Emotion, Verhalten, Motivation und Beziehung;	16, 17, 18, 19	Erstellung einer Spannungslandschaft für jede korrektive Erfahrung, mit folgenden Parametern: - Anzahl aktivierte Zustände; - Inhalte der Zustände auf den Ebenen Kognition, Emotion, Verhalten, Motivation und Beziehung;

Ebene Sitzungen

- Art der Zustände (LM / IZ);
- Spannungsverhältnis zwischen jedem Zustandspaar;
- Reihenfolge der Aktivierung der Zustände im Verlauf der korrektiven Erfahrung;
- Zuordnung der Zustände zu den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen.

Studie 3.

Die dabei geschaffenen Daten werden mit der zusätzlichen Zahl **5** gesondert gekennzeichnet, da sie die Basis für die folgend beschriebenen Sekundärauswertungen lieferten.

Ebene Therapien

- Art der Zustände (LM / IZ);
- Spannungsverhältnis zwischen jedem Zustandspaar;
- Reihenfolge der Aktivierung der Zustände im Verlauf der korrektiven Erfahrung;
- Zuordnung der Zustände zu den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen;

Studie 3.

Die dabei entstandenen Daten werden mit der zusätzlichen Zahl **20** gesondert gekennzeichnet, da sie die Basis für die folgend beschriebenen Sekundärauswertungen lieferten.

Schritt 3: Sekundärauswertungen

Schritt 3: Sekundärauswertungen

Daten

Auswertungen und bibliographische Angaben

5 Unabhängige Übereinstimmungsbeurteilung, erfolgt im Rahmen von drei Bachelorarbeiten und eines Hilfsassistenzeinsatzes.

Studie 3; Wittwer, 2013

5 Gruppierung der individuellen Landschaften zu übergeordneten Mustern.

Studie 3.

5 Qualitative Inhaltsanalyse der Zustandsinhalte.

Marti, 2013

5 Qualitative Auswertung von Auslösern und erleichternden Bedingungen

Daten

Auswertungen und bibliographische Angaben

20 Unabhängige Übereinstimmungsbeurteilung, erfolgt im Rahmen von drei Bachelorarbeiten und eines Hilfsassistenzeinsatzes.

Studie 3; Wittwer, 2013

20 Gruppierung der individuellen Landschaften zu übergeordneten Mustern.

Studie 3.

20 Qualitative Inhaltsanalyse der Zustandsinhalte.

Marti, 2013

20 Qualitative Auswertung von Auslösern und erleichternden Bedingungen

Ebene Sitzungen	Ebene Therapien
<p>von korrektiven Erfahrungen in Sitzungen, ausgehend von Zuständen von Spannungslandschaften. Rusch, 2013</p>	<p>von korrektiven Erfahrungen in Therapien, ausgehend von Zuständen von Spannungslandschaften. Woitas, in Bearbeitung</p>
<p>5 Qualitative Auswertung des Ausmasses an Veränderung durch korrektive Erfahrungen während Sitzungen, ausgehend von Spannungslandschaften. Renggli, 2013 ; Schmid, in Bearbeitung</p>	<p>20, 23, 24, 25 Qualitative Auswertung der Übereinstimmungen zwischen Patientinnen bzw. Patienten und Therapeutinnen bzw. Therapeuten in der Identifizierung und Beschreibung von korrektiven Erfahrungen. Dähler, 2014</p>

4 Studien

Aus den vorhandenen Datensätzen (s. Tabelle 1, S. 41) wurden elf für vertiefte Auswertungen im Rahmen der drei bereits erwähnten *Studien* und für die spätere Darstellung in der vorliegenden Dissertation ausgewählt. Die Studien bieten sich ergänzende Perspektiven zur Beantwortung der allgemeinen Fragestellungen des Forschungsprojekts (s. Einleitung). Da der grösste Teil des Vorgehens den drei *Studien* gemeinsam ist, wird dieses nur einmal im vorliegenden Kapitel dargestellt. Darauf folgt die Darstellung der drei *Studien* in den Kapiteln 5 bis 7.

Korrektive Erfahrungen wurden sowohl auf der Ebene von Sitzungen als auch auf der Ebene ganzer Psychotherapien oder Psychotherapie-Perioden erfasst. Im Folgenden sind mit der „Ebene von ganzen Psychotherapien“ die Psychotherapie-Perioden mitgemeint. Für die zwei Ebenen wurden zwei parallele Interview-Vorgehensweisen (BSR und HEKSP, s. Kap. 4.2.2 und 4.3.2) an zwei ähnlichen Stichproben („Stichprobe Sitzungen“ und „Stichprobe Therapien“, s. Kap. 4.2.1 und 4.3.1) verwendet.

Nach der Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Rekrutierung (zum Vorgehen für die Stichprobenwahl s. Kap. 4.2.1 und 4.3.1) wurden deren Therapeutinnen und Therapeuten per E-Mail gefragt, ob Kontraindikationen für eine Studienteilnahme bestünden, so z. B. eine belastete Beziehung mit der Therapeutin oder mit dem Therapeuten oder Probleme mit der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ als Institution. Wurde bestätigt, dass aus Therapeutinnen- bzw. Therapeutensicht keine Kontraindikation bestand, so wurden die Patientinnen und Patienten kontaktiert. Die Kontaktaufnahme geschah in der Regel telefonisch durch den Autor oder durch eine Hilfsassistentin. Die Patientinnen und Patienten wurden gefragt, ob sie an einem Interview über „Erfahrungen während der Therapie“ teilnehmen würden. Wenn aber die Therapeutin oder der Therapeut das wünschte, wurden die Patientinnen und Patienten direkt von ihnen angefragt.

Die Interviews fanden danach an der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ der Universität Bern statt, wo, wie bereits dargestellt, Psychotherapien nach den Prinzipien der Psychologischen Therapie (Grawe, 1998) durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um eine integrative Form von kognitiver Verhaltenstherapie, bei der kognitiv-verhaltenstherapeutische, interpersonelle und humanistische Interventionen vor dem Hintergrund von individuellen Fallkonzeptionen integriert werden. Die Psychotherapien werden von Psychologinnen und Psychologen mit Universitätsabschluss durchgeführt. Es finden Einzel-, Paar- und Gruppentherapien statt.

Diese Psychotherapie-Sitzungen werden generell für Supervisions- und in der Regel auch für Forschungszwecke auf Video aufgenommen. Es erfolgen jeweils zwei Arten von Video-Aufnahmen: Eine Aufnahme des gesamten Therapieraumes und Portrait-Aufnahmen (Teil des Oberkörpers, wobei auf das Gesicht fokussiert wird) von zwei Personen (Patientin bzw.

Patient und Therapeutin bzw. Therapeut). Beim Abspielen der Portrait-Aufnahmen erscheinen die zwei Personen nebeneinander in der linken bzw. rechten Bildschirmhälfte.

Zu Beginn von Psychotherapien werden DSM-IV-Diagnosen mittels SKID-I-, sowie, wenn nach klinischer Einschätzung eine Persönlichkeitsstörung vorliegen könnte, zusätzlich auch mit SKID-II-Interviews (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) gestellt.

4.1 Interviewerinnen und Interviewer

Die Interviews wurden von fünf Personen ausgeführt, und zwar durch:

- den Autor, einen Psychologen in psychoanalytischer Weiterbildung, mit zwei Jahren klinischer Erfahrung (46 Interviews);
- drei Psychologie-Master-Studierende (zwei weiblich, einer männlich) mit abgeschlossenem Bachelor-Studium der Psychologie, die ihre Masterarbeit zum Thema „Korrektive Erfahrung“ schrieben (35 Interviews);
- den Erstbetreuer der vorliegenden Dissertation, einen Professor der klinischen Psychologie mit Teil-Ausbildung in verschiedenen Verfahren und abgeschlossener kognitiv-verhaltenstherapeutischer Weiterbildung; über 30 Jahren klinischer Erfahrung (1 Modell-Interview).

Die Studierenden waren zuvor vom Autor intensiv (unter anderem mit Hilfe mehrerer Probe-Interviews und Video-Feedbacks) in der Interviewführung geschult worden.

4.2 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen

4.2.1 Stichprobe Sitzungen

Zu drei Zeitpunkten innerhalb von eineinhalb Jahren wurde eine Liste der an der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ der Universität Bern laufenden Psychotherapien zusammengestellt. Aus diesen Listen wurden insgesamt 91 Patientinnen und Patienten nach einem dem Zufallsprinzip nahen Verfahren ausgewählt. Es war insofern keine reine Zufallsauswahl, als pro Therapeutin bzw. Therapeuten maximal zwei Patientinnen oder Patienten ausgewählt worden waren. Damit sollte der Aufwand zum Ausfüllen von Therapeutinnen- und Therapeutenfragebögen (s. Tabelle 1, S. 41) reduziert (für jedes Patientin- oder Patienteninterview war ein Fragebogen vorgesehen) und gleichzeitig die Teilnahmebereitschaft der Therapeutinnen und Therapeuten insgesamt erhöht werden.

Von diesen 91 Patientinnen und Patienten wurden 16 aufgrund von Kontraindikationen gemäss Therapeutinnen- bzw. Therapeutenaussagen (s. Kap. 4.6.1) ausgeschlossen. Von den 75 kontaktierten Patientinnen und Patienten lehnten 18 eine Studienteilnahme ab, 7 waren mit einer Teilnahme einverstanden, aber die Terminvereinbarung gelang nicht, und bei 4 konnte das Interview aus anderen Gründen nicht stattfinden. Parallel dazu wurden zehn zusätzliche Patientinnen und Patienten, wovon alle am Projekt teilnahmen, auf Empfehlung von derer Therapeutinnen und Therapeuten kontaktiert. Insgesamt wurden 56 von 101 ausgewählten

Patienten (55%) über das Vorkommen von korrektiven Erfahrungen während einer Psychotherapie-Sitzung interviewt. Es gab keine Kriterien für die Auswahl der Psychotherapie-Sitzungen, so dass die Interviews stattfanden, sobald ein Termin für das Interview organisiert werden konnte. Die Psychotherapie-Sitzungen dauerten 31-128 Min. ($M: 61$; $SD: 17$).

Im Folgenden werden nur diejenigen Patientinnen und Patienten beschrieben, die in der untersuchten Psychotherapie-Sitzung eine korrektive Erfahrung identifiziert hatten. Diejenigen, die keine identifiziert hatten, gehörten nämlich zur „Stichprobe Therapien“ (s. Kap. 4.3.1). Es handelte sich um 25 Patientinnen und 17 Patienten, wobei nicht alle persönlichen Daten vorhanden sind. Die insgesamt 42 Personen waren im Alter von 19-68 Jahren ($M: 37$; $SD: 15$; das Alter eines Patienten war unbekannt), wovon 27 (64%) ledig, 8 (19%) verheiratet, 4 (10%) getrennt oder geschieden und 1 (2%) verwitwet waren. Die höchste abgeschlossene Ausbildung war in 1 (2%) Fall die Grundschule, in 15 (36%) Fällen eine Lehre, in 7 (17%) Fällen eine Matura oder ein Lehrerinnen- und Lehrerseminar und in 17 (40%) Fällen ein Hochschulabschluss. In 2 (5%) Fällen fehlten die Daten über Zivilstand und Ausbildung. Die Patientinnen und Patienten hatten 3-121 Psychotherapie-Sitzungen ($M: 33$; $SD: 25$) während 2-114 ($M: 21$; $SD: 25$) Monaten gehabt. Zwei befanden sich in Gruppen-, 40 in Einzeltherapie. Sie hatten 0-3 DSM-IV-Diagnosen ($M: 1.8$; $SD: 0.8$). Die Hauptdiagnosen auf Achse-I waren 14 (33%) depressive Störungen, 12 (29%) Angststörungen, 6 (14%) Anpassungsstörungen, 3 (7%) posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), 2 (5%) somatoforme Störungen, 1 (2%) Zwangsstörungen und 1 (2%) Störung mit Trennungsangst. In 2 (5%) Fällen hatten sie keine Diagnose und in 1 (2%) Fall wurde die Diagnosestellung aufgeschoben. Die komorbiden Achse-I-Störungen waren 10 depressive Störungen, 9 Angststörungen, 3 Abhängigkeitserkrankungen, 3 PTBS, 3 somatoforme Störungen, 1 Zwangsstörung und 1 Fütterstörung des frühen Kindesalters¹. Die Stellung einer komorbiden Diagnose wurde aufgeschoben. Die GAF-Werte schwankten zwischen 50-85 ($M: 66$; $SD: 10$; der GAF-Wert eines Patienten fehlte).

Die 30 Therapeutinnen und 8 Therapeuten befanden sich im Alter von 26-50 Jahre ($M: 34$; $SD: 6$). Fünf waren erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten und Supervisorinnen und Supervisoren mit mehr als 10 Jahren klinischer Erfahrung, 33 befanden sich in postgradualer psychotherapeutischer Weiterbildung. Ein Therapeut hatte drei der Patientinnen und Patienten der „Stichprobe Sitzungen“ behandelt, eine Therapeutin und ein Therapeut je zwei Patientinnen und Patienten, 35 Therapeutinnen und Therapeuten je eine Patientin oder einen Patienten.

4.2.2 Interview Sitzungen

Bei dem „Interview Sitzungen“ handelte es sich um eine ins Deutsche bzw. Französische übersetzte und angepasste Version des „Brief Structured Recall“ (BSR) von Elliott und Shapi-

¹ Diese Diagnosestellung ist auch im Erwachsenenalter möglich, sofern die Störung vor dem 6. Lebensjahr auftritt und weiterbesteht (Saß, Wittchen, & Zaudig, 1996). Denkbar ist bei der betreffenden 45-jährigen Patientin ohne vordergründige Essproblematik aber auch z. B. ein Codierungsfehler beim Eingeben der Diagnose in die Datenbank.

ro (1988); der Einfachheit halber wird im Folgenden mit der Abkürzung „BSR“, wenn nicht anders vermerkt, „Interview Sitzungen“ gemeint. Der vollständige, hier benutzte Leitfaden befindet sich im Anhang. Die Besonderheit dieses halbstandardisierten Interviews liegt darin, dass Therapeutische Ereignisse mit Hilfe von videobasierten Gedächtnisstützen rekonstruiert werden. Dieses Verfahren wird empfohlen, um qualitative Daten über korrektive Erfahrungen zu gewinnen (Hill, et al., 2012). Ein weiterer Grund für die Wahl eines videogestützten Rekonstruktions-Interviews lag in der grossen Erfahrung und Expertise der Arbeitsgruppe rund um Franz Caspar (s. Caspar, 1997). Eine ausführliche Diskussion der Vor- und Nachteile dieser und ähnlicher Methoden bietet Calderhead (1981).

Beim vorliegenden Forschungsprojekt wurden die Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Psychotherapie-Sitzung getroffen. Nach einer kurzen Pause (5-10 Min.; in zwei Fällen fand das Interview einige Stunden später, in einem Fall drei Tage später statt) bekamen sie zunächst eine mündliche und schriftliche Teilnehmenden-Information (s. Kap. 4.6). Danach wurde der Begriff „Korrektive Erfahrungen“ folgendermassen standardisiert eingeführt, wobei im Einzelfall zusätzliche Erklärungen gegeben werden konnten:

In Studien im Gebiet der Psychotherapie wird unter anderem versucht herauszufinden, was dafür verantwortlich ist, was sich aus einer Therapie ergibt. Es gibt beispielsweise Studien, die untersuchen, ob es einen Unterschied macht, ob der Therapeut männlich oder weiblich ist, oder es gibt Studien, die untersuchen, ob sich die Dauer einer Psychotherapie irgendwie auswirkt. In dieser Studie geht es um die Untersuchung bestimmter Erfahrungen, die im Verlauf einer Psychotherapie gemacht werden können, sogenannte neue und verändernde Erfahrungen.

Damit gemeint sind neue Erfahrungen im Leben einer Person. Also Erfahrungen, Erlebnisse, Sichtweisen oder Verhaltensweisen, die eine Person bis zum Therapiebeginn noch nicht oder nur zu einem geringen Anteil kannte. Diese Erfahrungen sind anders als bisher. Solche Erfahrungen können, vom Gefühl her, zu einer Veränderung führen. Sie können sich direkt innerhalb der Psychotherapiestunden ereignen, aber auch ausserhalb. Doch beschränkt sich unsere Befragung auf die Periode, während derer Sie in Therapie waren.

Bei dieser Einführung in das Thema der korrektiven Erfahrung wurden, wie beispielsweise bei Burnett (1999) und Kühnlein (1999), die Erfahrungen an sich von möglicherweise dadurch entstehenden Veränderungen bewusst unterschieden. Damit sollen auch Erfahrungen, die von Patientinnen und Patienten (noch) nicht mit bestimmten Folgen in Zusammenhang gebracht wurden, berücksichtigt werden. Das heisst, dass (alle) Erfahrungen erfasst werden sollen, die einmal potentiell zu anhaltenden positiven Veränderungen beitragen könnten; womit unter anderem die Bedeutsamkeit von anderen beteiligten Faktoren verdeutlicht wird (Caspar & Berger, 2007). Zudem erscheint dieses Vorgehen deshalb wichtig, da während Interviews häufig der Eindruck entstand, dass Patientinnen und Patienten aufgrund von sozialer Erwünschtheit (z. B. um ihre Therapeutin oder ihren Therapeuten in ein gutes Licht zu stellen) ohnehin einen inneren Druck verspürten, möglichst viele positive Folgen der geschilderten Erfahrung zu berichten. Durch das gewählte Vorgehen wurde dieser Tendenz entgegengewirkt und allfällige negative oder neutrale Erfahrungen konnten eher

angesprochen werden. Hätte hingegen sichergestellt werden müssen, dass die untersuchten Erfahrungen tatsächlich positive Folgen hatten, so hätte zunächst nach Letzteren gefragt werden können, z. B. indem korrektive Erfahrungen mit den zwei Fragen „What changed?“ und „How did it change?“ untersucht worden wären (Carey et al., 2007; Clarke, Rees, & Hardy, 2004; Friedlander, et al., 2012; Klein & Elliott, 2006; Orford, Hodgson, Copello, Wilton, & Slegg, 2009; Paulson, Truscott, & Stuart, 1999).

Auf der Basis der oben erwähnten Einführung wurden Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie in der soeben abgeschlossenen Psychotherapie-Sitzung eine solche „neue und möglicherweise verändernde Erfahrung“ erlebt hätten. War dies nicht der Fall, so wurde mit dem „Interview Therapie“ (s. Kap. 4.3.2) weitergemacht. Wurde hingegen eine derartige Erfahrung erwähnt, so wurde diese mit Hilfe der Videoaufnahme der Psychotherapie-Sitzung genauer identifiziert. Die Videoaufnahme wurde so lange durchsucht, bis die Patientin oder der Patient sagte, welcher Zeitpunkt den Beginn der Erfahrung darstelle. Dies konnte ein beliebiger Zeitpunkt sein; häufig entsprach es dem Beginn einer mündlichen Aussage. Danach wurde die Patientin oder der Patient gebeten, die Videosequenz anzuschauen, sich in die Erfahrung hineinzusetzen und mitzuteilen, wann diese zu Ende war. Die Zeitpunkte von Beginn und Ende wurden auf eine Sekunde auf- bzw. abgerundet. Da eine Erfahrung aus mehr als einer Episode bestehen konnte, wurde diese Prozedur für jede Episode wiederholt. Um möglichen Schwierigkeiten bei der Hineinversetzung vorzubeugen, wurden allfällige Befürchtungen besprochen und auch gesagt, dass das Sich-im-Video-Anschauen selbst für Therapeutinnen und Therapeuten mit Videofeedback-Erfahrung immer noch schwierig sein könne.

Als Nächstes wurde die Patientin bzw. der Patient gebeten, die Erfahrung in eigenen Worten zusammenzufassen. Die Interviewenden versuchten ihrerseits, sich ein Bild von der Erfahrung zu machen und stellten dazu solange Fragen, bis ein Verständnis der Situation erreicht wurde. Im Laufe dieses Prozesses wurde die Patientin oder der Patient auch ermutigt, das Geschilderte frei zu ergänzen. Danach wurde die Erfahrung in Phasen unterteilt, und zwar in aller Regel in die Phasen *vor*, *während* und *nach* der Erfahrung, wobei diese Unterteilung fast immer aktiv von Interviewenden vorgenommen wurde. Es folgten Fragen zu Kognitionen, Emotionen, Motivationen, Verhaltensweisen und Therapeutin- bzw. Therapeutenbezügen (also z. B. Kognitionen oder Emotionen, die sich auf die Therapeutin bzw. den Therapeuten bezogen) während der vorgeschlagenen Phasen der Erfahrung. Anschliessend folgten Fragen zu bereits aufgetretenen und mittelfristig erwarteten Folgen der Erfahrung.

Die vorgegebene Definition der korrektiven Erfahrung impliziert bereits, dass diese, mindestens in ihrem Ausmass, neu sei. Trotzdem konnten Interviewende diesen Punkt nach eigener Einschätzung weiter klären, insbesondere wenn der Eindruck entstanden war, dass es sich z. B. um eine zwar einsichtsreiche und intensive, jedoch nicht neue Erfahrung handelte. Dazu stellten sie Fragen wie: „Machten Sie diese Erfahrung zum ersten Mal? Ist sie allenfalls eine Wiederholung einer Erfahrung, die Sie bereits gehabt hatten?“. Auf ähnliche Weise wurden Fragen zur Beurteilung der Adaptivität der Erfahrung gestellt wie: „War es insgesamt positiv

oder negativ, dass Sie diese Erfahrung machten? Wie war Ihr allgemeines Gefühl während und nach dieser Erfahrung?“. Zusätzlich diente auch die oben erwähnte Erfassung von Folgen der Erfahrung auch der Erfassung der Adaptivität.

Mit den folgenden Fragen wurde erhoben, ob diverse Kontextfaktoren vorhanden waren und gegebenenfalls einen Zusammenhang mit der Erfahrung aufwiesen:

Passierte etwas im vorherigen Verlauf dieser Therapie-Sitzung, zu dem das Ereignis (Ihrer Vermutung nach) in Zusammenhang steht? Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Ereignis und etwas, das sich in den vergangenen Therapiestunden ereignet hat? Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Ereignis und der Therapeutin oder dem Therapeuten als Person? Sehen Sie einen Bezug zwischen etwas, was Sie in der vergangenen Woche oder in einer der letzten Wochen erlebt hatten, und dem Ereignis? Fällt Ihnen etwas ein, das sich früher in Ihrem Leben zugetragen hat, das mit dem Ereignis in Bezug steht? Können Sie an bestimmte Wünsche und Ängste von Ihnen denken, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen? Können Sie einen Zusammenhang zwischen Stärken und Schwächen von Ihnen und dem Ereignis sehen? Kommt Ihnen etwas aus Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation in den Sinn, bei dem Sie einen Zusammenhang mit dem Ereignis sehen?

Diese Interviews dauerten 61-142 Min. (*M*: 108; *SD*: 21). Vor allem bei der Beantwortung der ersten offenen Fragen waren die Patientinnen und Patienten häufig sehr vertieft und gaben ausführliche Antworten. Aus zeitlichen Gründen konnte es sich somit ergeben, dass spätere Fragen (vor allem zu den Kontextfaktoren) nicht mehr gestellt werden konnten, was zu Datenlücken führen konnte. Es ergaben sich jedoch auch bei nicht gestellten Fragen nicht immer Datenlücken, da Angaben, z. B. über Kontextfaktoren, im Rahmen der offenen Schilderungen gemacht werden konnten, ohne dass explizit danach gefragt wurde.

4.3 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Therapien

4.3.1 Stichprobe Therapien

Zwei Subgruppen von Patientinnen und Patienten wurden über das Vorkommen von korrektiven Erfahrungen im Laufe ganzer Psychotherapien oder Psychotherapie-Perioden interviewt, und zwar:

- a) 14 Patientinnen und Patienten mit einer laufenden Psychotherapie (Interview-Variante HEKSP-b). Dreizehn von ihnen hatten im „Interview Sitzung“ keine korrektive Erfahrung identifiziert. Diese Patientinnen und Patienten wurden deshalb über korrektive Erfahrungen in der Periode seit Beginn der Psychotherapie interviewt;
- b) Dreiundzwanzig Patientinnen und Patienten, die ihre Psychotherapie max. sechs Monate vor der Kontaktaufnahme abgeschlossen hatten (Variante HEKSP-a, falls zuvor kein anderes Interview stattgefunden hatte). Von diesen hatten 8 bereits am „Interview Sitzung“ teilgenommen, als ihre Psychotherapie noch lief (Variante HEKSP-c). Eine einzige Patientin nahm zweimal am „Interview Therapie“ teil, und zwar sowohl während der laufenden Psychotherapie (Variante HEKSP-b) als auch wieder nach Abschluss derselben (Variante HEKSP-d).

Insgesamt nahmen 38 von 62 ausgewählten Patienten teil (61%). Die Gründe für eine Nicht-Teilnahme waren: Ablehnung durch die Patientin oder den Patienten (10 Patientinnen und Patienten), misslungene Terminvereinbarung (4), spezielle Datenschutzgründe (3), Ausschluss durch die Therapeutin (1) und andere Gründe (6).

Die 20 Patientinnen und 18 Patienten befanden sich im Alter von 20-68 Jahren ($M: 37$; $SD: 13$). In 2 (5%) Fällen fehlten die Daten über Zivilstand und Ausbildung. Sechszwanzig (68%) waren ledig, 6 (16%) verheiratet, 4 (11%) getrennt oder geschieden. Ein (3%) Patient hatte keinen formalen Schulabschluss, 13 (34%) hatten eine Lehre abgeschlossen, 6 (16%) hatten eine Matura oder ein Lehrerinnen- und Lehrerseminar abgeschlossen und 16 (42%) hatten einen Hochschulabschluss.

Die Patientinnen und Patienten hatten 4-121 Psychotherapie-Sitzungen ($M: 33$; $SD: 25$) während 2-114 ($M: 21$; $SD: 25$) Monaten durchlaufen. Eine Person war in Gruppen-, 37 in Einzeltherapie. Sie hatten 0-5 Diagnosen ($M: 1.6$; $SD: 1.0$). Die Hauptdiagnosen auf Achse-I waren 16 (42%) depressive Störungen, 12 (32%) Angststörungen, 3 (8%) Anpassungsstörungen und je 1 (je 3%) Zwangsstörung, Abhängigkeitserkrankung und bipolare Störung. In 3 (8%) Fällen wurde keine Diagnose gestellt und in 1 (3%) Fall wurde die Diagnosestellung aufgeschoben. Die komorbiden Achse-I-Störungen umfassten 10 depressive Störungen, 4 Angststörungen, 2 PTBS, 2 somatoforme Störungen und je 1 Abhängigkeitserkrankung, Zwangsstörung, Schlafstörung und Fütterstörung der frühen Kindheit^{1, 5. 49}. Die Stellung einer komorbiden Diagnose wurde aufgeschoben und die GAF-Werte schwankten zwischen 45-90 ($M: 68$; $SD: 11$).

Die 27 Therapeutinnen und 9 Therapeuten befanden sich in einem Alter von 28-50 Jahren ($M: 34$; $SD: 5.5$). Vier davon waren erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten sowie Supervisorinnen und Supervisoren mit mehr als 10 Jahren klinischer Erfahrung, 32 befanden sich in postgradualer psychotherapeutischer Weiterbildung. Zwei Therapeuten hatten je zwei Patientinnen oder Patienten der Stichproben Therapie behandelt, 34 Therapeutinnen und Therapeuten je eine Patientin oder einen Patienten.

4.3.2 Interview Therapien

Beim "Interview Therapien" handelt es sich um den in der Tabelle 1 bereits erwähnten „Halbstandardisierten Interviewleitfaden zur Exploration Korrektiver Erfahrungen aus Sicht des Patienten“ (HEKSP). Dieser Leitfaden wurde vom Autor, Rhea Balderer und Moritz Pohlmann in Anlehnung an Interview-Leitfäden zur Exploration von Therapeutischen Ereignissen nach abgeschlossenen Psychotherapien (Elliott, 1996; Friedlander, et al., 2012) entwickelt und angepasst, um zwecks Vergleichbarkeit der Befunde dem BSR ähnlich zu sein (Balderer, 2011). Je nach Zeitpunkt und Umständen der Durchführung wurden vier Versionen unterschieden:

HEKSPa: durchgeführt am Ende einer Psychotherapie;

HEKSPb: durchgeführt während einer noch laufenden Therapie, bezogen auf die Zeit zwischen Beginn derselben und dem Interviewzeitpunkt;

HEKSPc: durchgeführt am Ende einer Psychotherapie, während derer bereits ein BSR durchgeführt worden war;

HEKSPd: durchgeführt am Ende einer Psychotherapie, während derer bereits ein HEKSP-b-Interview durchgeführt worden war. Das Interview bezog sich auf die Zeit zwischen dem HEKSP-b-Interview und dem Psychotherapieabschluss.

Die vier Versionen wurden rein formal definiert, inhaltlich waren sie identisch.

Die Interviews enthielten zu Beginn dieselbe Teilnehmerinformation und dieselbe Einführung in das Thema der korrektiven Erfahrung wie beim BSR. Danach folgte die Frage, ob im Laufe der Psychotherapie(-Periode) derartige „neue und möglicherweise verändernde Erfahrungen“ stattgefunden hätten. Allfällige Erfahrungen sollten zunächst mit wenigen Sätzen zusammengefasst werden, um erst später detaillierter exploriert zu werden. Aufgrund der grossen Anzahl berücksichtigter Psychotherapie-Sitzungen und der Möglichkeit von korrektiven Erfahrungen ausserhalb derselben wurden die Videoaufnahmen der Psychotherapie-Sitzungen im Rahmen der „Interviews Therapien“ nicht verwendet. Die Unterteilung der korrektiven Erfahrungen in Phasen, die Exploration derselben und die Einschätzung der Adaptivität erfolgten auf dieselbe Weise wie beim BSR. Das Vorgehen wurde für jede erwähnte Erfahrung wiederholt.

Die Exploration jeder Erfahrung endete mit Fragen zur Topographie derselben. So wurde gefragt, ob die jeweilige Erfahrung „zu Beginn, in der Mitte, oder gegen Ende“ der Psychotherapie stattgefunden hatte, wobei jeweils mehr als eine Option gewählt werden konnte. Bei laufenden Therapien musste die Frage auf die Therapiephase bezogen werden, in der sich die Patientin bzw. der Patient nach seiner eigenen Einschätzung befand (schätzte z. B. eine Patientin ein, sich in der Therapiemitte zu befinden, so konnte eine Erfahrung zu Beginn, in der Mitte, oder zu beiden Zeitpunkten stattgefunden haben). Danach wurde gefragt, ob die Erfahrung (primär) innerhalb von Psychotherapie-Sitzungen, (primär) zwischen Sitzungen oder in beiden Zeiträumen (z. B. bei einer Erfahrung, die aus emotionalen Prozessen während Psychotherapie-Sitzungen und Verhaltensweisen zwischen den Psychotherapie-Sitzungen bestand) stattgefunden hatte. Des Weiteren sollten die Patientinnen und Patienten beurteilen, ob die Erfahrung aus einer einzigen, zwei, mehreren oder vielen Episoden bestanden hatte. Sie wurden ausserdem gefragt, ob die „Erfahrung als Ganzes“ von „geringer, mittlerer oder grosser“ Intensität gewesen war. Für Erfahrungen, die aus mehr als einer Episode bestanden hatten, wurde zusätzlich der Verlauf der Intensität beurteilt (abnehmende, konstante oder zunehmende Intensität). Schliesslich beurteilten die Patientinnen und Patienten für jede Erfahrung, ob sie „(weitere) Wiederholungen brauchen werden, um einen positiven Effekt derselben wahrnehmen zu können“. Am Ende des Interviews wurde zudem die Frage gestellt, ob auch (zusätzliche) „negative Erfahrungen“ stattgefunden hätten.

Die Interviews dauerten 56-229 Min. ($M: 122$; $SD: 41$). Wie schon beim BSR waren Patientinnen und Patienten häufig sehr vertieft in den Interviewprozess, was vor allem bei offenen Fragen zu langen und detaillierten Antworten führen konnte. Aus Zeitgründen konnten sich dann fehlende Werte ergeben, beispielsweise bei den Fragen zu Kontextfaktoren.

4.4 Codierungen und Ratings der Interviews

Die Videoaufnahmen der 73 Interviews wurden durch fünf Psychologie-Master-Studierende (drei weiblich, zwei männlich) mit abgeschlossenem Psychologie-Bachelorstudium, die zu jenem Zeitpunkt ihre Masterarbeit zum Thema der korrektiven Erfahrung schrieben, codiert und geratet. Acht der Interviews (3 BSR, 5 HEKSP) mussten aus unterschiedlichen Gründen (speziellen Datenschutzgründen, Interviewsprache Französisch, technische Probleme) von den Auswertungen ausgeschlossen werden.

Die Studierenden verfassten während des Anschauens der Videoaufnahmen von den Interviews Notizen. Diese konnten unterschiedlich detailliert sein, variierend von groben Zusammenfassungen bis hin zu wortwörtlichen Wiedergaben, je nachdem, wie relevant die Inhalte für die geplanten späteren Auswertungen waren. Die Einschätzung der Relevanz der Inhalte erfolgte durch die Studierenden. Da diese Notizen zwar als Arbeitsinstrument für spätere Auswertungen dienten, per se aber noch kein Ergebnis darstellten, wurden sie nicht auf Beurteilenden-Übereinstimmung hin überprüft.

Die einzelnen Codierungen und Ratings waren studienspezifisch und werden erst im Kapitel der jeweiligen *Studie* genauer dargestellt.

4.5 Erwartungshaltungen

Das Hauptziel des „Forschungsprojekts korrektive Erfahrungen“ bestand in der Beschreibung korrektiver Erfahrungen mit Hilfe konnektionistischer Modelle, und zwar ausgehend vom Spannungslandschafts-Modell von Caspar und Berger (2012, s. Kap. 2.2.2). Korrektive Erfahrungen, so die Annahme, liessen sich mit diesem Modell, welches die Abfolge von drei Zuständen beschreibt (ein LM mit mittlerer Spannung; ein IZ mit hoher Spannung; ein LM mit geringer Spannung), besonders gut und besonders häufig verstehen.

Wie in der qualitativen Forschung üblich, liess sich diese Annahme nicht durch mehr oder weniger eindeutig objektivierbare Messungen bestätigen oder widerlegen. Vielmehr lagen zwischen den Rohdaten (tatsächlichen Vorgängen bei Patientinnen und Patienten) und den Endbefunden (Texte und Zahlen) sehr subjektive Auswertungsschritte. Es ist dabei nicht zu vermeiden, dass Erwartungshaltungen (Sim, Huang, & Hill, 2012) den Auswertungsprozess beeinflussen. Daraus resultierende Verzerrungen können zudem durch Machtgefälle zwischen den Hierarchiestufen (z. B. Projektleitende, Assistierende, Masterstudierende) zusätzlich verstärkt werden (Sim, et al., 2012).

Besonders der Umgang mit den folgenden zwei Umständen – folgend als Forschungsfragen formuliert – war im gegebenen Forschungsprojekt anfällig für Verzerrungen durch Erwartungshaltungen:

1. Lassen sich konnektionistische Modelle zum Verständnis korrektiver Erfahrungen tatsächlich anwenden?
2. Wenn ja: Lassen sich korrektive Erfahrungen tatsächlich gut und häufig durch das Spannungslandschafts-Modell von Caspar und Berger (2012) beschreiben?

An diversen Stellen konnten Erfassung und Auswertung der Daten systematisch, im Sinne einer nicht sachgerechten positiven Antwort auf diese zwei Fragen, verzerrt werden, so zum Beispiel bei der Interviewdurchführung (suggestive Fragen), bei der Interviewauswertung (Anwendung des Modells an Interviews anstatt Modellbildung, ausgehend von Interviews) und schliesslich auch bei der Interpretation der Ergebnisse (Interpretieren von Informationen, die in den Daten gar nicht enthalten sind).

Im gegebenen Forschungsprojekt bestand aus diversen Gründen ein Potential für Verzerrungen der Ergebnisse durch Erwartungshaltungen. Erstens erfolgten Planung, Leitung und Durchführung innerhalb derselben Abteilung, d.h. es gab keine unbeteiligte Dritte. Auch erfolgte keine unabhängige Supervision oder Ähnliches. Zweitens erfolgten keine in Bezug auf theoretischen Hintergrund und Forschungsziele blinde Durchführung und Auswertung der Interviews. Drittens erwarteten alle Projektbeteiligten, von der Projektleitung über Masterstudierende bis hin zu den Hilfsassistenten, positive Antworten auf die zwei obigen Fragen. Eine Reflexion dieser Risiken für tendenziöse Befunde wurde für die fünf Studierenden, die Codierungen und Ratings vornahmen (s. Kap. 4.4), gemäss den Empfehlungen von Sim et al. (2012) schriftlich festgehalten (siehe Anhang). Von den übrigen Projektbeteiligten sammelte der Autor mündliche Eindrücke.

Diese Umstände scheinen die Objektivität eines wesentlichen Teils der Ergebnisse des vorliegenden Forschungsprojekts in Frage zu stellen, namentlich von *Studie 1* und *Studie 3*. Sie wären in einem grossen Umfang jedoch nur mit einer entsprechenden materiellen Investition zu beseitigen gewesen. So wären z. B. Kosten für externe Beratungen, Interviewende (es wäre weder für den Autor noch für Masterstudierende machbar gewesen, Theorie und Forschungsziele erst nach den Interview-Durchführungen zu erfahren) und Interview-Auswertende entstanden. Solche Investitionen wären in Anbetracht der ohnehin begrenzt verfügbaren materiellen Ressourcen und des frühen Forschungsstadiums des Projekts kaum zu rechtfertigen gewesen.

Um mögliche negative Auswirkungen dieser Umstände auf die Objektivität dennoch zu identifizieren, einzugrenzen und zu reduzieren, wurden diverse Massnahmen getroffen. Diese dienten unter anderem dazu, den Einfluss von Erwartungshaltungen zu kontrollieren und eine akzeptable Objektivität zu gewährleisten:

- Erwartungshaltungen wurden gemäss den Empfehlungen von Sim et al. (2012) bewusst gemacht, im zweiten Projektteil (Interview-Auswertungen) auch schriftlich. Es fanden regelmässige und eigens dafür vorgesehene Gespräche zwischen dem Autor und den Masterstudierenden statt, um Erwartungshaltungen und deren Beeinflussung des Auswertungsprozesses zu thematisieren und im Einzelnen mögliche Gegenmassnahmen zu suchen. Eine häufige Gegenmassnahme bestand beispielsweise darin, sich in die Patientin bzw. den Patienten hineinzusetzen oder von eigenem ähnlichem Erleben auszugehen: Auf dieser Basis sollte erneut beurteilt werden, ob der bisher für die jeweilige korrektive Erfahrung angenommene Spannungsverlauf bestätigt werden konnte. Eine andere Gegenmassnahme bestand darin, die Auswertung einige Tagen oder sogar Wochen zu unterbrechen und später wieder aufzunehmen.
- In den erwähnten Gesprächen wurden auch allfällig verstärkte Beeinflussungen der Erwartungshaltungen durch Machtgefälle, so z. B. eine mögliche studentische Unterdrückung einer nicht modellkonformen Lösung, die auch nicht der Meinung des Assistierenden entspricht, ebenfalls thematisiert. Gemäss den Empfehlungen von Sim et al. (2012) wurde eine offene Gesprächskultur gepflegt und viel Wert auf die Einstellung gelegt, dass unterschiedliche Hierarchiestufen nicht mit unterschiedlichem Fachwissen verbunden sein müssen. Im Zweifelsfall lag die Verantwortung für Auswertungen zwar beim Autor, eine derart hierarchische Entscheidung war aber fast nie notwendig. (Es sei angemerkt, dass solche Gespräche, neben einem direkten Einfluss der Auswertungen, auch zu einer positiven Gruppenatmosphäre beigetragen hatten, was motivationsfördernd erschien und somit indirekt möglicherweise zu einer besseren Qualität der Auswertungen führte.)
- Mindestens alle für die Endergebnisse relevanten Auswertungsschritte wurden in einem zirkulären Prozess im Konsens von mindestens zwei Personen erarbeitet. Damit sollte vor allem individuellen Erwartungshaltungen entgegengewirkt werden können (Sim, et al., 2012).
- Ebenfalls erfolgten für solche Auswertungsschritte Überprüfungen von Beurteilenden-Übereinstimmungen und Interrater-Reliabilitäten. Im Falle genügender Übereinstimmungen bzw. Reliabilitäten soll die erste Frage, nämlich ob konnektionistische Modelle tatsächlich für die Beschreibung korrekativer Erfahrungen geeignet sind, teilweise auf objektiverer Basis positiv beantwortet werden können. Wären die Modelle schlecht geeignet, wären ungenügende Übereinstimmungen bzw. Reliabilitäten sehr wahrscheinlich.
- Gemäss den Empfehlungen von Mayring (2002) erfolgten die Auswertungen regelgeleitet, transparent und wurden vollständig dokumentiert (s. Anhang).
- Für jede einzelne Fragestellung wurden dieselben Rohdaten mit unterschiedlichen Methoden untersucht, und zwar mit Ratings von Psychotherapie-Sitzungen im Rahmen von *Studie 2* vs. qualitative Auswertungen von Interviews im Rahmen von *Studie 3*. Eine gute Ergebniskonvergenz würde dabei einen tendenziell geringeren Einfluss von Erwartungshaltungen bedeuten.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass ein Teil der Ergebnisse durch Erwartungshaltungen beeinflusst wurde. Das Ausmass dieses Anteils kann nicht näher bestimmt werden. Diese Einschränkung ist für qualitative und explorative Studien jedoch üblich, und es wurden die oben aufgeführten empfohlenen und anerkannten Gegenmassnahmen getroffen. Nur mit unabhängigen Replikationsstudien könnte die Aussagekraft der in diesem Forschungsprojekt bewirkten Ergebnisse überprüft werden.

4.6 Ethische Überlegungen

4.6.1 Patientinnen und Patienten

Die formalen Bedingungen für eine ethisch vertretbare Durchführung der geschilderten Interviews wurden erfüllt. Das im Folgenden aufgeführte Vorgehen wurde am 23.7.2010 per Beschluss Nr. 2010-06-0111 durch die Ethik-Kommission der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern genehmigt.

An der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ der Universität Bern wird zu Beginn jeder Psychotherapie eine allgemeine Einverständniserklärung vorgelegt. Darin können sich Patientinnen und Patienten unter anderem damit einverstanden erklären, zu Forschungszwecken kontaktiert zu werden. Vor der Kontaktaufnahme im Rahmen des gegebenen Forschungsprojekts wurden jedoch Therapeutinnen und Therapeuten zusätzlich gefragt, ob doch allfällige Kontraindikationen bestünden (s. Kap. 4.2.2). Erst nach dieser Abklärung wurden Patientinnen und Patienten gegebenenfalls kontaktiert. Die Studie wurde dabei kurz geschildert („ein Interview über Ihre Erfahrungen in der Therapie, gegebenenfalls mit Hilfe von Videoaufnahmen von Psychotherapie-Sitzungen“), darauf folgte der Hinweis, dass eine allfällige Teilnahme freiwillig sei. Für eine Teilnahme wurden CHF 30.- in Aussicht gestellt. Diese Summe sollte von den meisten Patientinnen und Patienten (die überdurchschnittlich häufig einen höheren sozioökonomischen Status aufwiesen, s. Kap. 4.2.1 und 4.3.1) als kleine Anerkennung verstanden werden, jedoch klein genug sein, um keinen äusseren Druck bei einer allfällig unsicheren inneren Teilnahmebereitschaft zu verursachen.

Zu Beginn der Interviews wurden die Vorgehensweisen genauer erläutert. Es erfolgten nochmals die Hinweise, dass eine Teilnahme freiwillig sei, dass eine Nicht-Teilnahme ohne Konsequenzen (z. B. im Rahmen der laufenden Psychotherapie) wäre und dass ein Abbruch jederzeit und ohne Begründung möglich sei. Auch wurden die Patientinnen und Patienten darüber informiert, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut nur mit ihrem Einverständnis über die Inhalte des Interviews in Kenntnis gesetzt würden und dies nur teilweise. Das Nicht-Informieren der Therapeutinnen und Therapeuten bezweckte einerseits eine grössere Offenheit der Patientinnen und Patienten, andererseits war es insofern als Beitrag für die Patientinnen und Patienten gedacht, sich jederzeit frei fühlen zu können, das Interview abzubrechen. Diese Informationen wurden gleichzeitig mündlich gegeben und in einer schriftlichen Einverständniserklärung vorgelegt (siehe Anhang). Erst wenn die Patientinnen und Patienten diese Einverständniserklärung unterschrieben hatten, wurden die eigentlichen Interviews

begonnen. Am Ende der Interviews wurde genug Zeit reserviert, um Erfahrungen während derselben zu besprechen, insbesondere allfällige negative Erfahrungen oder ungeklärte Fragen. Beim „Interview Sitzung“ wurden Patientinnen und Patienten dann gefragt, ob sie einverstanden wären, die Therapeutin bzw. den Therapeuten über die identifizierte Erfahrung zu informieren. Es wurden schliesslich Kontaktinformationen für allfällige spätere Rückfragen mitgegeben.

Trotz der Erfüllung dieser formalen Kriterien ist zu überlegen, ob das Vorgehen doch noch ethisch bedenkliche Auswirkungen gehabt haben könnte. Nach Abschluss der Datenerhebung können dafür, neben allgemeinen Überlegungen, auch real erhobene Daten und klinische Beobachtungen herangezogen werden.

Das Interview ergab zwar in den meisten Fällen positive Konsequenzen: In 63 Interviews wurde gefragt, ob Patientinnen und Patienten davon hätten profitieren können. In 57 Fällen wurde diese Frage bejaht. Davon wurde in 50 Fällen bestätigt, dass das Interview eine „Vertiefung der psychotherapeutischen Prozesse“ ermöglicht habe; bei den anderen 7 dieser 57 Interviews wurde von mindestens einer weiteren positiven Konsequenz berichtet. In 6 von 63 Interviews wurde die Frage, ob man habe profitieren können, verneint. Umgekehrt wurde direkt im Anschluss an die Interviews in keinem Fall die Frage bejaht, ob das Interview negative Konsequenzen gehabt habe. Mindestens in einem Einzelfall beschwerte sich jedoch eine Patientin bzw. ein Patient während den folgenden Therapiesitzungen.

Diese Daten lassen häufigere negative und gravierendere Konsequenzen der Interviews trotzdem nicht restlos ausschliessen. Die detaillierten Fragen über stattfindende und stattgefundene Psychotherapie-Prozesse bedeuteten nämlich eine ungewohnte und deutlich spürbare Teilnahme einer Drittperson in einem Prozess, der bis anhin in dem Ausmass nur von zwei Personen (Patientin bzw. Patient und Therapeutin bzw. Therapeut) geteilt worden war. Zwar handelte es sich um eine Stichprobe mit Patientinnen und Patienten, die sich durch die Rahmenbedingungen der Psychotherapie an der „Praxisstelle für Psychotherapie“ der Universität Bern (Durchführung in einer mittelgrossen Institution, meistens Durchführung von Abklärung und Psychotherapie durch unterschiedliche Personen, Ausfüllen zahlreicher Fragebögen und damit Kontakt mit Hilfsassistenten, Videoaufnahmen der Psychotherapien) der Teilnahme von Dritten sicherlich bewusster und gewohnter waren als bei Psychotherapien in gewöhnlichen Settings. Doch könnte das Interview als neue Form des Teilnehmens einer Drittperson an einem ursprünglichen Zweier-Prozess nicht absehbare Folgen verursachen. Gemäss klinischen Beobachtungen während der durchgeführten Interviews könnten diese zum Beispiel sein:

- Berührung von wunden Stellen, ohne Möglichkeit, den Umgang mit dieser inneren Situation abzufangen;
- Distanzierung vom therapeutischen Prozess im Rahmen von dessen Reflexion;

- Gefühl, die Therapeutin oder der Therapeut seien nicht gut (was in einer Abwehrreaktion den häufig ohnehin vorhandenen inneren Druck verstärken konnte, die Therapeutin bzw. den Therapeuten in einem guten Licht darzustellen);
- Wunsch, stattdessen besser bei der Interviewerin oder beim Interviewer in Behandlung zu sein;
- Therapieabbrüche im Anschluss an Interviews oder wenige Wochen später.

Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Projektteam und Therapeutinnen und Therapeuten hätte solchen negativen Konsequenzen der Interviews möglicherweise vorbeugen oder mildern können. Eine solche Zusammenarbeit hätte allerdings gegenüber den Patientinnen und Patienten deklariert werden müssen, was wiederum einen Druck auf diese erzeugt haben könnte.

Als Kompromisslösung wurden die Interviews entweder vom Autor durchgeführt, der in fortgeschrittener psychotherapeutischer Weiterbildung war und über klinische Erfahrung verfügte, oder aber von fortgeschrittenen Psychologie-Master-Studierenden, die sehr intensiv vom Autor geschult worden waren. Damit sollte es gelingen, eine grundsätzlich neutrale Haltung während der Interviews einzuhalten, auf „co-therapeutische“ Interventionen zu verzichten, allfällige negative Reaktionen bereits während des Interviews wahrzunehmen und diese abzufangen.

Zusammenfassend kann angenommen werden, dass das Vorgehen formal vollumfänglich genügte und faktisch keine nachgewiesenen ethisch bedenklichen Konsequenzen hatte. Es enthielt jedoch ein Potential für negative Konsequenzen, die im Einzelfall gravierend hätten sein können. Eine einfache Lösung zur Verringerung dieses Potential, ohne dass dafür andere Nachteile hätten in Kauf genommen werden müssen, kann auch nachträglich nicht vorgeschlagen werden. Es bleibt zu überlegen, ob der Nutzen für die Forschung das In-Kauf-Nehmen des besagten Risikopotentials rechtfertigt. Da jedoch zum jetzigen Zeitpunkt beide kaum näher bestimmt werden können, muss auch diese Frage offen gelassen werden.

4.6.2 Therapeutinnen und Therapeuten

Alle Therapeutinnen und Therapeuten, die an der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ der Universität Bern tätig sind, erklären sich (im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung, als klinisch Angestellte, oder beides) grundsätzlich damit bereit, bei Forschungsprojekten der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern mitzumachen. Dazu gehört auch das Einverständnis, dass Videoaufnahmen der von ihnen durchgeführten Psychotherapie-Sitzungen zu Forschungszwecken ausgewertet werden dürfen. Obwohl im Einzelfall kein Teilnahmepflicht besteht, ist eine rege Beteiligung an den verschiedenen Studien ausdrücklich erwünscht.

Im gegebenen Forschungsprojekt wurden sie nach den Interviews mit ihren Patientinnen und Patienten darum gebeten, einen Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen auszufüllen. Dabei ging es hauptsächlich um Einschätzungen der Vorgänge, die sich bei den

Patientinnen und Patienten abgespielt haben mögen, bei wenigen Fragen um eigene, therapie- und situationsbezogene Vorgänge (z. B. Kognitionen, Emotionen). Die Teilnahme war freiwillig und das Projektteam stand für Rückfragen zur Verfügung. Die im Kap. 4.6.1 erwähnte Bewilligung durch die Ethik-Kommission der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern schloss das Vorgehen für die Teilnahme von Therapeutinnen und Therapeuten mit ein.

Aus Therapeutin- bzw. Therapeutenperspektive waren die gegebenen Fragebögen als übliche Studiensituation zu werten. Studienspezifische, ethisch bedenkliche Konsequenzen waren kaum zu erwarten. Trotzdem wäre es formal denkbar gewesen, in einem ersten Schritt eine ausführliche Teilnehmerinformation und eine Einverständniserklärung und erst in einem zweiten Schritt, nach einer allfälligen Einwilligung, den Fragebogen zu schicken. Dies wäre auch aus ökologischer Sicht sinnvoll gewesen, wurden doch viele Fragebögen ausgedruckt, aber nicht verwendet, es hätte aber einen grösseren Arbeitsaufwand und möglicherweise auch eine tiefere Teilnahmequote bedeutet.

Zusammenfassend sind für das Vorgehen für Therapeutinnen und Therapeuten keine relevanten, studienspezifischen ethischen Bedenken zu erkennen.

5 Studie 1: Formen korrektiver Erfahrungen

5.1 Einleitung

Die PSU-Definition der korrektiven Erfahrung (s. S. 18) und dazugehörige theoretische Überlegungen, insbesondere zu Therapeutischen Ereignissen (s. Kap. 2.1.2), bilden den theoretischen Hintergrund von *Studie 1*. Mit dieser sollen topographische Eigenschaften korrektiver Erfahrungen empirisch untersucht werden. Dank der relativ grossen Stichprobe sollte es möglich sein, allgemeine Formen, definiert als Kombination von Ausprägungen topographischer Eigenschaften (s. S. 20) korrektiver Erfahrungen herauszukristallisieren.

Die Untersuchung der Formen korrektiver Erfahrungen ist nützlich für eine tiefergehende Forschung (z. B. Zeitpunkt, wann in Sitzungen nach korrektiven Erfahrungen gesucht werden soll); sie hilft, Hypothesen über zugrunde liegende Prozesse zu formulieren (z. B., ob Wiederholungen von korrektiven Erfahrungen bedeuten, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten wiederholen); und schliesslich hilft sie praktisch Tätigen, ihre Wahrnehmung von laufenden klinischen Prozessen und ihre Bildung klinischer Hypothesen zu verbessern.

Frühere Studien beschrieben die Form einzelner Therapeutischer Ereignisse entweder im Detail oder aber von nur einzelnen Variablen innerhalb von grösseren Stichproben. Das wichtigste Ziel der vorliegenden naturalistischen *Studie* bestand daher darin, mehrere topographische Eigenschaften an einer verhältnismässig grossen Stichprobe empirisch zu beschreiben. Aufgrund der fehlenden Empirie wurde ein beobachtender Ansatz gewählt.

Wie von Elliott und James (1989) empfohlen, wurden die zwei Ebenen „(einzelne) Sitzung“ und „(ganze) Therapie“ unterschieden. Auf der Ebene von Sitzungen werden das Vorkommen und die Eigenschaften von Therapeutischen Ereignissen einzelner Sitzungen untersucht. Auf der Ebene von Therapien wird dasselbe hingegen aus der Perspektive ganzer Therapien gemacht, jedoch ohne notwendigerweise jede einzelne Sitzung zu untersuchen. Ein zusätzliches Ziel der vorliegenden *Studie* bestand darin, durch die vergleichende Untersuchung der Ebenen von Sitzungen und Therapien innerhalb ähnlicher Forschungsanlagen eine integrative Sicht der beiden Ebenen zu ermöglichen.

In den folgenden Kapiteln werden die 14 erhobenen topographischen Eigenschaften vorgestellt. Ein Fallbeispiel soll zunächst die Art der Daten darstellen. Jeweils am Ende eines Kapitels erfolgt die Anwendung der einzelnen topographischen Eigenschaft am Fallbeispiel.

5.1.1 Fallbeispiel: Herr A.

Herr A.² ist ein lediger und knapp dreissigjähriger Koch. Er wurde von seinem Hausarzt aufgrund von Angstproblemen an die Praxisstelle der Universität Bern überwiesen. Im Rahmen der diagnostischen Abklärung zeigte sich, dass die Kriterien einer sozialen Phobie nach DSM-IV erfüllt waren. Zusätzlich wies er subklinische Zwangssymptome (zwanghaftes Zählen) auf.

² Alle Angaben zu Fallmaterialien in der vorliegenden Dissertation sind aus Datenschutzgründen verfremdet.

Zu Beginn der Therapie wurden drei Psychotherapie-Ziele nach der Zielerreichungs-Skala (Goal Attainment Scaling, GAS; Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) formuliert: 1. Weniger Gemütsschwankungen; 2. Fähigkeit zu entscheiden, ob er sich auf das zwanghafte Zählen einlassen will oder nicht; 3. Angstfrei Autofahren können. Nach 11 Monaten wurde ein weiteres Ziel hinzugefügt: 4. Sich in sozialen Situationen wohlfühlen zu können, ohne dafür zählen zu müssen. Neben diesen Zielen bildeten sein unerfüllter Wunsch nach einer heterosexuellen Beziehung und ungelöste Konflikte mit den Eltern bedeutsame Anliegen in der Psychotherapie.

Die Therapeutin war 33-jährig und befand sich in fortgeschrittener psychotherapeutischer Weiterbildung. Die Psychotherapie dauerte 35 Sitzungen, beziehungsweise zwei Jahre und zehn Monate. Zu Beginn fanden die Sitzungen wöchentlich oder zweiwöchentlich statt, danach wurde die Frequenz reduziert. Bei Therapieende wurden die vier Ziele mindestens teilweise erreicht, die Symptome der sozialen Phobie waren subklinisch und der Patient berichtete über eine bessere Kontrolle seiner Zwangssymptome.

5.1.2 Therapeutische Ereignisse auf der Ebene von Sitzungen

5.1.2.1 Fallbeispiel: Herr A.

Nach der 29. Psychotherapie-Sitzung fand ein BSR (s. Kap. 4.2.2) statt, in dem Herr A. das Vorkommen einer korrektiven Erfahrung in der soeben stattgefundenen Sitzung bestätigte. Die korrektive Erfahrung wurde wie folgt zusammengefasst: „Ich sprach zum ersten Mal über ein Thema, mit dem ich mich davor zwar alleine sehr beschäftigt hatte, das ich zuvor aber vermieden hatte, gegenüber anderen anzusprechen.“

5.1.2.2 Anzahl Therapeutischer Ereignisse pro Sitzung

Die Anzahl an von Patientinnen und Patienten berichteten Therapeutischen Ereignisse pro Sitzung variiert zwischen Patientinnen bzw. Patienten (Timulak & Lietaer, 2001) und Sitzungen (Martin, Paivio, & Labadie, 1990; Timulak, Belicova, & Miler, 2010). Sitzungen ohne ein einziges Therapeutisches Ereignis sind jedoch selten (Martin, et al., 1990; Timulak, et al., 2010) und darüber wurden auch selten überhaupt Daten veröffentlicht. Hingegen wurden für einzelne Sitzungen bis zu sieben Therapeutische Ereignisse gefunden (Timulak, et al., 2010). Im Durchschnitt wurden zwischen 1.1 und 4.1 Therapeutische Ereignisse pro Sitzung gefunden, wobei die tieferen Werte Studien entstammen, die auf ein einziges Therapeutisches Ereignis fokussierten (Berzon, Pious, & Farson, 1963; Booth, Cushway, & Newness, 1997; Elliott, 1985a, 1985b; Elliott & Shapiro, 1988; Hill et al., 2008; Llewelyn, 1988; Martin, et al., 1990; Moreno, Fuhrman, & Hileman, 1995; Mushet, Whalan, & Power, 1989; Timulak, et al., 2010; Timulak & Lietaer, 2001; Wilcox-Matthew, Ottens, & Minor, 1997).

Während seiner 29. Psychotherapie-Sitzung erlebte Herr A. eine korrektive Erfahrung.

5.1.2.3 Anzahl Episoden von Therapeutischen Ereignissen während Sitzungen

Es wird hier angenommen, dass korrektive Erfahrungen aus einer oder mehr Episoden bestehen können, definiert als Perioden mit bestimmten Anfangs- und Endzeiten. Die auf diese

Weise definierte Anzahl Episoden wurde bisher nur im Rahmen von Einzelfallanalysen untersucht. Diese fanden sowohl Therapeutische Ereignisse, die aus einer einzigen Episode bestanden (Rees et al., 2001), als auch solche, die aus zwei Episoden bestanden (Elliott et al., 1994; Hardy et al., 1998; Horowitz et al., 1993).

Die korrektive Erfahrung von Herrn A. bestand aus einer Episode, die mit einer Frage der Therapeutin begann und mit einer langen Antwort des Patienten aufhörte.

5.1.2.4 Dauer

In Einzelfallstudien wurde eine Zeitdauer Therapeutischer Ereignisse von zwischen zwei und fünf Minuten gefunden (Elliott, et al., 1994; Hardy, et al., 1998; M. Horowitz, et al., 1993). Studien mit grösseren Stichproben zeigten hingegen eine durchschnittliche Dauer von zwischen fünf und über sieben Minuten, mit grosser Varianz zwischen Therapeutischen Ereignissen (Berman et al., 2012; Elliott & Shapiro, 1988; Martin, et al., 1990).

Die korrektive Erfahrung von Herrn A. dauerte zwei Minuten und 46 Sekunden.

5.1.2.5 Sitzungsphase mit Therapeutischen Ereignissen

Laut Elliott und Shapiro (1988) finden Therapeutische Ereignisse tendenziell eher gegen das Ende von Sitzungen statt, wobei die Varianz sehr gross ist. Bridges (2006), Elliott (1983) und Elliott, Shapiro et al. (1994) zeigen Einzelfallanalysen von Therapeutischen Ereignissen, die in unterschiedlichen Sitzungsphasen stattfinden.

Die korrektive Erfahrung von Herrn A. fand zwischen Min. 6:34 und Min. 9:20 statt.

5.1.2.6 Adaptivität

Therapeutische Ereignisse können sowohl positive als auch negative kurzfristige Folgen haben (s. z. B. Elliott, 1985a; Hill, et al., 2012; Strupp, Hadley, & Comes-Schwartz, 1977; Timulak, 2010). Doch können anhand der kurzfristigen (erste Stunden und Tage) Folgen die mittel- (erste Monate) oder sogar langfristigen Folgen nicht vorhergesagt werden (s. z. B. Berman, et al., 2012; Stephenson, Laszlo, Ehmann, Lefever, & Lefever, 1997). Aus diesem Grund bezieht sich in der vorliegenden Arbeit der Begriff der „Adaptivität“ auf die Qualität mittelfristiger Folgen von Therapeutischen Ereignissen (s. dazu auch Caspar & Berger, 2012). Aufgrund fehlender Untersuchungen bezieht sich jedoch der nächste Abschnitt nur auf Studien, in denen kurzfristige Folgen erfasst wurden.

Positive kurzfristige Folgen Therapeutischer Ereignisse kamen in zahlreichen Studien häufig vor. Hingegen wurden für negative kurzfristige Folgen geringe (Booth, et al., 1997; Castonguay et al., 2010) bis grosse (Elliott, 1985b; Heppner, Rosenberg, & Hedgspeth, 1992) Häufigkeiten gefunden. Die grosse Varianz könnte teilweise mit der spezifischen Schwierigkeit von Patientinnen und Patienten erklärt werden, negative Gedanken und Kritik zum Ausdruck zu bringen (Levitt & Piazza-Bonin, 2011; Levy, Glass, Arnkoff, & Gershefski, 1996; Rees, et al., 2001), vor allem dann, wenn sich diese auf deren Therapeutin bzw. Therapeut beziehen (Heppner, et al., 1992; Pohlmann, 2011).

Herr A. beschrieb positive kurzfristige Folgen seiner korrektiven Erfahrung: „Erleichterung und mehr Sicherheit, verbunden mit dem Gedanken, „ich kann darüber sprechen und gelange zu anderen Gedanken“. Er beschrieb ebenso positive mittelfristige Erwartungen: „Ich könnte aufgrund der korrektiven Erfahrung an Selbst-Akzeptanz gewinnen“. Auf dieser Basis wurde die korrektive Erfahrung als adaptiv eingestuft.

5.1.2.7 Neuheit

Die PSU-Definition der korrektiven Erfahrung – experience... in a *different* and unexpected way – impliziert eine mindestens teilweise Neuheit, also ein erstmaliges Auftreten, derselben (s. auch Abbildung 2, S. 29). Diese Eigenschaft ist nicht Teil der Definitionen anderer Therapeutischen Ereignisse. Dementsprechend konnte nur eine einzige Studie gefunden werden, die untersuchte, ob Therapeutische Ereignisse einer Sitzung, im Vergleich zu denjenigen früherer Sitzungen, unterschiedlich oder neu waren (Helmeke & Sprenkle, 2000). Helmeke und Sprenkle berichteten über 19 neue (d.h., nur in einer einzigen Sitzung identifizierten) von insgesamt 24 Therapeutischen Ereignissen, während 5 Therapeutische Ereignisse für zwei oder drei Sitzungen identifiziert worden waren.

Herr A. gab an, dass seine korrektive Erfahrung vollständig neu gewesen sei.

5.1.2.8 Kontext

Es wird in der Literatur weitgehend angenommen, dass korrektive Erfahrungen in einem komplexen Netz von vorher und gleichzeitig auftretenden Kontextfaktoren vorkommen (s. z. B. Anderson, et al., 2012; Goldfried, 2012; Grosse Holtforth & Flückiger, 2012; Kelman, 1969; Timulak, 2010). Dies wurde im Rahmen mehrerer Einzelfallanalysen (Castonguay, et al., 2012; Christensen, Russell, Miller, & Peterson, 1998; Elliott & Shapiro, 1992; Elliott, et al., 1994; Hardy, et al., 1998; Labott, Elliott, & Eason, 1992; Rees, et al., 2001) sowie qualitativer Studien mit grösseren Stichproben (Berman, et al., 2012; Carey, et al., 2007; Knox, et al., 2012; Orford et al., 2006; Sharpless & Barber, 2012) gezeigt. Hingegen ist dem Autor keine einzige Studie bekannt, welche die Kontextfaktoren quantitativ auswertete.

Herr A. identifizierte einen Zusammenhang zwischen seiner korrektiven Erfahrung und vier Kontextfaktoren, nämlich 1. etwas, was in den letzten Sitzungen passierte; 2. etwas, was neben den Psychotherapie-Sitzungen in den letzten Wochen passierte; 3. früheren Lebenserfahrungen und 4. eigenen Ängsten.

5.1.3 Therapeutische Ereignisse auf der Ebene von ganzen Therapien

5.1.3.1 Fallbeispiel: Herr A.

Eineinhalb Jahre nach dem „Interview Sitzung“ (s. Kap. 5.1.2.1) und nach dem Abschluss seiner Psychotherapie, wurde Herr A. erneut interviewt, diesmal über das Vorkommen korrektiver Erfahrungen während der ganzen Psychotherapie. Die zweite korrektive Erfahrung, die er dabei schilderte, kann wie folgt zusammengefasst werden:

Ich konnte mit der Therapeutin darüber reden, wie ich mich in sozialen Situationen unwohl fühle, Verhaltensweisen von anderen negativ auf mich beziehe, mich ausgeschlossen fühle und

mich schliesslich zurückziehe. Ich fühlte mich beim Reden mit der Therapeutin gut verstanden. Wir haben gemeinsam nach Ursachen für diese Gefühle gesucht, Beispiele in der Vergangenheit angeschaut und ein Vorbild (damaliger guter Kollege) gefunden, mit dem ich mich jetzt identifizieren kann. Ich habe schliesslich in konkreten Situationen geübt und habe viel an Selbstvertrauen gewonnen. Ich werde weniger „durch andere“ gesteuert.

5.1.3.2 Anzahl Therapeutische Ereignisse pro Therapie

Die Anzahl an korrektiven Erfahrungen, die für ganzen Therapien berichtet werden, variiert erheblich zwischen Patientinnen bzw. Patienten (Berman, et al., 2012; Helmeke & Sprenkle, 2000; Klein & Elliott, 2006; Knox, et al., 2012) und Studien, so gab es in einer Studie von Levitt (2006) durchschnittlich 1.6 und in einer Studie von Klein und Elliot (2006) 5.4 Therapeutische Ereignisse. Psychotherapien, in denen keine einzige korrektive Erfahrung vorkam, werden gelegentlich erwähnt (Carey, et al., 2007; Heatherington, et al., 2012; Knox, et al., 2012; Orford, et al., 2006).

Herr A. schilderte drei korrektive Erfahrungen.

5.1.3.3 Therapiephase mit Therapeutischen Ereignissen

Diverse Studien deuten darauf hin, dass unterschiedliche Arten von Therapeutischen Ereignissen während unterschiedlicher Therapiephasen vorkommen (Hardtke & Angus, 2004; Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy, & Firth-Cozens, 1988; Timulak, 2010), solche Zusammenhänge wurden jedoch nicht in jeder Studie gefunden (Klein & Elliott, 2006; Lee, Kim, Park, & Uhlemann, 2002; Orford, et al., 2009). Quantitativ gesehen wurde von einer Häufung Therapeutischer Ereignisse bereits sowohl in früheren (Ladany et al., 2012; Llewelyn, et al., 1988) als auch in späteren (Matos, Santos, Goncalves, & Martins, 2009; Santos, Goncalves, Matos, & Salvatore, 2009) Therapiephasen berichtet. Zwei Studien mit grösseren Stichproben (Anderson, et al., 2012; Helmeke & Sprenkle, 2000) fanden ein durchschnittliches Vorkommen in der Therapiemitte, mit erheblicher Varianz zwischen Patientinnen bzw. Patienten.

Herr A. berichtete, dass die zweite der drei geschilderten korrektiven Erfahrungen (s. Kap. 5.1.3.1) ab der Mitte bis hin zu Therapieende stattgefunden hatte.

5.1.3.4 Adaptivität

Auf der Ebene von ganzen Psychotherapien war es möglich, mittel- und langfristige Folgen von Therapeutischen Ereignissen zu untersuchen, so dass Aussagen in Bezug auf deren Adaptivität gemacht werden können (s. Kap. 5.1.2.6). Frühere Studien ermittelten, dass die Mehrheit der Therapeutischen Ereignisse adaptiv und dass mindestens ein Drittel der Therapeutischen Ereignisse mindestens teilweise maladaptiv waren (Berman, et al., 2012; Elliott & Shapiro, 1992; Gershefski, Arnkoff, Glass, & Elkin, 1996; Levitt, et al., 2006; Levy, et al., 1996).

Herr A. berichtete, dass ihm die zweite korrektive Erfahrung ermöglichte, „sich beruflich und privat weiterzuentwickeln“. Mittelfristig erwartete er, dass er sich durch diese korrektive Erfahrung „mehr mit solchen Themen auseinandersetzen werde und eventuell auch mehr mit

anderen darüber reden werde“. Auf dieser Basis wurde diese korrektive Erfahrung als adaptiv eingestuft.

5.1.3.5 Vorkommen während und zwischen Sitzungen

Diverse Studien zeigten, dass Therapeutische Ereignisse sowohl während als auch zwischen Sitzungen stattfinden (Cummings & Hallberg, 1995; Heatherington, et al., 2012; Heppner, et al., 1992; Levitt, et al., 2006). Zwei Studien fanden eine Mehrheit an Therapeutischen Ereignissen während Sitzungen (Anderson, et al., 2012; Mahrer, Dessaulles, Nadler, Gervaise, & Sterner, 1987), während in zwei Einzelfallanalysen drei von vier korrektiven Erfahrungen zwischen Sitzungen stattfanden (Castonguay, et al., 2012).

Die zweite korrektive Erfahrung von Herrn A. fand primär während Sitzungen statt.

5.1.3.6 Anzahl Episoden von Therapeutischen Ereignissen auf der Ebene von ganzen Therapien

Therapeutische Ereignisse, die aus einer einzigen Episode während einer Sitzung bestehen, können von „kumulativen“ Therapeutischen Ereignissen unterschieden werden, die aus mehr Episoden, die in der Regel während unterschiedlichen Sitzungen stattfinden, bestehen. In einigen Studien waren die Mehrheit (Helmeke & Sprenkle, 2000; Knox, et al., 2012; Ladany, et al., 2012; Timulak, et al., 2010) oder alle (Christensen, et al., 1998) Therapeutischen Ereignisse kumulativ. Hingegen fanden Anderson et al. (2012), dass 14 von insgesamt 21 korrektiven Erfahrungen aus einer einzigen Episode bestanden.

Herr A. schilderte eine kumulative korrektive Erfahrung, die aus „mehreren Episoden“ bestanden hatte.

5.1.3.7 Intensität

Es wird oft angenommen, dass Therapeutische Ereignisse eine vorübergehende Zunahme an emotionaler Aktivierung (s. z. B. Alberti, 2012; Alexander & French, 1946 und Studie 2) oder Spannung (Goldfried, 2012; Hayes et al., 2007; Higginson & Mansell, 2008; Stiles et al., 1990; Kap. 2.2.2) involvieren. Diese Zunahme an Spannung kann die subjektiv wahrgenommene „Intensität“ der Episoden Therapeutischer Ereignissen verursachen. In diesem Sinne werden die Intensität von korrektiven Erfahrungen und deren Anzahl an Episoden in einen Zusammenhang gebracht: Es werden korrektive Erfahrungen, die aus einer einzigen Episode bestehen und intensiv sind, von solchen unterschieden, die kumulativ und weniger intensiv sind (Caspar & Berger, 2012; Grosse Holtforth & Flückiger, 2012; Heatherington, et al., 2012). Trotzdem gab es noch keine Studien, die die Intensitäten unterschiedlicher Arten von Therapeutischen Ereignissen empirisch untersuchten; das bedeutet theoretisch, dass kumulative korrektive Erfahrungen genauso intensiv sein könnten wie Erfahrungen, die aus einer einzigen Episode bestehen. Ebenso wurde der Verlauf der Intensität (z. B. zunehmend, abnehmend) kumulativer korrektiver Erfahrungen bisher noch nicht empirisch untersucht.

Herr A. gab an, dass seine zweite korrektive Erfahrung im Durchschnitt sehr intensiv gewesen sei, wobei der Verlauf der Intensität fluktuierend gewesen sei.

5.1.3.8 Bedarf an Wiederholung von Therapeutischen Ereignissen

Forschende nehmen häufig an, dass Wiederholungen von Therapeutischen Ereignissen (bzw. von Episoden) notwendig sind, um nachhaltige Folgen zu sichern (s. z. B. Goldfried, 2012; Grawe, 1998; Hill, et al., 2012). Ob Patientinnen und Patienten auch denken, dass sie (weitere) Wiederholungen brauchen, ist als empirisch offene Frage zu werten. Der Autor fand dazu keine einzige Studie.

Herr A. sagte, dass er weitere Wiederholungen der zweiten korrektiven Erfahrung brauchen würde.

5.2 Fragestellungen

Das Ziel von *Studie 1* bestand insgesamt darin, das empirische Wissen um die topographischen Eigenschaften und Formen korrektiver Erfahrungen zu vergrößern. Genauer ging es in dieser beobachtenden *Studie* um die folgenden drei Fragestellungen:

- F1) *Welche Ausprägungen weisen sieben in der Literatur häufig erwähnte topographische Eigenschaften (s. Kap. 5.1.2.2 bis 5.1.2.8) auf der Ebene von Sitzungen auf?*
- F2) *Welche Ausprägungen weisen sieben in der Literatur häufig erwähnte topographische Eigenschaften (s. Kap. 5.1.3.2 bis 5.1.3.8) auf der Ebene von Therapien auf?*
- F3) *Lassen sich durch die Integration der Befunde übergeordnete Formen korrektiver Erfahrungen herauskristallisieren?*

5.3 Methoden

5.3.1 Stichprobe

Im Rahmen von *Studie 1* wurden alle durchgeführten und auswertbaren Interviews (s. Kap. 4.2 und 4.3) verwendet. Insgesamt umfassten diese maximal 42 BSR-Interviews und maximal 34 HEKSP-Interviews. Dabei waren nicht in allen Interviews sämtliche topographischen Eigenschaften auswertbar.

5.3.2 Erfassung topographischer Eigenschaften

Einige Angaben zu den topographischen Eigenschaften waren bereits im Rahmen des den drei *Studien* gemeinsamen Vorgehens erhoben und codiert worden. Zusätzliche studienspezifische Angaben wurden in weiteren Dateien codiert. Auf der Ebene von Sitzungen umfassten dies die Angaben zur Neuheit und zu den Kontextfaktoren, auf der Ebene von Therapien die Angaben zur Therapiephase, zum Vorkommen während bzw. zwischen Sitzungen, zur Anzahl Episoden, zur Intensität und zum Bedarf nach Wiederholungen. Da der allergrößte Teil der für diese Angaben relevanten Rohdaten eindeutig und kaum missverständlich war (z. B. die Antwort „Ja“ auf die Frage „Glauben Sie, dass Sie Wiederholungen brauchen werden, um positive Folgen dieser Erfahrung zu haben?“), erfolgte für diese Codierungen keine formale Genauigkeitsprüfung. Stattdessen diskutierten Masterstudierende unklare Fälle aus-

föhrlich mit dem Autor. Wenn kein eindeutiger Konsens erreicht werden konnte, wurde dies als fehlenden Wert codiert.

Da für Adaptivität hingegen keine eindeutige Rohdaten vorlagen, wurden diese von den Masterstudierenden geratet, und zwar wurde jede korrektive Erfahrung entweder als „adaptiv“ oder „maladaptiv“ eingestuft. Die Adaptivität wurde dabei als „positive bzw. negative erwartete mittelfristige Folge der korrektiven Erfahrung als Ganzes“ operationalisiert. Massgebend waren die klinischen Einschätzungen der Masterstudierenden, die sich jedoch primär auf Angaben zu vorgekommenen kurzfristigen und erwarteten mittelfristigen Folgen stützten. Es war aber z. B. möglich, dass eine korrektive Erfahrung vom Patienten bzw. von einer Patientin als „negativ“ erlebt, von Masterstudierenden trotzdem als adaptiv geratet wurde. Ein solches Beispiel war die korrektive Erfahrung einer Patientin, die sich von der Therapeutin missverstanden geföhlt hatte, ausschliesslich negative Geföhle berichtete und aus dieser korrektiven Erfahrung keine Folgen erwartete. Trotz dieser Geföhle hatte die Patientin die Phantasie, dass die Therapeutin ihren „Fehler bemerkt“ und daraus „eine Lehre gezogen“ habe. In Anbetracht weiterer Kontextinformationen wurde diese korrektive Erfahrung als Problemaktualisierung beurteilt, die im Endeffekt adaptiv wirken würde.

Die Interrater-Reliabilität für diese Ratings wurde auf der Basis von 92 von insgesamt 127 korrektiven Erfahrungen (d.h. , dass 72% der ursprünglichen Stichprobe auf Reliabilität hin überprüft wurde) berechnet und war moderat (Prozentuale Übereinstimmung: 98%; κ („adaptiv“) = .98; κ („maladaptiv“) = .67). Nachdem die Masterstudierenden die Adaptivität zuerst selbstständig geratet hatten, wurden die Ratings zwischen einem oder zwei Masterstudierenden und dem Autor solange diskutiert, bis ein Konsens gefunden wurde.

5.3.3 Sekundäre Auswertungen (Formen)

Für die dritte Fragestellung, das Herausfinden von übergeordneten Formen als Kombination topographischer Eigenschaften, wurden Häufigkeiten ausgewertet. Aufgrund der hohen Anzahl möglicher Kombinationen erfolgte dieser Schritt nicht systematisch, indem jede Ausprägung jeder topographischen Eigenschaft mit allen Ausprägungen aller anderen topographischen Eigenschaften kombiniert worden wäre. Stattdessen wurden nur ausgewählte bedeutsame Kombinationen untersucht, so beispielweise der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Episoden und deren Intensität.

5.4 Befunde

5.4.1 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen

5.4.1.1 Anzahl korrektiver Erfahrungen pro Sitzung

Von 56 Patientinnen und Patienten, die nach dem Vorkommen einer korrektiven Erfahrung in einer soeben stattgefundenen Sitzung gefragt wurden, gaben 42 (75%) ein solches an. In der Subgruppe, die auf Empfehlung ihrer Therapeutinnen und Therapeuten teilgenommen hatte, wurde von einer korrektiven Erfahrung für 8 von 10 Sitzungen (80%) berichtet.

5.4.1.2 Anzahl Episoden von korrektiven Erfahrungen während Sitzungen

In 40 Fällen (95%) bestand die korrektive Erfahrung aus einer einzigen, in 2 Fällen (5%) bestand sie aus zwei Episoden.

5.4.1.3 Dauer

Die korrektiven Erfahrungen dauerten durchschnittlich 9 Min. und 47 Sek. (*SD*: 13:28; *MD*: 4:12; *Range*: 0:23 – 61:28). Wurden die zwei korrektiven Erfahrungen, die während einer ganzen Sitzung andauerten, ausgeschlossen, so betrug die durchschnittliche Dauer 7 Min. und 24 Sek. (*SD*: 8:16; *MD*: 3:43).

5.4.1.4 Sitzungsphase mit korrektiven Erfahrungen

Die korrektiven Erfahrungen fanden mehrheitlich im letzten Sitzungsdrittel statt (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Sitzungsabschnitte, in denen korrektive Erfahrungen vorkamen.

Sitzungsabschnitt	N	%
1 ^{er} Drittel	4	10%
2 ^{er} Drittel	11	28%
3 ^{er} Drittel	22	57%
Ganze Sitzung	2	5%
<i>Total</i>	<i>39</i>	<i>100%</i>

5.4.1.5 Adaptivität

Achtunddreissig (97%) korrektive Erfahrungen wurden als adaptiv, 1 (3%) korrektive Erfahrung als maladaptiv geratet.

5.4.1.6 Neuheit

Wie in Abbildung 4 dargestellt, wurden die meisten korrektiven Erfahrungen als neu erlebt und keine einzige als die Wiederholung eines Ereignisses, welches bereits viele Male stattgefunden hatte.

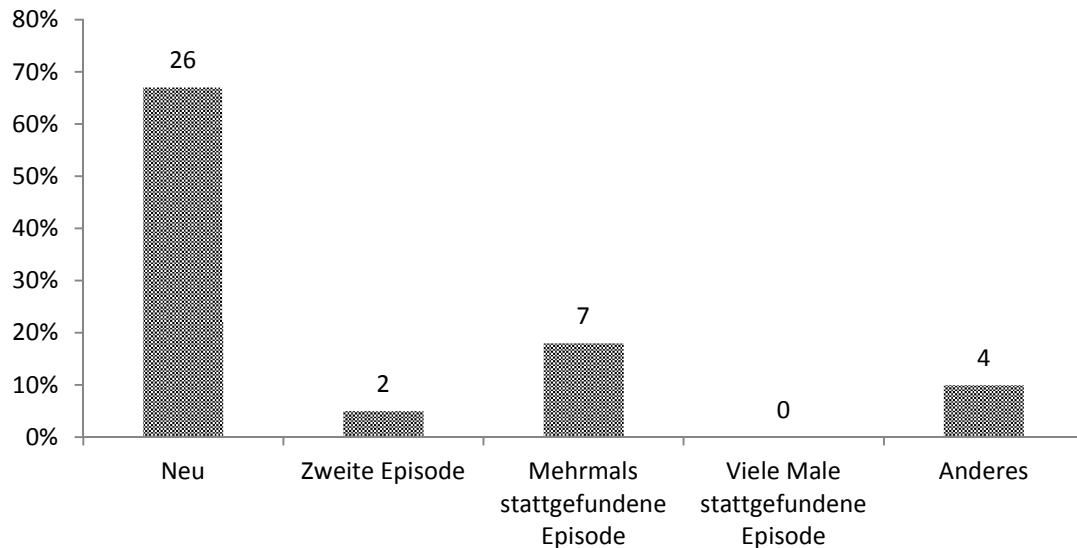


Abbildung 4: Neuheit und Wiederholungen korrekativer Erfahrungen (KE) auf der Ebene von Sitzungen. Die absoluten Häufigkeiten werden über die Säulen angegeben. Die vier korrekativen Erfahrungen, die der Kategorie „Anderes“ zugeordnet wurden, wurden wie folgt beschrieben: „etwas Bekanntes wurde deutlicher“ (2 KE); „neu in der Konstellation, aber einige Elemente waren bereits bekannt“ (1); „neu in dem Ausmass“ (1).

5.4.1.7 Kontext

Ein Zusammenhang von korrektiven Erfahrungen mit den zehn untersuchten vorher und gleichzeitig auftretenden Kontextfaktoren konnte für durchschnittlich 9.2 (SD: 1.6) Kontextfaktoren pro korrektive Erfahrung bestimmt werden. Bei diesen gaben Patientinnen und Patienten einen Zusammenhang zwischen der soeben erlebten korrektiven Erfahrung und durchschnittlich 7.6 (SD: 2.9) Kontextfaktoren an. Die Häufigkeiten der einzelnen Kontextfaktoren werden in Tabelle 3 angegeben.

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen korrektiven Erfahrungen (KE) auf der Ebene von Sitzungen und zehn vorher und gleichzeitig auftretenden Kontextfaktoren

Zusammenhang zwischen der KE und ...	N	Kategorie	n	%
einem Ereignis im Verlauf der Psychotherapie-Sitzung, und zwar vor dem Auftreten der korrektiven Erfahrung	37	Ja	28	76%
		Nein	9	24%
einem Ereignis, das sich in vergangenen Therapiestunden ereignet hatte	38	Ja	33	87%
		Nein	5	13%
der Therapeutin bzw. dem Therapeuten als Person	38	Ja	28	74%
		Nein	10	26%
einem Ereignis, das in einer der letzten Wochen ausserhalb der Therapiestunden erlebt worden war	36	Ja	28	78%
		Nein	8	22%
früheren Lebenserfahrungen	36	Ja	27	75%
		Nein	9	25%
Wünschen	36	Ja	30	83%
		Nein	6	17%
Ängsten	38	Ja	34	89%
		Nein	4	11%
Stärken	31	Ja	25	81%
		Nein	6	19%
Schwächen	32	Ja	27	84%
		Nein	5	16%
gegenwärtiger Lebenssituation	37	Ja	33	89%
		Nein	4	11%

5.4.2 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Therapien

5.4.2.1 Anzahl korrektiver Erfahrungen pro Therapie

In insgesamt 34 codierten Interviews wurde von 88 korrektiven Erfahrungen berichtet. Es wurde eine ähnliche Anzahl korrektiver Erfahrungen sowohl innerhalb von laufenden ($M: 2.8; SD: 0.9$) wie nach abgeschlossenen Psychotherapien ($M: 2.6; SD: 1.2$) berichtet.

5.4.2.2 Therapiephasen mit korrektiven Erfahrungen

Korrektive Erfahrungen kamen häufiger zu Beginn und in der Mitte von Psychotherapien vor als am Ende (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Therapiephase, in der korrektive Erfahrungen (KE) vorkamen.

	Beginn		Mitte		Ende	
	n	%	n	%	n	%
Während Therapien erfasste KE (N = 25)	19	76%	15	60%	10	40%
Nach Therapieabschluss erfasste KE (N = 42)	25	60%	25	60%	19	45%

Anmerkung: Für eine KE konnte mehr als eine Therapiephase codiert werden.

5.4.2.3 Adaptivität

Vierundachtzig (95%) korrektive Erfahrungen wurden als adaptiv und 4 (5%) korrektive Erfahrung als maladaptiv geratet.

5.4.2.4 Vorkommen während und zwischen Sitzungen

Während die Mehrheit (67%) der korrektiven Erfahrungen mindestens teilweise sowohl während als auch zwischen Sitzungen stattfanden, gab es mehr, die ausschliesslich während (27%) als ausschliesslich zwischen Sitzungen (7%) vorkamen (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Vorkommen von korrektiven Erfahrungen (KE) während und zwischen Psychotherapie-Sitzungen

KE fanden statt...	n	%
ausschliesslich während Sitzungen	20	27%
primär während Sitzungen	13	18%
zu gleichen Anteilen während und zwischen Sitzungen	23	31%
primär zwischen Sitzungen	13	18%
ausschliesslich zwischen Sitzungen	5	7%
Total	74	100%

Anmerkung: Aufgrund von Rundungen beträgt die Summe der Prozentwerte >100%.

5.4.2.5 Anzahl Episoden von korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Therapien

Für die meisten korrektiven Erfahrungen wurde angegeben, dass sie aus mehreren oder vielen Episoden bestanden hatten, nur für einen kleinen Teil gilt, dass sie aus einer oder zwei Episoden bestanden (s. Abbildung 5).

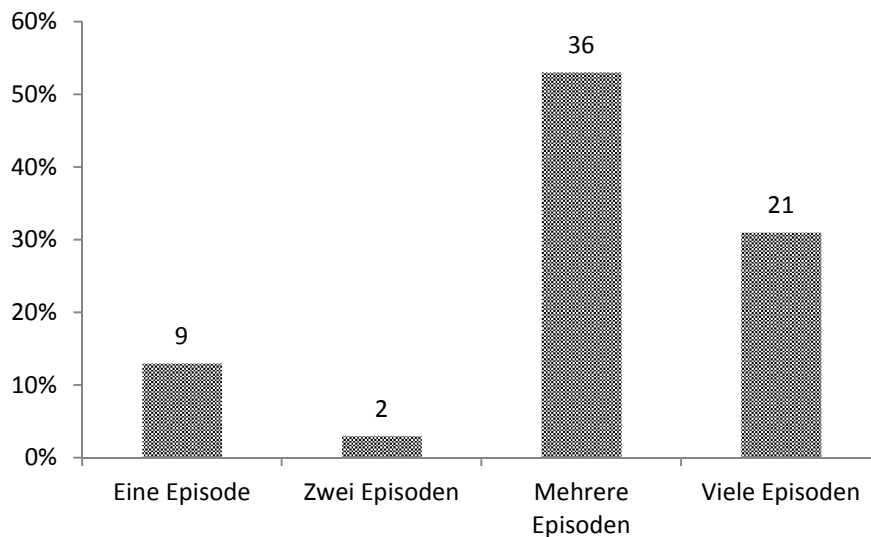


Abbildung 5: Anzahl Episoden, die korrektive Erfahrung auf der Ebene von Therapien konstituierten. Die absoluten Häufigkeiten werden über die Säulen angegeben.

5.4.2.6 Intensität

Die Intensität der meisten korrektiven Erfahrungen wurde als „hoch“, in etwa einem Viertel der Fälle als „mittel“, aber nie als „gering“ empfunden. Dabei war das Ausmass der Intensität der korrektiven Erfahrungen, die aus einer einzigen Episode bestanden vs. kumulative korrektive Erfahrungen, gleich hoch (s. Tabelle 6). Der Intensitätsverlauf war konstant für 40 (73%) und abnehmend für 15 (27%) der kumulativen korrektiven Erfahrungen. Es gab keine einzige kumulative korrektive Erfahrung, deren Intensität mit den Episoden zunahm.

Tabelle 6: Intensität von korrektiven Erfahrungen, die aus einer einzigen Episode bestanden sowie von kumulativen korrektiven Erfahrungen.

	Gering		Mittel		Hoch	
	N	%	n	%	n	%
KE mit einer einzigen Episode	0	0%	3	37%	5	63%
kumulative KE	0	0%	14	26%	40	74%
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>0%</i>	<i>17</i>	<i>27%</i>	<i>45</i>	<i>73%</i>

Anmerkung: KE = korrektive Erfahrung.

5.4.2.7 Bedarf an Wiederholung von korrektiven Erfahrungen

Bei 45 (67%) korrektiven Erfahrungen gaben die Patientinnen und Patienten an, dass sie einen Bedarf an (weiteren) Wiederholungen hatten, um (weitere) positive, mittelfristige Folgen zu haben. Für 22 (33%) der korrektiven Erfahrungen gaben sie hingegen an, keine Wiederholung zu brauchen. Bei den korrektiven Erfahrungen, die aus einer einzigen Episode bestanden, war die Verteilung umgekehrt: Nur in 2 (22%) Fällen wurde angegeben, dass (weitere) Wiederholungen nötig wären, in 7 (78%) Fällen wurde ausdrücklich kein Bedarf an Wiederholungen angegeben.

5.5 Diskussion

Das Ziel von *Studie 1* bestand darin, je sieben topographische Eigenschaften korrektiver Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen und von Therapien zu beschreiben. Soweit dem Autor bekannt, ist diese *Studie* die erste, in der beide Ebenen mit einer vergleichbaren Stichprobe, mit ähnlichen Methoden und innerhalb derselben Untersuchung untersucht werden. Die Befunde werden auf beiden Ebenen und integrativ diskutiert.

5.5.1 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen

Es wurden nur 0.75 korrektive Erfahrungen pro Sitzung gefunden. Das ist weniger als in allen zitierten Studien, in denen durchschnittlich 1.1-4.1 Therapeutische Ereignisse pro Sitzung gefunden wurden. Zudem kamen Sitzungen ohne eine einzige korrektive Erfahrung relativ häufig (25%) vor, während Sitzungen ohne Therapeutische Ereignisse rar waren (s. Kap. 5.1). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass hilfreiche Prozesse (wie Therapeutische Ereignisse) im Rahmen von Psychotherapien zwar häufig vorkommen, sich jedoch nicht immer von bereits vorgekommenen Ereignissen (wie dies gemäss PSU-Definition für korrektive Erfahrungen der Fall sein muss) unterscheiden.

Vierzig von insgesamt 42 korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen bestanden aus einer einzigen Episode. Während dieser Befund suggeriert, dass ein wesentlicher Anteil dieser korrektiven Erfahrungen tatsächlich aus einer einzigen Episode bestehen könnte, könnte der Anteil an korrektiven Erfahrungen, die aus mehr als einer Episode bestehen, aus zwei Gründen unterschätzt worden sein. Erstens liess der Interviewleitfaden zwar die Möglichkeit von mehr als einer Episode offen, Interviewende mussten jedoch nicht aktiv danach fragen. Zweitens könnte die Definition der korrektiven Erfahrung an sich favorisieren, dass nur einzelne Episoden genannt werden (Grosse Holtforth & Flückiger, 2012). Für künftige Forschung wäre es deshalb ratsam, dass die Definition der korrektiven Erfahrung für Patientinnen und Patienten angepasst wird und gegebenenfalls zusätzlich aktiv nach der Anzahl Episoden gefragt wird.

Die Dauer der korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen war sehr variabel, was mit der Literatur konsistent ist. Die Varianz könnte teilweise auf unterschiedliche Stile in der Umschreibung korrektiver Erfahrungen zurückzuführen sein. Zusätzlich könnte die Variation mit der Idiosynkrasie korrektiver Erfahrungen einhergehen (s. unten). Ebenso konsistent mit der Literatur zu Therapeutischen Ereignissen kamen korrektive Erfahrungen vermehrt gegen Ende von Sitzungen vor. Dieser Befund könnte teilweise mit Gedächtniseffekten erklärt werden. Es ist jedoch plausibel, dass in vielen Fällen die Entstehung eines förderlichen Kontexts genügend Zeit benötigt, so dass korrektive Erfahrung erst bei Sitzungsende stattfinden können. Das könnte in einigen Fällen bedeuten, dass eine längere Sitzungsdauer das Vorkommen einer korrektiven Erfahrung ermöglichen könnte.

5.5.2 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Therapien

Wie die anderen Therapeutischen Ereignisse fanden auch korrektive Erfahrungen über die ganze Psychotherapiedauer hinweg statt. Gegen das Ende der untersuchten Psychotherapien gab es jedoch weniger korrektive Erfahrungen. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass es bei Behandlungsende weniger *unterschiedliche* Erfahrungen, wenn auch gleich viele Therapeutische Ereignisse gibt. Diese Tendenz könnte durch eine an der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ der Universität Bern übliche Behandlungspraxis unterstützt werden. Der letzte Teil von Therapien besteht nämlich häufig aus „Booster-Sitzungen“, welche in grösseren Zeitabständen mit dem Ziel durchgeführt werden, bereits stattgefundenen Veränderungen zu konsolidieren und Rückfälle zu kontrollieren oder vorzubeugen.

Konsistent mit der Literatur über Therapeutische Ereignisse, fand auch ein grosser Teil (66%) der korrekiven Erfahrungen der vorliegenden *Studie* sowohl während als auch zwischen Sitzungen, ein bedeutsamer Teil (27%) fand ausschliesslich während Sitzungen und nur ein kleiner Teil (7%) ausschliesslich zwischen Sitzungen statt (s. Tabelle 5). Während dieser Befund die Bedeutsamkeit sowohl der Psychotherapie als auch des externen Kontexts unterstreicht, finden korrektive Erfahrungen, nach Beobachtung des Autors, häufiger während Sitzungen an und wurden zwischen Sitzungen fortgesetzt. Nur sehr selten begann eine korrektive Erfahrung zwischen Sitzungen und wurde während Sitzungen fortgesetzt. Das könnte erklären, weshalb es auch mehr korrektive Erfahrungen gab, die ausschliesslich während Sitzungen (vs. ausschliesslich zwischen Sitzungen) stattfanden. Aus einer anderen Perspektive könnte der Befund auch dahingehend interpretiert werden, dass eine Psychotherapie in einigen Fällen an und für sich bereits eine korrektive Erfahrung darstellt. Vielleicht erhoffen sich Patientinnen und Patienten – mehr oder weniger bewusst – dass die Psychotherapie etwas Neues zum Leben bringen wird, und dass eine Psychotherapie anzufangen auch bedeutet, sich die Chance zum Erleben einer korrekiven Erfahrung zu ermöglichen.

5.5.3 Korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen und von ganzen Therapien: eine integrative Sicht

Anderson et al. (2012) beschrieben, wie korrektive Erfahrungen in hohem Ausmass idiosynkratisch sein können. Die Variationen, die in der vorliegenden *Studie* für jede der untersuchten topographischen Eigenschaften gefunden wurden, sind konsistent mit dieser Ansicht. Ausserdem legt die hohe Anzahl an vorher und gleichzeitig aktivierten Kontextfaktoren, die für korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen gefunden wurden, nahe, dass korrektive Erfahrungen komplexe Phänomene sind – was ihre Idiosynkrasie mitbedingen würde. Insgesamt suggerieren somit die Befunde die Bedeutsamkeit der Fallkonzeptionen und der individualisierten psychotherapeutischen Ansätzen, um das Vorkommen korrekiver Erfahrungen zu erleichtern (Grosse Holtforth & Flückiger, 2012).

Eine grosse Mehrheit (mind. 95%) der korrekiven Erfahrungen sowohl auf der Ebene von Sitzungen als auch von Therapien wurde als adaptiv geratet. Das Ausmass an als maladaptiv

gerateten Sitzungen (5%) war jedoch geringer als die Raten, die in der Literatur für Therapeutische Ereignisse angegeben werden (s. Kap. 5.1.2.6 und 5.1.3.4). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass adaptive Therapeutische Ereignisse oft neue Aspekte beinhalten könnten (womit sie ein Kriterium erfüllen, um als korrektive Erfahrung verstanden werden zu können), während maladaptive Therapeutische Ereignisse hingegen oft Wiederholungen alter Muster sein könnten (z. B. im Rahmen eines unreflektierten Ausagierens negativer Übertragungserwartungen von Seiten der Therapeutin oder des Therapeuten).

Ein Vergleich der Häufigkeiten korrektiver Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen vs. der Ebene von Therapien ergibt ein auf den ersten Blick rätselhaft erscheinendes Bild. Auf der Ebene von Sitzungen gab es „neue“ korrektive Erfahrungen in ungefähr jeder zweiten Sitzung (wenn nur die neuen korrektiven Erfahrungen gezählt werden, s. Abbildung 4). Für Psychotherapien insgesamt gab es jedoch durchschnittlich weniger als drei. Wenn die korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen denjenigen auf der Ebene von Therapien entsprechen würden, so müssten pro Therapie, bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von circa 40 Sitzungen, ungefähr 20 korrektive Erfahrungen vorkommen. Der massiv geringere Befund könnte teilweise mit zu erwartenden Prozessen wie Vergesslichkeit oder Meinungsänderungen im Verlauf der Psychotherapie erklärt werden. Eine weitere und auch überzeugendere Erklärung ist jedoch, dass wiederholte korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen Episoden von übergeordneten korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von Therapien darstellen. Demnach würden Patientinnen und Patienten auf der Ebene von Sitzungen neue Facetten eines entstehenden übergeordneten Musters erleben. Möglicherweise sind sie sich jedoch erst der neuen Facetten und noch nicht des gesamten Musters bewusst, so dass sie jede einzelne korrektive Erfahrung jeweils als neu erleben. Sie könnten nur retrospektiv, mit einer grösseren zeitlichen Perspektive und auf allgemeinerer Weise (wie im Rahmen der HEKSP-Interviews) in der Lage sein, bewusst über das neue Muster nachzudenken.

Während ein grosser Teil korrektiver Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen somit Episoden kumulativer Prozesse sein könnten, könnten andere korrektive Erfahrungen hingegen in sich abgeschlossene Ereignisse darstellen. Neun der insgesamt 68 korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von Therapien bestanden nämlich aus einer einzigen Episode. Dabei gaben die Patientinnen und Patienten mehrheitlich an, keine Wiederholungen der Erfahrung zu benötigen. Umgekehrt wurde für die Mehrheit kumulativer korrektiver Erfahrung ein Bedarf nach weiterer Wiederholung angegeben. Interessanterweise war das Intensitätsniveau für beide Arten korrektiver Erfahrung (aus einer einzigen Episode bestehend vs. kumulativ) ähnlich. Insgesamt legen die Befunde somit nahe, dass kumulative korrektive Erfahrungen die Regel, während korrektive Erfahrungen aus einer einzigen Episode die Ausnahme darstellen, aber dass letztere nicht unbedingt durch eine hohe Intensität charakterisiert sein müssen. In künftiger Forschung sollten mehr korrektive Erfahrungen, die aus einer einzigen Episode beste-

hen, gesammelt und z. B. im Hinblick auf Inhalt, Kontext und Folgen mit kumulativen korrektiven Erfahrungen verglichen werden.

Ein weiterer zunächst rätselhafter Befund war, dass der Intensitätsverlauf der Mehrheit (73%) der kumulativen korrektiven Erfahrungen als konstant wahrgenommen wurde, während für nur 27% von einer abnehmenden Intensität berichtet wurde. Die wahrgenommene konstante Intensität von Episoden korrektiver Erfahrungen kann – ohne dass damit eine Wertung impliziert wäre – mit dem Arousal verglichen werden, welches von Seifenopern generiert wird: Obwohl dieselbe Art von z. B. dramatischem Ablauf immer wieder wiederholt wird, werden die Zuschauerinnen und Zuschauer meist angespannt. Auf die Situation einer Psychotherapie übertragen könnte dies bedeuten, dass Patientinnen und Patienten Prozesse, die einen vorübergehenden Spannungsanstieg implizieren (s. Landschaftsmodell, Kap. 2.2.2), immer wieder wiederholen müssen, um nachhaltige kumulative korrektive Erfahrungen machen zu können, und dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Therapeutinnen und Therapeuten Geduld üben sollen, um diese Prozesse geschehen zu lassen.

5.5.4 Limitationen

Für Limitationen, die das den *Studien* gemeinsame Vorgehen betreffen, s. Kap. 8.5.

Die „Formen“ korrektiver Erfahrungen, die das Untersuchungsobjekt dieser *Studie* darstellten, wurden als Kombination verschiedener topographischer Eigenschaften definiert. Dafür wurden vom Autor auffallende und häufig vorkommende Zusammenhänge aufgegriffen und diskutiert (namentlich die Kombination von aus einer einzigen Episode bestehenden vs. kumulative korrektive Erfahrungen). Andere Zusammenhänge wurden jedoch ignoriert. Eine systematische Untersuchung der in der erwähnten Art definierten Formen hätte jedoch bedeutet, sämtliche Ausprägungen aller topographischen Eigenschaften miteinander zu kombinieren und eingehender zu untersuchen. Ein solches Vorgehen erschien jedoch aufgrund der sehr zahlreichen Kombinationsmöglichkeiten nicht angemessen.

Einige der untersuchten topographischen Eigenschaften (Ebene von Sitzungen: Neuheit, Kontextfaktoren; Ebene von Therapien: Therapiephase, Vorkommen während bzw. zwischen Sitzungen, Anzahl Episoden, Intensität) hätten mit objektiveren Methoden als die hier benutzten Patientinnen- und Patienteneinschätzung erfasst werden können. Der Vorteil des hier benutzten Vorgehens bestand jedoch darin, dass es ermöglichte, eine grosse Anzahl topographischer Eigenschaften an einer verhältnismässig grossen Stichprobe individuell definierter korrektiven Erfahrungen zu beobachten.

6 Studie 2: Emotionen in korrektiven Erfahrungen

6.1 Einleitung

Im Rahmen der *Studie 2* werden Emotionen, wie sie *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen zum Ausdruck gebracht werden, untersucht. Diese *Studie* wurde zu Projektbeginn durchgeführt, als noch wenige Daten zur Verfügung standen; es kommt ihr somit nur der Charakter einer Pilotstudie zu.

Das Spannungslandschaftsmodell der korrektiven Erfahrungen gemäss Kap. 2.2.2 bildete den theoretischen Hintergrund. Es wurde vom Grundmodell ausgegangen (Abfolge LM – IZ – LM), da aufgrund der kleinen Stichprobe und der durchgeführten Auswertungen eine Berücksichtigung anderer möglichen Spannungslandschaften nicht angebracht gewesen wäre.

Bei der PSU-Definition von korrektiven Erfahrungen wird auf den Begriff „emotional“ als zwingender Bestandteil verzichtet (s. Kap. 2.1) und die Rolle von Emotionen im Rahmen von KE bleibt in der Theorie umstritten; zudem sind bis heute nur wenige klärende empirische Untersuchungen durchgeführt worden (Bridges, 2006). Mit der vorliegenden Pilotstudie soll die Diskussionsbasis um die im Rahmen von KE auftretenden Emotionen und Emotionsverläufe verbreitert werden.

Eine korrektive Erfahrung beinhaltet nach dem Spannungslandschaftsmodell (s. Abbildung 3, S. 33) drei Phasen: Nach einem LM mit einer gewissen Spannung (Phase 1; *vor* einer korrektiven Erfahrung) folgt vorübergehend ein Spannungsanstieg (Phase 2; *während* einer korrektiven Erfahrung) und geht in ein zweites LM mit tieferer Spannung (Phase 3; *nach* einer korrektiven Erfahrung) über. Beim Spannungsanstieg sind je nach Inhalt der korrektiven Erfahrung unterschiedliche negative Emotionen zu erwarten. Verschiedene Studien zeigten, dass korrektive Erfahrungen auch negative Emotionen wie Ärger (Anderson, et al., 2012; Bridges, 2006; Neborsky, 2001), Angst (Hayes, Beck, & Yasinski, 2012; Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005; Hayes et al., 2007) und Traurigkeit (Bridges, 2006; Greenberg & Elliott, 2012) involvieren können. Gemäss dem Spannungslandschaftsmodell sind diese negativen Emotionen *während* einer korrektiven Erfahrung zu erwarten.

Die bedeutende Rolle der therapeutischen Beziehung für das Zustandekommen von korrektiven Erfahrungen wird von zahlreichen Autoren betont (Alberti, 2012; Castonguay & Hill, 2012b). Es ist anzunehmen, dass das Gefühl des „Sich-Verstanden-Fühlens“, welches ein Kern von Therapeutischen Ereignissen sein kann (Booth, et al., 1997; Elliott, 1985a; Elliott & James, 1989; Heatherington, et al., 2012; Timulak, 2010), einen Ausdruck einer positiven therapeutischen Beziehung darstellt. Gemäss dem Spannungslandschaftsmodell spielt dieses Gefühl *vor* und v. a. *während* des Zustandekommens einer korrektiven Erfahrung eine besonders wichtige Rolle, denn damit wird die Gesamtspannung gesenkt. Ähnlich dem Gefühl des „Sich-Verstanden-Fühlens“ ist die Rolle positiver Emotionen im Allgemeinen zu verstehen: sie können das Zustandekommen von korrektiven Erfahrungen durch Aktivierung von Ressourcen erleichtern (Gassmann, 2002). Positive Emotionen können nicht nur korrektive

Erfahrungen erleichtern, sie sind auch als Folgen von korrektiven Erfahrungen, und somit im zweiten LM, zu erwarten. Grundsätzlich ist somit anzunehmen, dass positive Emotionen während der drei Phasen der korrektiven Erfahrung gleich stark ausgeprägt sind.

Emotionale Verläufe im Rahmen von korrektiven Erfahrungen wurden bisher nur im Rahmen von wenigen Einzelfallstudien beschrieben, die zahlreiche Variablen erfassten und ein komplexes Fallverständnis anstrebten (z. B. Bridges, 2006; Castonguay, et al., 2012). Es fehlten hingegen noch Untersuchungen, die emotionale Verläufe mit gezielter Methodik und an mehreren Fällen untersuchen. Im zweiten Teil der vorliegenden Pilotstudie sollten daher die emotionalen Verläufe von zwei globalen (negative Emotionen, positive Emotionen) und vier spezifischen Emotionen (Angst, Ärger, Traurigkeit, Sich-Verstanden-Fühlen) – sechs Emotionen, die in der Literatur am häufigsten mit korrektiven Erfahrungen in Zusammenhang gebracht werden – in den drei Phasen von korrektiven Erfahrungen untersucht werden.

6.2 Fragestellungen

Bei der *Studie 2* handelte es sich um eine Pilotstudie mit hauptsächlich explorativem und hypothesengenerierendem Charakter, die als Basis für weiterführende Studien dienen soll. Sie diene dem Erkunden, ob die aufgrund der Literatur formulierten ersten Hypothesen tendenziell mit den Daten vereinbar waren.

Im Rahmen der ersten Hypothese wurden Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung mit Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen verglichen:

H1: Die Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen weisen eine höhere Intensität in allen sechs Emotionen (negative Emotionen, positive Emotionen, Angst, Ärger, Traurigkeit, Sich-Verstanden-Fühlen) auf als die Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen.

Im Rahmen der zweiten Hypothese wurden die Zeitpunkte *vor*, *während*, und *nach* innerhalb der Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung verglichen:

H2a: Gemäss Spannungslandschaftsmodell zeigt sich bei Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen für fünf Emotionen (negative Emotionen, Angst, Ärger, Traurigkeit, Sich-Verstanden-Fühlen) ein umgekehrt-u-förmiger Verlauf (zu den drei Zeitpunkten vor, während und nach korrektiven Erfahrungen) der emotionalen Intensitäten, wobei die Intensitäten nach den korrektiven Erfahrungen am niedrigsten sind.

H2b: Für positive Emotionen bleibt die Intensität zu den drei Zeitpunkten konstant.

6.3 Methoden

6.3.1 Stichprobe

Es wurde je eine Sitzung von 12 der Patientinnen und Patienten der „Stichprobe Sitzungen“ (s. Kap. 4.2.1) untersucht. Neun wurden dabei nach einem dem Zufallsprinzip nahen Verfahren ausgewählt (s. Kap. 4.2.1), drei wurden von ihrem Therapeuten bzw. ihrer Therapeutin empfohlen. Die 10 Patientinnen und zwei Patienten waren im Alter von 19-67 Jahren (M:

42.8; SD: 18.9). Drei Patientinnen und Patienten wiesen nur eine einzige Diagnose auf, 9 zwei Diagnosen. Zu den Hauptdiagnosen zählten 6 depressive Störungen, 4 Belastungs- und Anpassungsstörungen, 1 Angststörung und 1 Störung mit Trennungsangst, bei den Nebendiagnosen sind 3 depressive Störungen, 2 Angststörungen, 2 Belastungs- und Anpassungsstörungen, 1 somatoforme Störung und 1 Alkoholabhängigkeit aufzuführen. Keine der Patientinnen und Patienten erhielt eine Achse-II-Diagnose. Die Werte auf der GAF-Skala variierten von 50-75 (M: 66.2; SD: 7.7).

Die 12 Therapien wurden von 7 Therapeutinnen und 2 Therapeuten mit einem Durchschnittsalter von 37.7 Jahren (SD: 7.0) durchgeführt, wobei je 3 Therapeutinnen bzw. Therapeuten je 2 Patientinnen bzw. Patienten betreuten. Sieben Therapeutinnen und Therapeuten befanden sich in der postgradualen Weiterbildung für Psychotherapie der Universität Bern, 2 waren erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten und Supervisorinnen und Supervisoren. Alle waren blind im Hinblick auf die Fragestellungen der *Studie*.

Die 12 untersuchten Sitzungen fanden zwischen der 9. und der 121. Sitzung statt (M: 41.4; SD: 32.0), wobei die Therapiedauer zu diesem Zeitpunkt zwischen wenigen Wochen bis zu gut 9 Jahren lag (M: 1.9 Jahre; SD: 2.4). Elf Sitzungen wurden in deutscher Sprache geführt, eine in französischer. Acht der 12 Sitzungen wiesen gemäss BSR eine korrektive Erfahrung auf, vier keine. Bezüglich Alter (auch von Therapeutinnen und Therapeuten), Sitzungsnummer und Therapiedauer gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Sitzungen der zwei Gruppen (Sitzungen mit bzw. ohne korrektive Erfahrung). Die Verteilungen von Geschlecht (auch von Therapeutinnen und Therapeuten), Diagnosen und Erfahrungsniveau der Therapeutinnen und Therapeuten (Auszubildende vs. Erfahrene) in den zwei Gruppen zeigten eine ähnliche Grössenordnung, konnten aber wegen der kleinen Stichprobengrösse nicht auf signifikante Gruppenunterschiede hin getestet werden.

6.3.2 Identifizierte korrektive Erfahrungen

Die korrektiven Erfahrungen wurden im BSR mit Hilfe der Video-Aufnahme der Therapiesitzung genau identifiziert und zeitlich lokalisiert (s. Tabelle 7). Die Zeit zwischen dem Beginn und dem Ende der korrektiven Erfahrung gilt im Folgenden als Zeitpunkt *während*, die Zeiten davor bzw. danach als Zeitpunkte *vor* bzw. *nach*. Die Tabelle 8 veranschaulicht die Inhalte der identifizierten korrektiven Erfahrung.

Tabelle 7: Dauer der Sitzungen und Zeitpunkt von Beginn und Ende der korrektiven Erfahrungen (KE)

Pat. Nr.	Sitzung Nr.	Dauer Sitzung	Beginn KE	Ende KE
1	71	0:51:44	0:24:56	0:36:44
2	15	1:02:27	0:55:58	0:58:56
3	31	1:04:50	0:51:00	1:02:58
4	37	1:56:29	1:13:56	1:16:06
5	9	0:53:51	0:46:22	0:49:31
6	19	0:48:41	0:33:55	0:36:18
7	60	0:58:03	0:35:50	0:44:21
8	32	1:01:44	0:52:18	0:55:02
9	121	0:54:35		
10	20	0:41:53		
11	21	0:52:51		
12	61	1:02:49		
<i>M</i>	<i>41</i>	<i>1:00:49</i>	<i>0:46:46</i>	<i>0:52:29</i>

Anmerkungen: Pat. Nr. = Patientenummer. Die kursiv hervorgehobenen Sitzungen wiesen keine KE auf. Zeitangaben in Stunden, Minuten, Sekunden.

Tabelle 8: Zusammenfassungen der korrektiven Erfahrungen

Pat. Nr.	Beschreibung korrektiver Erfahrung
1	Ich habe eingesehen, dass es wichtig ist, mich von Aussagen Dritter weniger betroffen zu fühlen. Ich will versuchen, unangenehme Bemerkungen wie Regentropfen über einen Regenschutz herunterlaufen zu lassen und nicht persönlich zu nehmen.
2	Meine Therapeutin hat mich darauf hingewiesen, dass es sehr wichtig sei, dass ich, egal was beruflich auch passieren möge in den kommenden Monaten, es nicht an meinen Selbstwert heranlasse. Für mich habe ich daraus vor allem herausgezogen, dass mein Wert als Mensch nicht von den beruflichen Konstellationen abhängt, die sich in den nächsten Monaten ergeben werden.
3	Ich muss mich selber mehr wertschätzen, das könnte bewirken, dass es mir nachher gut geht.
4	Ich wusste schon vorher, dass ich versuche, meinen Ängsten auszuweichen. Dadurch, dass mir meine Therapeutin sagte, dies sei nicht die Lösung, ich müsse mich vielmehr mit meinen Ängsten konfrontieren, wurde es für mich noch klarer.
5	Ich konnte einfach meine Gefühle spüren. Es war unangenehm und schmerzhaft. Meine Therapeutin hat mich dazu gebracht, meine Gefühle wahrzunehmen, dafür war ich ihr dankbar.
6	Ich habe einen Zusammenhang bezüglich meines Auszugs erkannt. Ich habe das Gefühl, dass meine Mutter möchte, dass ich weiter zu Hause wohne.
7	Die Gefühle von Nähe und Zuneigung müssen nicht entweder von Innen oder von Aussen kommen. Wenn Innen etwas verändert wird, so beeinflusst dies auch das Aussen. Das eine beeinflusst das andere.
8	Ich habe erkannt, dass ich emotionale Situationen rational angehe und es auch etwas wert ist, sich auch in emotionalen Situationen korrekt zu verhalten. Ich habe aber auch gesehen, dass es wichtig ist, mir mehr Zeit zu nehmen und zu schauen, was Emotionen in mir auslösen und mit mir machen.

Anmerkung: Pat. Nr. = Patientenummer.

6.3.3 Ratings der Emotionen

Die Videoaufnahmen der 12 Psychotherapie-Sitzungen wurden für das Rating in 1-minütigen Videoabschnitten vorbereitet. Videoabschnitte mit unzureichender Ton- oder Bildqualität sowie solche, in denen der Patient während länger als 30 Sekunden nicht sichtbar war (z. B. nach dem Aufstehen zum Abschluss von Sitzungen), wurden aus den Auswertungen ausgeschlossen.

Diese 1-minütigen Videoabschnitte wurden sitzungsweise von drei Raterinnen (Studentinnen der Psychologie: zwei im Bachelor-, eine im Masterstudium) in zufälliger Reihenfolge computergestützt geratet. Die Studentinnen kannten die Hypothesen der Studie, waren aber blind bezüglich des Vorkommens von korrektiven Erfahrungen in den Sitzungen. Zur Kontrolle von möglichen hypothesenkonformen Bias bei den Ratings gaben die Studentinnen an, ob sie glaubten, dass in der jeweils beurteilten Sitzung eine korrektive Erfahrung vorkam. Es gab keine signifikante Korrelation zwischen diesen Beurteilungen der Studentinnen und dem Vorkommen von korrektiven Erfahrungen gemäss Auskunft der Patientinnen und Patienten.

Es wurden zwei globale (negative Emotionen, positive Emotionen) und vier spezifische Emotionen (Angst, Ärger, Traurigkeit, Sich-Verstanden-Fühlen) auf 5-stufigen Likert-Skalen gera-

tet. Diese Skalen beziehen sich auf die Dauer des Vorhandenseins der Emotionen (0: nicht vorhanden; 1: bis zu 10 Sekunden; 2: bis zu 25 Sekunden; 3: bis zu 40 Sekunden; 4: über 40 Sekunden) und werden in Anlehnung an Wirtz und Caspar (2002) als näherungsweise intervallskaliert betrachtet. Die Raterinnen beurteilten primär intuitiv (ohne expliziten Regeln), wobei sie sich auf Hinweise in Mimik, Inhalt oder beides stützten.

Es ergaben sich aus den 12 Therapiesitzungen insgesamt 732 beurteilbare 1-minütige Videoausschnitte. Elf Sitzungen wurden von jeweils zwei Studentinnen beurteilt, eine einzige Sitzung konnte aus besonderen Datenschutzgründen von nur einer Studentin beurteilt werden. Bei diesen 11 Sitzungen wurde der Mittelwert der Beurteilungen durch die zwei Studentinnen errechnet und für die folgenden statistischen Auswertungen verwendet. Die Interraterreliabilität wurde als unjustierte Intraklassenkorrelation ($ICC_{\text{unjust, einfakt, MW}}$) ermittelt und war für fünf Emotionsskalen mässig bis gut (negative Emotionen: .78; positive Emotionen: .68; Angst: .62; Ärger: .81; Traurigkeit: .64) und für eine Skala vertretbar (Sich-Verstanden-Fühlen: .47). Studtmann (2009) und Gassmann (2002) verwendeten in ihren Studien ähnliche Ratingverfahren und erreichten dabei Interraterreliabilitäten in ähnlicher Grössenordnung (Studtmann, 2009: $ICC = .62-.85$ für fünf spezifische Emotionen; Gassmann, 2002: $kw = .48$ für „Qualität der emotionalen Aktivierung“ und $kw = .55$ für „Intensität der emotionalen Aktivierung“). Zudem handelt es sich bei der Emotion „Sich-Verstanden-Fühlen“ um ein komplexes und bisher in der gegebenen Form nicht untersuchtes Konstrukt, weshalb sie trotz der eher tiefen Reliabilität in die folgenden Auswertungen miteinbezogen wurde.

Um die Unabhängigkeit der sechs hier untersuchten Emotionsskalen zu prüfen, wurden die Skalen als Sitzungsmittelwerte sowie als Mittelwerte der Zeitpunkte *vor*, *während* und *nach* paarweise nach Spearman korreliert. Es gab keine Skaleninterkorrelation, die auf allen 4 Ebenen signifikant war, was auf die Unabhängigkeit der Skalen hinweist. Zusammenhänge der Skalen mit möglichen Störvariablen (Geschlecht und Alter von Patientinnen, Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten, Zivilstatus von Patientinnen und Patienten, Erfahrung von Therapeutinnen und Therapeuten, Sitzungsnummer, Therapiedauer und Diagnosen) wurden, je nach Skalenniveau der Variablen, mit Person-Korrelationen, Kontingenzkoeffizienten C oder Phi-Korrelationen mit den Sitzungsmittelwerten jeder Skala berechnet. Dabei ergaben sich keine signifikanten Korrelationen bzw. Koeffizienten.

6.3.4 Statistische Auswertungen

Die statistischen Auswertungen erfolgten mit SPSS-Version 19.0.0.1. Da sich die Fragestellungen auf die Skalenmittelwerte über die gesamte Sitzung (Hypothese 1) bzw. auf die drei Zeitpunkte *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen (Hypothese 2) bezogen, wurden die 24 Skalenmittelwerts-Verteilungen (6 Emotionsskalen x 4 Gruppen: ganze Sitzungen; *vor*; *während*; *nach*) mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest auf Abweichungen von einer Normalverteilung geprüft. Es zeigten sich nirgends signifikante Abweichungen (alle $p > .10$), so dass parametrische Verfahren angewendet wurden. Für die Überprüfung der Hypothese 1 (Vergleich von Sitzungen mit und ohne korrektiven Erfahrungen) wurden t-Tests, für die Hy-

pothese 2 (Untersuchung der Emotionsverläufe zu den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen) einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen und post-hoc Tests angewendet. Da es sich um eine Pilotstudie mit einer kleinen Stichprobe handelte, wurden neben den Signifikanzprüfungen eine ausführliche deskriptive Statistik und Effektstärken errechnet und dargestellt. Zur Hypothese 1 ist zudem anzumerken, dass eine Gruppe (Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen) eine besonders kleine Stichprobe ($N = 4$) aufwies. Die statistischen Auswertungen der ersten Hypothese haben auch aus diesem Grund primär explorativen Charakter und geben vor allem einen Kontext für die Interpretation der zweiten Hypothese.

6.4 Befunde

6.4.1 Hypothese 1: Vergleich der emotionalen Aktivierung zwischen Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung und Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen

Die acht Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen wiesen in vier Emotionen eine nicht signifikant höhere emotionale Aktivierung auf als die vier Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen. Die Effektstärken (Cohens d ; Cohen, 1988) waren nach Cohens (1988) Konvention für t-Tests im niedrigen bis mittleren Bereich (negative Emotionen: $t(10) = 0.37$; $p = .359$; $d = 0.23$; positive Emotionen: $t(10) = 0.53$; $p = .302$; $d = 0.33$; Traurigkeit; $t(10) = 0.68$; $p = .258$; $d = 0.42$; Sich-Verstanden-Fühlen: $t(10) = 0.73$; $p = .241$; $d = 0.45$). Zwei Emotionen waren nicht hypothesenkonform in Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen nicht signifikant ausgeprägter, wobei die Effektstärken sehr niedrig bis moderat waren (Angst: $t(10) = -0.20$; $p = .844$; $d = 0.12$; Ärger: $t(10) = -0.94$; $p = .369$; $d = 0.58$). Mittelwertsunterschiede und Standardabweichungen sind in Abbildung 6 dargestellt.

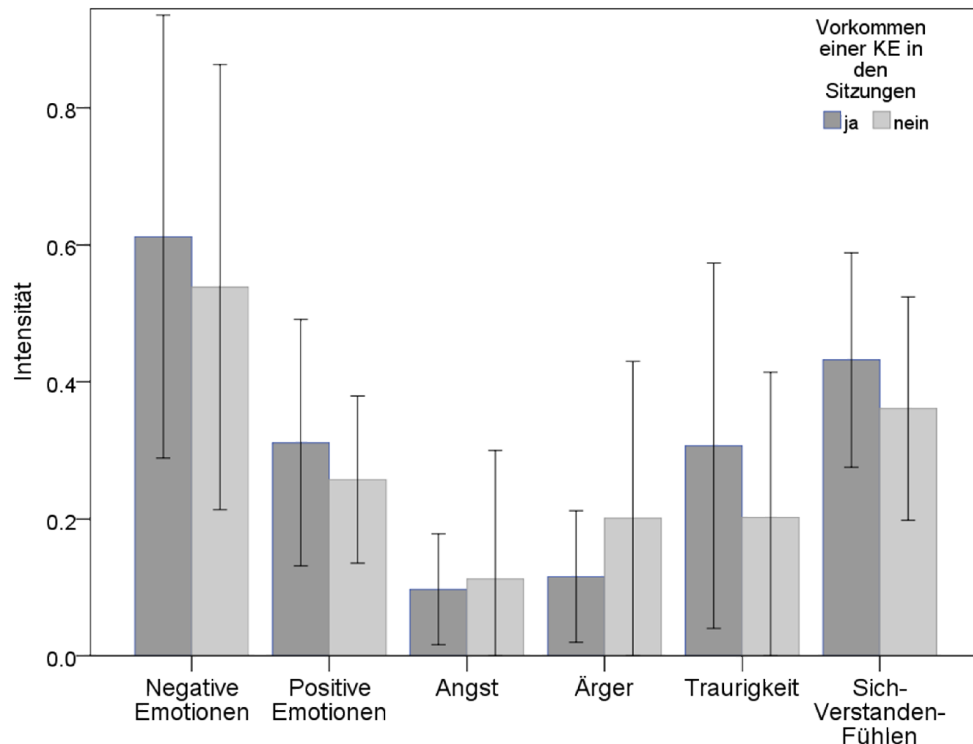


Abbildung 6: Vergleich der emotionalen Intensität in Sitzungen mit bzw. ohne eine korrektive Erfahrung (KE)

6.4.2 Hypothese 2: Emotionsverläufe vor, während und nach korrektiven Erfahrungen

Die Abbildungen 7-12 zeigen die Verläufe der sechs Emotionsskalen sowohl im Mittelwert als auch für jede der 8 Sitzungen zu den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen. Insgesamt lässt sich für die absoluten Werte von 4 Emotionsskalen (negative Emotionen, positive Emotionen, Traurigkeit, Sich-Verstanden-Fühlen) feststellen:

- Es zeigen sich in den Mittelwerten umgekehrt-u-förmige Verläufe der emotionalen Intensitäten, wobei die Intensitäten zum Zeitpunkt *nach* am niedrigsten sind.
- Für alle 4 Skalen gibt es eine Sitzung, bei der dieser umgekehrt-u-förmige Verlauf besonders ausgeprägt ist.
- Dieser umgekehrt-u-förmige Verlauf kommt für die einzelnen Skalen bei einer unterschiedlichen Anzahl von Sitzungen vor (negative Emotionen: 4; positive Emotionen: 3; Traurigkeit und Sich-Verstanden-Fühlen: 6).
- Die Mehrheit der Sitzungen, die nicht diesem umgekehrt-u-förmigen Verlauf folgt, zeigt eine Abnahme der emotionalen Intensität von *vor* zu *nach* oder von *während* zu *nach*.

Die absoluten Werte der Emotionsskalen „Angst“ und „Ärger“ zeigen ein davon abweichendes Bild:

- Der Range ist kleiner als bei den anderen 4 Skalen (vgl. auch unterschiedliche Skalierung y-Achsen bei den Abbildungen 7-12).

- Die emotionale Intensität von der Skala Angst zeigt in 6 Sitzungen kaum Varianz zwischen den drei Zeitpunkten.
- Die Skala Ärger zeigt in 7 Sitzungen eine deutliche Reduktion der emotionalen Intensität vom Zeitpunkt *vor* zu *während*, wobei sich die Intensität von *während* zu *nach* kaum verändert.

Die sechs einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungen zeigten für den Faktor „Zeitpunkt“ (s. Tabelle 9) bei den Emotionsskalen „negative Emotionen“, „positive Emotionen“, „Traurigkeit“ und „Sich-Verstanden-Fühlen“ signifikante Ergebnisse. Die paarweisen Post-hoc Vergleiche zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Zeitpunkten, wenn das Signifikanzniveau nach Bonferroni korrigiert wurde. Auf dem .05-Niveau zeigten sich hingegen für die Skala „positive Emotionen“ ein signifikanter Unterschied zwischen *vor* und *nach*; für die Skalen „negative Emotionen“ und „Traurigkeit“ signifikante Unterschiede zwischen *vor* und *nach* sowie zwischen *während* und *nach*; für die Skala „Sich-Verstanden-Fühlen“ signifikante Unterschiede zwischen *vor* und *während* sowie zwischen *während* und *nach* (s. Tabelle 10). Für die Skalen „Angst“ und „Ärger“ gab es bei den Varianzanalysen keine signifikanten Ergebnisse. Die Effektstärken, berechnet als Partielles-Eta-Quadrat, wären, *nach* Cohens (1988) Richtlinien für einfaktoriellen Varianzanalysen, bis auf die Skala „Angst“, als sehr gross zu werten. Da jedoch für abhängige Stichproben, wie sie bei Messwiederholungen vorliegen, keine feste Konventionen für kleine, mittlere und grosse Effektstärken gemacht werden können, sind sie hier nur als deskriptive Grössen zu verstehen.

Tabelle 9: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungen

Skala	W ^a	p ^b	F	df	p	η_p^{2c}
Negative Emotionen	.74	.399	8.43	2	.004	0.55
Positive Emotionen	.41	.680	3.80	2	.048	0.35
Angst	.67	.297	0.02	2	.982	0.00
Ärger	.03	.000	2.69 ^d	1.01 ^d	.144	0.28
Traurigkeit	.38	.056	9.60	2	.002	0.58
Sich-Verstanden-Fühlen	.22	.011	7.09 ^d	1.12 ^d	.027	0.50

Anmerkungen: a = Mauchly-W (Mauchly-Test auf Sphärität); b = p-Wert (Mauchly-Test); c = Effektstärke; d = korrigiert nach Greenhouse-Geisser. *H2a* wird für negative Emotionen, Traurigkeit und Sich-Verstanden-Fühlen angenommen und für Angst und Ärger verworfen. *H2b* (positive Emotionen) wird verworfen.

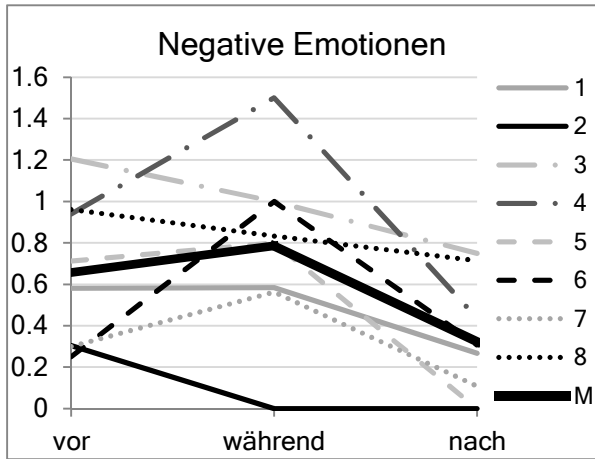


Abbildung 7: Verlauf der "negativen Emotionen" vor, während und nach korrektiven Erfahrungen

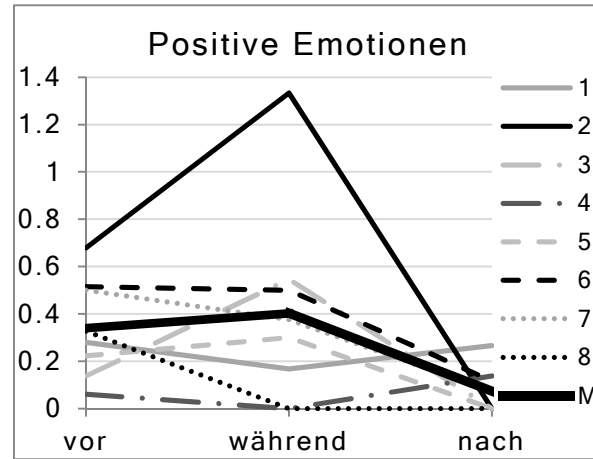


Abbildung 8: Verlauf der "positiven Emotionen" vor, während und nach korrektiven Erfahrungen

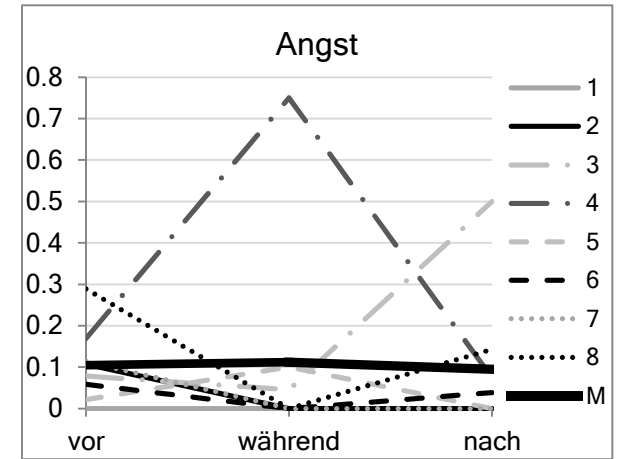


Abbildung 9: Verlauf der Emotion „Angst“ vor, während und nach korrektiven Erfahrungen

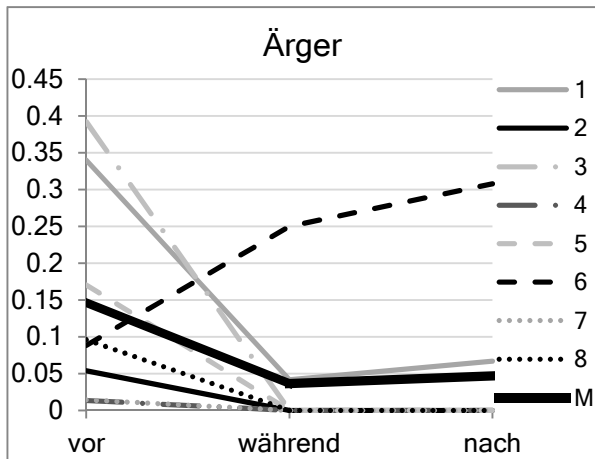


Abbildung 10: Verlauf der Emotion „Ärger“ vor, während und nach korrektiven Erfahrungen

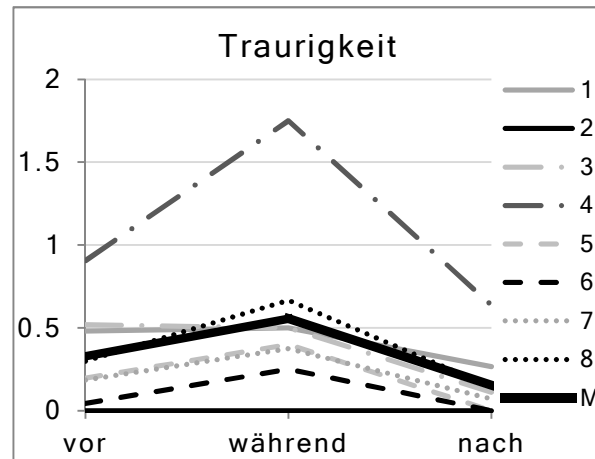


Abbildung 11: Verlauf der Emotion „Traurigkeit“ vor, während und nach korrektiven Erfahrungen

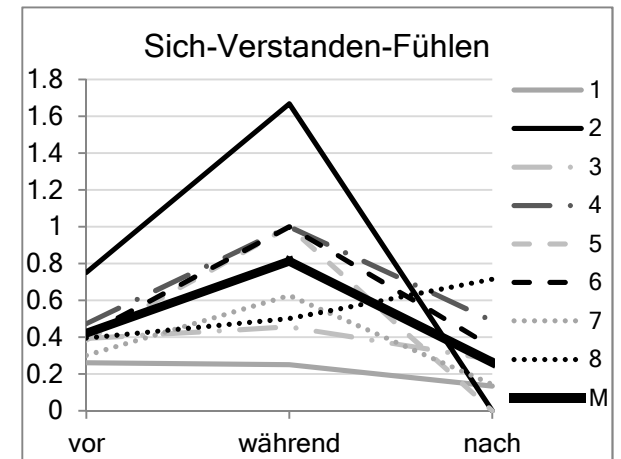


Abbildung 12: Verlauf der Emotion "Sich-Verstanden-Fühlen" vor, während und nach korrektiven Erfahrungen

Tabelle 10: Ergebnisse der Post-Hoc-Tests zwischen den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach*

	Zeitpunkt	M	SD	Post-Hoc-Test	p	d^a
Negative Emotionen	M <i>vor</i>	0.66	0.36	<i>vor-während</i>	.500	-0.32
	M <i>während</i>	0.79	0.43	<i>vor-nach</i>	.007	1.02
	M <i>nach</i>	0.32	0.29	<i>während-nach</i>	.013	1.25
Positive Emotionen	M <i>vor</i>	0.34	0.21	<i>vor-während</i>	.100	-0.18
	M <i>während</i>	0.40	0.43	<i>vor-nach</i>	.006	1.64
	M <i>nach</i>	0.07	0.10	<i>während-nach</i>	.270	1.06
Traurigkeit	M <i>vor</i>	0.33	0.30	<i>vor-während</i>	.087	-0.53
	M <i>während</i>	0.56	0.52	<i>vor-nach</i>	.001	0.67
	M <i>nach</i>	0.15	0.22	<i>während-nach</i>	.016	1.01
Sich-Verstanden-Fühlen	M <i>vor</i>	0.42	1.45	<i>vor-während</i>	.017	-1.17
	M <i>während</i>	0.81	0.45	<i>vor-nach</i>	.289	0.77
	M <i>nach</i>	0.26	0.25	<i>während-nach</i>	.049	1.51

Anmerkungen: Die Signifikanztests erfolgten für negative Emotionen, Traurigkeit und Sich-Verstanden-Fühlen einseitig, für positive Emotionen zweiseitig. a = Effektstärke.

6.5 Diskussion

In dieser Pilotstudie wurden korrektive Erfahrungen zum ersten Mal mit qualitativen Interviews in Sitzungen zeitlich lokalisiert und mit einem feinmaschigen Ratingverfahren bezüglich ihrer Emotionen untersucht. Damit lassen sich mit einer neuen Datenbasis Annahmen über Emotionen im Ablauf korrektiver Erfahrungen überprüfen und neue Hypothesen entwickeln.

Die Hypothese 1 wurde auf der Ebene der Signifikanzprüfungen nicht bestätigt: Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen und Sitzungen ohne korrektiven Erfahrungen. Möglicherweise sind korrektive Erfahrungen innere Prozesse, die nicht nur selten explizit thematisiert werden (Levitt & Piazza-Bonin, 2011), sondern auch von aussen kaum wahrgenommen werden können. Gegen diese Interpretation sprechen jedoch die Ergebnisse der Hypothese 2, die zeigen, dass sich Emotionen zum Zeitpunkt *während* korrektiver Erfahrungen von Emotionen zu den Zeitpunkten *vor* und *nach* korrektiven Erfahrungen unterscheiden. Denkbar ist auch, dass Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen durch andere Prozesse charakterisiert waren, die von einem vergleichbaren Ausmass an Emotionen wie Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen begleitet waren. Um diese zeitlich zu lokalisieren und dann mit Emotionsratings zu untersuchen, wäre es möglich, die hier angewandte Interviewmethode mit einem Fragebogen (z. B. der Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen; Flückiger et al., 2010) zu kombinieren. In einem ersten Schritt könnte mit dem Fragebogen untersucht werden, welche Prozesse vorgekommen sind. Die vorhandenen Prozesse würden dann im folgenden Interview zeitlich lokalisiert. Eine solche Untersuchung

könnte überprüfen, ob korrektive Erfahrungen, wie hier, zwar emotional sind – aber nicht emotionaler als Therapie „as usual“.

Trotz der nicht signifikanten Gruppenunterschiede lässt sich feststellen, dass Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen auf deskriptiver Ebene für 4 Emotionskalen höhere emotionale Intensitäten zeigen, bei geringen bis moderaten Effektstärken. Die leicht höhere Intensität der Skalen „negative Emotionen“ und „positive Emotionen“ in Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen ist mit der Annahme vereinbar, dass eine moderate emotionale Aktivierung eine Voraussetzung für das Zustandekommen von Veränderungsprozessen ist (Caspar & Berger, 2007; Hayes, et al., 2012). Die höhere Intensität der Skala „Sich-Verstanden-Fühlen“ in Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen kann ebenfalls als Voraussetzung zur Entstehung eines Veränderungsprozesses interpretiert werden, nämlich als Ausdruck einer guten therapeutischen Beziehung oder als Empathie (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011).

Die Ergebnisse der Skalen „Traurigkeit“ (erwartungsgemäss höhere emotionale Intensität in Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen), „Angst“ und „Ärger“ (entgegen den Erwartungen keine höhere bzw. tiefere emotionale Intensität in Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen) könnten mit den Inhalten der korrektiven Erfahrungen (s. auch Tabelle 8) zusammenhängen. Während es für einige der korrektiven Erfahrungen (z. B. Nr. 5 und 8) plausibel erscheint, dass ein Erleben von Traurigkeit möglicherweise involviert war, scheinen weder Angst noch Ärger, mit Ausnahme der korrektiven Erfahrung Nr. 4 (Angst, s. auch Abbildung 9) und Nr. 6 (Ärger, s. auch Abbildung 10), einen eindeutigen Bezug zu den korrektiven Erfahrungen zu haben. Somit wären Angst, Ärger und Traurigkeit Emotionen, die korrektive Erfahrungen charakterisieren können, aber nicht in jeder korrektiven Erfahrung vorkommen. Das geht konform mit den Annahmen der konnektionistischen Modelle und mit der Literatur, wonach Emotionen Kernthemen von Therapeutischen Ereignissen darstellen, ohne dass die genaue Art der erlebten oder zum Ausdruck gebrachten Emotionen spezifiziert würden (z. B. \Castonguay et al., 2010; Mahrer & Nadler, 1986; Timulak, 2007). Möglicherweise gab es aufgrund der kleinen Stichprobe zu wenige korrektive Erfahrungen, die die drei Emotionen in genügendem Ausmass involvierten, um sich im Sinne von Hypothese 1 zu zeigen. Die Hypothese könnte dahingehend revidiert werden, dass in Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen mindestens eine der drei (sowie eventuell auch andere, hier nicht untersuchte) Emotionen eine höhere emotionale Intensität aufweist im Vergleich zu gepaarten Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen. Mit dem Einbezug von Ratingverfahren zum therapeutischen Kontext (siehe z. B. Flückiger & Znoj, 2009; Znoj et al., 2010) könnte zudem untersucht werden, ob die Art der in korrektiven Erfahrungen involvierten Emotionen vorhergesagt werden kann.

Die höhere Intensität der Skala „Ärger“ in Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen bietet weitere Interpretationsmöglichkeiten an. Dies könnte beispielsweise bedeuten, dass Ärger für das Zustandekommen einer korrektiven Erfahrung eher hinderlich ist, wenn Ärger nicht, wie bei Neborsky (2001), als Kern einer korrektiven Erfahrung vorkommt. Ärger könnte auch Ausdruck von ungelösten Problemen in der therapeutischen Beziehung sein, anders z. B. als

in korrektiven Erfahrungen, in denen „... ruptures in the therapeutic alliance“ (Christian, Safran, & Muran, 2012, S. 61) repariert werden. Zu dieser Interpretation passt auch der Verlauf von Ärger in 7 der 8 Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen (s. Abbildung 10). Weiter könnte es sein, dass zwei Arten von Ärger, nämlich primärer und sekundärer Ärger (Pascual-Leone, Gilles, Singh, & Andreescu, 2013), unterschiedlich mit korrektiven Erfahrungen zusammenhängen. Primärer Ärger könnte ein Bestandteil von korrektiven Erfahrungen sein, während sekundärer Ärger sich hindernd auswirken könnte. In Folgestudien sollten daher primäre und sekundäre Emotionen gesondert untersucht werden.

Die Hypothese 2, die Emotionen zu den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen untersucht hat, wurde teilweise bestätigt. Die Skalen „negative Emotionen“, „Traurigkeit“ und „Sich-Verstanden-Fühlen“ (Hypothese 2a) zeigten in der Varianzanalyse erwartungsgemäss signifikante Unterschiede zwischen den drei Zeitpunkten, und zwar bei Effektstärken, die als klinisch relevant gewertet werden dürfen. In den Post-hoc-Vergleichen zeigte sich die tiefste Intensität, wie erwartet, zum Zeitpunkt *nach* für die Skalen „negative Emotionen“ und „Traurigkeit“ – nicht jedoch ein Anstieg beim Zeitpunkt zwischen *vor* zu *während*. Umgekehrt zeigten sich auf der Skala „Sich-Verstanden-Fühlen“ ein Anstieg zwischen den Zeitpunkten *vor* und *während* und eine Abnahme zwischen *während* und *nach*, aber kein Unterschied zwischen den Zeitpunkten *vor* und *nach*. Für die Skalen „Angst“ und „Ärger“ (Hypothese 2a) haben sich die erwarteten Verläufe nicht bestätigt. Die Skala „positive Emotionen“ (Hypothese 2b) zeigte in der Varianzanalyse, entgegen den Erwartungen, signifikante Unterschiede zwischen den drei Zeitpunkten, bei einer signifikanten Abnahme zwischen den Zeitpunkten *vor* und *nach*.

Dass vier der sechs Varianzanalysen signifikante Unterschiede und bedeutsame Effektstärken zwischen den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* zeigten, legt den Schluss nahe, dass korrektive Erfahrungen Prozesse darstellen, die sich im emotionalen Gehalt von anderen Prozessen, die davor und danach stattfinden, unterscheiden. Gleichzeitig gab es mehrere Sitzungen mit abweichenden Verläufen, wofür die individuellen korrektive Erfahrungen und ihr jeweiliger Kontext verantwortlich sein könnten. Die nicht erwartungskonformen Verläufe von „Angst“ und „Ärger“ sind möglicherweise damit zu erklären, dass diese Emotionen in den Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung nicht ausgeprägter waren als in Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen (s. oben) und somit in den acht untersuchten Sitzungen keine grössere Rolle spielten. Die Ergebnisse für „positive Emotionen“ geben Hinweise auf eine geringere Ausprägung zum Zeitpunkt *nach*. Möglicherweise eröffnet die geringere Spannung im zweiten Lokalen Minimum zwar mehr Möglichkeiten zum Erleben positiver Emotionen, dies aber nur längerfristig. Kurzfristig – hier in den Minuten *nach* – braucht das System noch „Erholung“ vom Spannungsanstieg *während* korrektiver Erfahrungen und den damit einhergehenden negativen Emotionen. Eine Untersuchung der Entwicklung des zweiten Lokalen Minimums in nachfolgenden Sitzungen könnte Hinweise darüber geben, ob die Spannungs-

anstiege, die zu einer korrektiven Erfahrung gehören, längerfristig tatsächlich auf positivere Emotionen hoffen lassen.

6.5.1 Limitationen

Für Limitationen, die das den *Studien* gemeinsame Vorgehen betreffen, s. Kap. 8.5.

Wie viele Pilotstudien, weist auch diese Untersuchung einige Limitationen auf, die in Folgestudien berücksichtigt werden müssten. Die Stichprobe war aufgrund der Grösse, des therapeutischen Ansatzes und der Art der Rekrutierung (75% der Patienten wurden per Zufallsprinzip ausgewählt, 25% von Therapeuten empfohlen) nur bedingt repräsentativ. Derartige Einschränkungen der Repräsentativität sind bei Pilotstudien jedoch durchaus üblich. Zudem sind uns, ausser Einzelfallstudien, keine weiteren Untersuchungen bekannt, die Aussagen über Emotionen im Rahmen von korrektiven Erfahrungen, gestützt auf die Kombination von zwei Methoden (Interviews und Emotionsratings), ermöglichen. Im Weiteren wirft das Fehlen von expliziten Regeln zur Beurteilung der Emotionen die Frage auf, ob die intuitive Erfassung der Emotionen valide war. Andere Studien fanden allerdings hohe Übereinstimmungen zwischen intuitiven Emotionsratings von Nicht-Experten mit standardisierten Expertenurteilen (z. B. Baker, Haltigan, Brewster, Jaccard, & Messinger, 2010; Waldinger, Hauser, Schulz, Allen, & Crowell, 2004), was auf die Validität intuitiver Emotionsurteile hinweist. Schliesslich kann darüber spekuliert werden, ob die gefundenen emotionalen Verläufe nicht gewöhnliche Muster von Therapiesitzungen darstellen. Die Tabelle 7 zeigt jedoch eine gewisse Varianz für die Zeitpunkte des Beginns und des Endes der korrektiven Erfahrungen über Sitzungen hinweg. Folgestudien mit Auswertungen der Sitzungsinhalte und ein Vergleich der emotionalen Verläufe von gepaarten Sitzungen mit korrektiven Erfahrungen mit Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen würden eine genauere Differenzierung ermöglichen.

7 Studie 3: Prozesse korrektiver Erfahrungen

7.1 Einleitung

Nachdem in *Studie 1* Formen und in *Studie 2* Emotionen korrektiver Erfahrungen auf deskriptiver Ebene untersucht wurden, soll im Rahmen von *Studie 3* mit der Untersuchung von Prozessen korrektiver Erfahrungen eine Ebene tiefer gearbeitet werden. Prozesse werden zu diesem Zweck mit konnektionistischen Modellen (s. Kap. 2.2) abgebildet.

Bereits im Rahmen von *Studie 2* waren Prozesse korrektiver Erfahrungen herangezogen worden, und zwar wurde mit der Erfassung von Emotionen auf das Grundmodell der Anwendung konnektionistischer Modelle an korrektive Erfahrungen gemäss PSU-Definition (s. Kap. 2.2.2) angeschlossen. Im Rahmen von *Studie 3* sollen die Zustände jedoch direkter erfasst werden, indem die dazugehörigen Informationen, die in den Interviews gesammelt wurden (Kognitionen, Emotionen etc. *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen, s. Kap. 4.2.2 und 4.3.2), ausgewertet werden.

Damit solche Auswertungen überhaupt möglich waren, musste zunächst eine dafür geeignete Methode entwickelt werden. Der einzige dem Autor bekannte auf den ersten Blick in Frage kommende Ansatz – die Konfigurationsanalyse nach Horowitz (1987) – war nämlich aus diversen Gründen nicht geeignet (s. Kap. 2.2.1).

Während bei *Studie 2* vom Grundmodell, welches eine genau definierte Abfolge von Zuständen vorsieht, ausgegangen wurde, werden im Rahmen von *Studie 3* auch weitere mögliche Prozesse berücksichtigt, die mit Anwendungen konnektionistischer Modelle modelliert werden können. Es interessieren also auch andere Spannungslandschaften, die mit dem Ablauf korrektiver Erfahrungen einhergehen.

7.2 Fragestellungen

Im Rahmen von *Studie 3* sollte zunächst eine Methode entwickelt werden, mit der die mit korrektiven Erfahrungen einhergehenden Spannungslandschaften zuverlässig abgebildet werden können. Auf dieser Basis sollten die verschiedenen Spannungslandschaften korrektiver Erfahrungen untersucht werden. Auch im Rahmen von *Studie 3* werden die Ebenen von Sitzungen und von ganzen Therapien unterschieden.

- F1) *Lässt sich eine reliable Methode zur Untersuchung der Spannungslandschaften korrektiver Erfahrungen entwickeln?*
- F2) *Durch welche Spannungslandschaften sind korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen abzubilden?*
- F3) *Durch welche Spannungslandschaften sind korrektive Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Therapien abzubilden?*

7.3 Methoden

7.3.1 Stichprobe

Im Rahmen der *Studie 3* konnten 39 BSR-Interviews bzw. 39 korrektive Erfahrungen, die in Sitzungen stattgefunden hatten (s. Kap. 4.2.2), und 34 HEKSP-Interviews bzw. 87 korrektive Erfahrungen, die im Verlauf ganzer Psychotherapien oder Psychotherapie-Perioden stattgefunden hatten (s. Kap. 4.3.2), ausgewertet werden.

Für methodisch ähnlich zu bearbeitende Fragestellungen schlägt Hill (2012) eine Stichprobengrösse von 12-25 Datensätzen vor, wobei die obere Grenze eine sehr grosse Stichprobe darstelle. Genau diese Stichprobengrössenordnung – wenn es sich nicht um Einzelfallanalysen handelte – wiesen die Studien zu korrektiven Erfahrungen, auf die der Autor im Laufe der Dissertation stiess. Damit darf die Stichprobe der vorliegenden *Studie* für diese Art qualitativer Forschung als sehr gross beurteilt werden (s. dazu auch Kap. 7.3.3.7).

7.3.2 Sammlung von Rohdaten zu Spannungslandschaften

Sowohl auf der Ebene von Sitzungen als auch von Therapien wurden in den Interviews für jede korrektive Erfahrung Angaben zu Kognitionen, Emotionen, Verhalten, Motivationen und wichtigen Bezugspersonen erfragt, und zwar für die drei Zeitpunkte *vor*, *während* und *nach* der jeweiligen korrektiven Erfahrung (s. Kap. 4.2 und 4.3). Diese Datensammlung verfolgte zwei Ziele:

1. Sie sollte es ermöglichen, einen Zugang auch zu Informationen zu erhalten, die in Sitzungen nicht explizit thematisiert wurden (z. B. nicht geäusserte oder nicht bewusste Gedanken).
2. Sie sollte eine Basis für die folgenden Auswertungen (s. nächste Kapitel „Interview-Auswertungen“) liefern.

Durch die systematische Datensammlung sollten die Auswertungen der Interviews möglichst reliabel und vollständig erfolgen können. Dies wurde bei der Planung der Interviews besonders beachtet, denn diverse nicht beeinflussbare Faktoren erschwerten die Interview-Auswertungen. Die häufigsten erschwerenden Faktoren waren die folgenden:

- Patientinnen und Patienten erzählten häufig eine wenig strukturierte Geschichte, die nicht genau in das Schema der Interview-Fragen (z. B. Unterteilung in drei Zeitpunkte) passte.
- Die Interviews stellten eine anspruchsvolle emotionale und intellektuelle Leistung dar, die für Patientinnen und Patienten zeitweise doch überfordernd sein konnte.
- Auch für die Interviewenden konnte eine Überforderung vorkommen, so beispielsweise beim Bewahren der Übersicht über die Vielzahl an Informationen.
- Die Einteilung in Zeitpunkte entsprach nicht automatisch einer Zuordnung zu bestimmten Zuständen, es konnte nämlich beispielsweise sein, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt alternierend unterschiedliche Zustände aktiviert waren.

- Teilweise waren die Angaben sehr detailliert. Da nur „genügend relevante“ Informationen festzuhalten waren (s. Kap. 7.3.3.2), stellte sich jeweils die Frage nach der Relevanz, die nicht immer eindeutig zu beantworten war.
- Häufig gab es zahlreiche Informationen, die keinem oder einem für die korrektive Erfahrung nicht relevanten Zustand zuzuordnen waren, und die es auszusortieren galt.

Durch diese Ausführungen wird ein Spannungsfeld deutlich, welches bei der Interview-Planung und während der Interview-Durchführungen immer wieder reflektiert werden musste: Eingriffe in die Erzählungen der Patientinnen und Patienten durch Interviewende, z. B. in Form von Strukturierungen von Informationen, waren einerseits notwendig für die Vollständigkeit der Datensammlung und erwünscht für die Reliabilität der folgenden Interview-Auswertungen, andererseits bestand damit die Gefahr (z. B. durch suggestive Fragen), dass Patientinnen und Patienten ihre Erzählungen dem Bedarf der forschenden Interviewenden anpassten – und dies, ohne dass es die Interviewenden selbst bemerkt haben mussten. Für Interviewende galt deshalb hier, eigene Erwartungshaltungen (s. Kap. 4.5) mit besonderer Aufmerksamkeit zu beachten und deren Einfluss auf die Interviews möglichst zu minimieren. Eine praktische Anweisung dazu bestand beispielsweise darin, „so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich“ in die Erzählung von Patientinnen und Patienten einzugreifen.

Die Auswertung der damit entstandenen Rohdaten wird in den nächsten Kapiteln dargestellt.

7.3.3 Interview-Auswertungen

Fünf Masterstudierende (s. Kap. 4.4) führten die in den folgenden Unterkapiteln beschriebenen Auswertungsschritten auf der Basis der Video- oder Tonbandaufnahmen der Interviews durch. Bei BSR-Interviews bestand die Möglichkeit, zusätzlich auch die Video-Aufnahmen der entsprechenden Psychotherapie-Sitzungen benutzen, was in den meisten Fällen auch geschah.

Für jeden Auswertungsschritt galt dabei das folgende Vorgehen:

- ein oder zwei Studierende werteten zuerst selbstständig aus;
- für Datensätze, die von zwei Studierenden ausgewertet wurden, wurde eine Reliabilität ermittelt;
- nachdem die Auswertungen selbstständig durchgeführt worden waren, wurden sie zwischen den beteiligten ein oder zwei Studierenden und dem Autor so lange in einem zirkulären Prozess besprochen, bis eine Konsenslösung entstand.

Für die Bestimmung der Reliabilitäten wurden für jeden Auswertungsschritt spezifische Berechnungsformeln in Anlehnung an die Prozentuale Übereinstimmung (PÜ) nach Wirtz und Caspar (2002) entwickelt, da sich übliche Berechnungsmethoden nicht anwenden liessen. Von der Gesamtzahl von 69 ausgewerteten Interviews wurden 57 von je zwei Masterstudierenden ausgewertet. Von diesen wurden wiederum 55 (also 80% der Gesamtstichprobe) auf

ihre Übereinstimmung hin überprüft. Aufgrund des hohen Aufwandes musste auf eine Prüfung der Reliabilität an der gesamten (100%) Stichprobe verzichtet werden: Für jede Interview-Auswertung waren mindestens 5-7 Arbeitsstunden pro Masterstudentin bzw. –student notwendig und die Masterstudierenden hatten bereits während mehr Stunden empirisch gearbeitet als im Rahmen ihrer Masterarbeiten gefordert werden konnte. Laut Pascual-Leone (2011) genügt jedoch für neue Verfahren eine Überprüfung an 75% der Fälle der Gesamtstichprobe, was in der vorliegenden Untersuchung leicht übertroffen wurde.

Die Reliabilitäten wurden, unabhängig von den Direktbeteiligten (dem Autor und den fünf Masterstudierenden), im Rahmen von drei Bachelorarbeiten (s. Wittwer, 2013) und eines Hilfsassistenzeinsatzes berechnet. Diese Unabhängigkeit war besonders wichtig für den ersten Auswertungsschritt, nämlich die Bildung von Zuständen (s. Kap. 7.3.3.2). Die Bestimmung der Reliabilität dieses Ratings erforderte nämlich ihrerseits ein Rating (wofür ein eigenes Reliabilitätsmass berechnet wurde). Wäre dieses Rating vom Autor oder den Masterstudierenden selber vorgenommen worden, so hätte seine Objektivität bezweifelt werden müssen. Die drei Bachelorstudentinnen und die Hilfsassistentin hingegen wurden zwar vom Autor betreut, hatten aber mindestens per se kein Interesse an möglichst guten Ergebnissen. Noch objektiver wäre natürlich eine völlig unabhängige Übereinstimmungsprüfung gewesen, die jedoch nicht geleistet werden konnte (s. Kap. 3.2).

Angaben zu den Reliabilitäten der einzelnen Auswertungsschritte dienen auch der Beantwortung der ersten Fragestellung dieser *Studie*, ob sich eine reliable Methode zur Untersuchung der Spannungslandschaften korrektiver Erfahrungen entwickeln lasse. Da sowohl der Aufbau der Auswertungsschritte an sich als auch die Bestimmung derer Reliabilitäten sehr komplex waren, werden jedoch Reliabilitätsangaben bereits im Methoden- und nicht erst im Befundteil angegeben.

Für alle im Folgenden beschriebenen Auswertungsschritte gilt, dass sie ein statischeres Bild suggerieren als es eine Spannungslandschaft, nämlich ein dynamisches System, sein kann. So sind beispielsweise die Grenzen zwischen Zuständen sowohl in ihren Inhalten als auch im Erleben von Patientinnen und Patienten fließend, die Spannung und die Inhalte von Zuständen können sich verändern, es können in kurzen Abständen unterschiedliche Zustände aktiviert sein usw. Die Auswertungen bzw. die Ergebnisse dienen somit einer groben Abbildung der Prozesse, die im Rahmen korrektiver Erfahrungen stattfinden. Sie sollen hingegen nicht als unflexibel verstanden werden.

Die einzelnen Auswertungsschritte werden an einem Fallbeispiel verdeutlicht, welches im nächsten Kapitel eingeführt wird.

7.3.3.1 Fallbeispiel: Frau B.

Frau B. war eine dreissigjährige, gut ausgebildete, unauffällig erscheinende Frau österreichischer Herkunft. Sie litt unter einer starken PTBS (v. a. Flash-Backs, Dissoziationsphänomene, Hyperarousal, Suizidalität und Ängstlichkeit) und einer ebenso stark ausgeprägten somato-

formen Schmerzstörung, aufgrund deren sie nur reduziert arbeitsfähig war. Auslöser der PTBS waren langjährige Erfahrungen von sexuellem Missbrauch und Gewalt in der frühen und späten Kindheit gewesen. Zudem befand sie sich in starken Konflikten mit dem Noch-Ehemann, von welchem die Scheidung bevorstand, mit einem langjährigen Sexualpartner und einem langjährigen Freund. Schliesslich war sie sozial schlecht integriert und hatte Erziehungsschwierigkeiten mit dem vierjährigen Sohn.

Seit circa einem Jahr befand sie sich in Einzelbehandlung. Sie verpasste immer wieder vereinbarte Termine (was für den Therapeuten sowohl ein Grund für Sorgen als auch für Ärger war), wenn sie aber die Sitzungen wahrnahm, machte sie einen motivierten und engagierten Eindruck. Die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde von beiden Beteiligten als sehr positiv beschrieben. Der Therapeut war ein 36-jähriger erfahrener Mann mit einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Weiterbildung.

Im Rahmen der Behandlung wurden drei GAS-Ziele formuliert: 1. „Biographie: Missbrauchs- und Gewalterfahrungen aufarbeiten, Beziehungen“; 2. „Umgang mit Schmerzen; aus alten Mustern herauskommen“; 3. „Familiäre und berufliche Situation, dabei eigene Ressourcen nutzen“.

Nach circa einem Jahr Behandlung, bzw. nach der 30. Psychotherapie-Sitzung, fand ein BSR-Interview statt. Die identifizierte korrektive Erfahrung aus der vorher stattgefundenen Sitzung wird wie folgt zusammengefasst:

„Ich konnte mich heute zum ersten Mal in grossem Ausmass auf die Hoffnung einlassen, dass mir auch in den Bereichen Traumatisierungen und Männerbeziehungen wirklich geholfen werden kann. Dazu gehören unter anderem ein ‚Aufgeben des Panzers‘, eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Traumatisierungen und mit der Tatsache, dass ich häufig in ähnliche Beziehungsmuster verwickelt war. Anlass zu diesem Schritt gaben die starke Verzweiflung, die ich ausserhalb der Therapie empfunden hatte, und die vertrauensvolle und wertschätzende Beziehung zum Therapeuten.“

Der Therapeut kommentierte, dass es sich um eine für diese Patientin unübliche, unerwartet positive Sitzung gehandelt habe.

7.3.3.2 Bildung von Zuständen

Für jedes Interview wurde eine theoretisch unbeschränkte Anzahl von Zuständen gebildet, in der Regel waren es aber drei und selten mehr als fünf. Bei BSR-Interviews stützten sich die gebildeten Zustände auf eine einzelne, bei HEKSP-Interviews auf mindestens eine korrektive Erfahrung.

Zu einem Zustand gehörten die Ebenen der Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen und Motivationen. Bezogen sich Inhalte dieser Ebenen auf die Therapeutin bzw. den Therapeuten oder eine (andere) wichtige Bezugsperson, waren sie auf einer separaten „Beziehungsebene“ festzuhalten. Für die Zuordnung von Inhalten zu den einzelnen Ebenen waren zunächst Arbeitsdefinitionen der Ebenen erstellt worden, die als Anleitung dienen sollten. Im Laufe des Trainings (das ungefähr 300 Stunden pro Masterstudentin bzw. -student betrug,

wobei der grösste Teil aus Gruppen- und Zweierdiskussionen bestand) stellten sich diese (wie auch wenige andere Regeln) jedoch aus zwei Gründen als hinderlich für den Beurteilungsprozess heraus. Erstens hemmten diese Regeln die intuitive und klinisch-nahe Wahrnehmung der Zustände von Patientinnen bzw. Patienten. Zweitens trugen sie insgesamt zu einer Verschlechterung der Reliabilität bei. Dies kann auf den ersten Blick erstaunen, wenn man davon ausgeht, dass sich Regeln allgemein positiv auf die Übereinstimmungs-Rate auswirken sollten. Beim vorliegenden komplexen Untersuchungs-Objekt und -Verfahren war das Verhältnis zwischen Regeln und Reliabilität allerdings nicht überall eindeutig. Beispielsweise konnte eine Orientierung an Regeln, und damit aber unpassende klinische Einschätzung, dazu führen, dass klinisch relevante Inhalte für die Zustandsbildung gar nicht beachtet wurden oder dass, im Gegenteil dazu, zu wenig relevante Inhalte in Zustände integriert wurden. Regeln, z. B. für die spätere Zuordnung dieser Inhalte zu einzelnen Ebenen, konnten in solchen Fällen natürlich nicht zu einer Verbesserung der Reliabilität beitragen, so dass sie entfernt wurden. Nach der Entfernung dieser hinderlichen Regeln bestanden schliesslich für die Auswertungen nur die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Operationalisierungen, welche teilweise allgemein gehalten waren und damit einen gewissen Interpretationsspielraum zuließen. Es wurde jedoch davon ausgegangen, dass viel gemeinsames Training, in dem implizite Prinzipien erlernt werden, zu einer Annäherung zwischen den Masterstudierenden führen würde, was sich auch in höheren Reliabilitätswerten niederschlagen sollte (s. dazu Wirtz & Caspar, 2002). Da gleichzeitig die klinische Nähe der Daten erhöht werden sollte, wurde zudem auch von einem positiven Einfluss auf die Validität ausgegangen.

Innerhalb einer Ebene wurden eng zusammenpassende Inhalte in Abschnitte gruppiert und die einzelnen Inhalte durch Strichpunkte getrennt. Da die Inhalte zudem im Laufe der Bildung von Zuständen häufig neu gruppiert werden mussten, wurden die Grossschreibung zu Satzbeginn und die Punktsetzung bei Satzende ignoriert. Auch wurden unterschiedliche Formulierungen für denselben Inhalt zugelassen, sofern sie nahezu synonym waren. Beispielsweise waren sowohl Formulierungen im Konjunktiv („denkt, er sei ein Versager“) als auch im Indikativ, und zwar direkt („ich bin ein Versager“) oder indirekt („denkt, er ist ein Versager“), zugelassen.

Die Bildung von Zuständen erfolgte nach sechs Heuristiken:

1. Die Kognitionen, Emotionen etc. sollten gleichzeitig oder zeitlich nahe beieinander auftreten. Bei fehlenden Informationen sollte die zeitliche Übereinstimmung bzw. Nähe plausibel erscheinen.
2. Im weitesten Sinne zusammengehörende (z. B. auf logischer oder inhaltlicher Ebene) Inhalte gehören tendenziell in denselben Zustand (vs. in zwei unterschiedliche).
3. Inhalte desselben Zustandes sind tendenziell im psychologischen Sinne konsistent miteinander. Häufig (z. B. bei Ambivalenz oder Konflikten) können aber auch scheinbar inkonsistente Inhalte (z. B. Liebe und Hass gegenüber einer Person) im selben Zustand vorkommen.

4. Zustände dürfen nur manifeste Inhalte beinhalten. Inhalte sollen grundsätzlich von Patientinnen oder Patienten selber während der Psychotherapie-Sitzung oder während des Interviews erwähnt worden sein. Möglich sind auch z. B. glaubhafte Bestätigungen der Interviewenden-Aussagen durch die Patientin bzw. den Patienten. Nicht erwähnt werden dürfen hingegen Inhalte, die nur von den Auswertenden angenommen werden, in den Rohdaten jedoch nicht explizit vorhanden sind.
5. Es kann unklar sein, ob Gruppen von Inhalten (z. B. über tiefen Selbstwert und über Vermeidungsmuster) zum selben Zustand gehören, d.h., ob ein oder mehrere Zustände gebildet werden sollen. Grundsätzlich ist eine ökonomischere, also eine weniger Zustände umfassende Lösung, zu bevorzugen, selbst wenn dies bedeuten kann, die Konsistenz innerhalb eines Zustandes zu reduzieren.
6. Damit ein Inhalt erwähnt werden kann, soll er „genug relevant“ sein.

Insgesamt erforderte die Bildung von Zuständen vielfach klinisches Denken und Beurteilen. Ebenso waren viele Übungsgänge nötig, um die Qualität der Beurteilungen zu verbessern (s. Kap. 7.3.3.7).

7.3.3.2.1 Fallbeispiel: Frau B.

Im Rahmen der Auswertung des BSR-Interviews von Frau B. wurden drei Zustände identifiziert, die mit „Tabuzone“, „Verzweiflung“ und „neue Perspektive“ betitelt wurden.

Der Kern des Zustandes „Tabuzone“ war die (bewusste, unbewusste oder beides) Vermeidung der Auseinandersetzung mit ihren Traumatisierungen und ihren damit verbundenen aktuellen Problemen in Männer-Beziehungen. Die Patientin erduldet damit diverse Symptome, doch konnte sie durch deren Vermeidung befürchtete, noch schmerzhaftere Symptome umgehen. Eine Zuspitzung ihrer aktuellen Konflikte (bisher noch nie dagewesene Gewalt durch ihren Sexualpartner) intensivierte jedoch ihr Leiden, was mit dem Gedanken einherging, dass „noch mehr Leiden gar nicht mehr gehe“. Diese Zuspitzung wirkte zusammen mit einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung (die wahrscheinlich im Sinne eines Modulators spannungsmildernd wirkte) und den immer wieder wiederholten Ermutigungen des Therapeuten, sich den schwierigen Themen mit EMDR-Techniken zu nähern, als Auslöser für ein neues Verhalten: sie besprach zum ersten Mal Inhalte ihrer früheren Traumata in der Therapie. Sie befand sich dabei im Zustand „Verzweiflung“, der mit Schmerz, Kontrollverlust und Destabilisierung einherging. Die Besprechung tat ihr jedoch auch gut, was sich unter anderem in Entspannung zeigte. Noch bedeutsamer war aber die damit gewonnene Zuversicht, dass ihr im Bereich Traumatisierungen und Männerbeziehungen geholfen werden könne. Dies bildete den Kern der korrektiven Erfahrung. Vor dieser schien sie nämlich nicht daran geglaubt haben zu können. In dieser neuen Situation befand sie sich damit im Zustand „neue Perspektive“. Dieser Zustand an sich war nicht als neu zu bewerten, denn es ist für viele seiner Einzelinhalte anzunehmen, dass sie schon vor der korrektiven Erfahrung bestanden hatten. Auch war anzunehmen, dass Elemente des Zustandes „Tabuzone“ auch bei Aktivität des Zustandes „neue Perspektive“ weiterhin hintergründig aktiv waren. Insgesamt waren im Zustand „neue Per-

spektive“ aber neue spannungsmildernde Inhalte vorhanden, alte spannungsmildernde Inhalte traten stärker in den Vordergrund und alte spannungssteigernde Inhalte stärker in den Hintergrund. Trug die korrektive Erfahrung dazu bei, dass die neuen Inhalte längerfristig im Zustand „neue Perspektive“ verankert blieben und der Zustand „neue Perspektive“ über längere Zeiten aktiviert bleiben konnte, so hatte sie nachhaltig positive Folgen.

Die Zustände werden in Tabelle 11 bis Tabelle 13 vollumfänglich präsentiert.

Tabelle 11: Zustand „Tabuzone“ von Frau B.

Zustand „Tabuzone“	
Kognition	denkt, dass sie es alleine schafft, wenn sie wiedermal einen Einbruch hat; glaubt nicht, dass sich etwas verändern kann; denkt, dass sie sich zusammenreißen muss; denkt, ihre Geschichte sei zu belastend für andere; weiss, dass sie die Ablenkung (Fernsehen; Spazieren) braucht (auch wenn sie sich dafür schämt); denkt, dass es gut wäre, sich mit den Traumatisierungen auseinanderzusetzen;
Emotion	Verzweiflung; dumpfes Gefühl; deprimiertes Gefühl; fühlt sich allein gelassen; Gefühl des Kämpfens (Zusammenreißen für die Arbeit); Unsicherheit; wenig Selbstwertgefühl; Scham (weil sie stundenlange ferngesehen hat, um sich abzulenken);
Verhalten	ist nicht bereit, sich mit den Traumatisierungen (Inhalt der Gewalterlebnisse; ihr Verhaltensmuster) auseinander zu setzen; lässt die Vorschläge des Therapeuten, die EMDR-Technik anzuwenden, nicht an sich ran; spricht in der Therapie viel Alltägliches an (nicht die tiefergehende Probleme); schafft es nicht, sich mit den Traumatisierungen auseinander zu setzen; sagt, dass sie wegen den Traumatisierungen in die Therapie kommt; erduldet, im Zusammenhang mit ihren Traumatisierungen, Dinge, die immer wieder vorkommen (Flashbacks, Handlungen, Überreaktionen); kann ihre Dissoziationen kontrollieren; funktioniert einfach; arbeitet viel; Arbeiten gibt ihr Halt; Wahrnehmung ihrer Umwelt ist vermindert (teilweise geistesabwesend); zeigt nicht gegen Aussen, wie sie leidet; ist schüchtern; spricht leise; unsicher;
Motivation	will nicht auf Traumatisierungen eingehen (Tabuzone); möchte weder eine Trennung von ihrem momentanen Partner, noch von ihrem guten Freund; will jemand Verlässlichen an ihrer Seite; will eine Beziehung haben; möchte sich helfen lassen; wünscht sich, dass jemand kommt und sie rettet;
Bezugspersonen	guter Freund, welcher in die Patientin verliebt ist, sagt, die Patientin solle die Beziehung mit ihrem momentanen Partner aufrechterhalten; Beziehungsprobleme zwischen Patientin und dem guten Freund (Schüler-Lehrer-Verhältnis, unbeständige Beziehung); Patientin erlebt ihren guten Freund als unzuverlässig (einmal ist er präsent in ihrem Leben, dann will er wieder keinen Kontakt mehr); Patientin zweifelt, ob sie die Freundschaft zu ihrem guten Freund überhaupt noch aufrechterhalten will; denkt, dass Frauen (Freundinnen; Schwestern) viel verlässlicher sind als Männer; Patientin äussert gegenüber ihrem momentanen Partner, dass sie eine Trennung in Betracht ziehe; das Verhalten des momentanen Partners gegenüber der Patientin verändert sich damit positiv (hilfsbereit; zugewandt); Patientin zweifelt nun, ob sie sich von ihrem

Zustand „Tabuzone“

momentanen Partner trennen soll; On-off-Beziehung zu ihrem momentanen Partner; würde von ihrem momentanen Partner niemals einen Gewaltausbruch mit Schuldzuschreibung an sie erwarten;

Therapeut schlägt immer wieder die EMDR-Technik zur Bearbeitung ihrer Traumatisierungen vor;

Sie denkt, dass sie vom Umfeld negativ bewertet wird, wenn sie die Beziehung mit ihrem momentanen Partner nicht wieder hinkriegt;

schätzt, dass der Therapeut sie dazu bringt, andere soziale Beziehungen (nicht Paarbeziehung) zu stärken (Freundinnen, Schwester, Herkunftsfamilie); denkt, dass derartige Kontaktaufnahme für soziale Beziehungen sehr hilfreich ist;

Tabelle 12: Zustand „Verzweiflung“ von Frau B.

Zustand „Verzweiflung“

Kognition	<p>merkt, dass es Zeit ist, einen anderen Weg einzuschlagen (in Bezug auf Beziehungen und ihre Traumatisierungen); merkt, dass in jeder ihrer tragenden Beziehungen, welche sie bisher hatte, etwas vorkommt, wo sie etwas kompensiert oder etwas aushält, was für sie schlecht ist; merkt, dass eine Dringlichkeit besteht, in der Therapie weiterzufahren;</p> <p>merkt, dass es in der Beziehung zu ihrem momentanen Partner nicht konstruktiv weiter geht;</p> <p>denkt, dass mehr Verzweiflung gar nicht mehr geht; Fluchtgedanken; denkt, alles zurückzulassen; Suizidgedanken; erinnert sich an den Selbstmord ihrer besten Freundin; erkennt bei sich selbst ähnliche Zustände wie bei dieser verstorbenen Freundin (Warnsignale);</p>
Emotion	<p>schmerzhaft (wenn sie sich mit den Traumatisierungen auseinandersetzt); muss sich überwinden, sich mit den Traumatisierungen auseinanderzusetzen; hilflos (wenn sie sich mit Traumatisierungen auseinandersetzt);</p> <p>starke Verzweiflung; erschüttert; hoffnungslos; Verlustangst (Sohn); Panikattacken; destabilisiert; ist mit ihren Kräften am Ende;</p>
Verhalten	<p>wendet Strategien und Kompensationsverhalten an, welche sie im Zusammenhang mit früheren Gewalterfahrungen bereits von sich kennt; dissoziiert öfters; Flashbacks; kann das Dissoziieren nicht kontrollieren (Kontrollverlust); sucht die totale Ablenkung (Fernsehen; stundenlanges Laufen), weil die Emotionen überwältigend sind;</p> <p>reagiert heftig auf Trigger von Traumata (was von Aussenstehenden als Überreaktion angesehen wird);</p> <p>betrachtet in der Therapie mit dem Therapeut zusammen ihre tragenden Beziehungen; bespricht Inhalte ihrer Traumata (schaut sie an);</p>
Motivation	<p>will von ihrem Verzweiflungspeak herunterkommen; möchte sich ablenken (lange Wanderungen, Filme, Serien);</p> <p>Patientin denkt, ihre Geschichte sei zu belastend für andere;</p>

Zustand „Verzweiflung“

Bezugspersonen	<p>Partnerschaft zum momentanen Partner beginnt sich aufzulösen; heftiger Gewaltausbruch (physische und psychische Gewalt) durch den momentanen Partner gegenüber der Patientin;</p> <p>momentaner Partner will sich nicht mit der Beziehungsproblematik auseinandersetzen; momentaner Partner gibt der Patientin die Schuld für seine Gewalt ihr gegenüber;</p> <p>ist in ihren Beziehungen zu Männern an einem Punkt, wo gar nichts mehr geht; unzuverlässige Beziehung zu ihrem guten Freund und dem momentanen Partner;</p> <p>Therapeut gibt ihr eine Zusammenfassung von seinen Sichtweisen und wie er die Patientin erlebt; Therapeut sagt, dass alles nicht mehr so diffus ist (weil sie bisher in der Therapie Ordnung in das Chaos gebracht haben); Basis mit dem Therapeuten ermöglicht ihr, sich mit den Traumatisierungen auseinanderzusetzen; Patientin erlebt viel Wertschätzung vom Therapeuten für das, was sie macht; sie darf beim Therapeuten weinen (vertrauensvoll); Therapeut erinnert die Patientin an ihre Stärken;</p> <p>symbiotische Beziehung mit ihrem Sohn (sie zwei gegen den Rest der Welt, sehr nah, kann ihn nicht abgeben, ist überfürsorglich); Sohn fragt die Patientin, warum sie am Tisch nicht mehr mit ihm redet (was der Patientin zeigt, dass sie was ändern muss);</p>
-----------------------	---

Tabelle 13: Zustand „neue Perspektive“ von Frau B.

Zustand „neue Perspektive“

Kognition	<p>denkt, dass sie mit einer Verarbeitung der Traumatisierungen fähiger sei, nicht mehr in Beziehungen mit Gewalt zu gelangen; erkennt, dass es ihr nach dem Behandeln der Traumata besser gehen werde; denkt, dass sie ihren Panzer in Zukunft immer häufiger ablegen kann; denkt, dass sie besser auf ihre Bedürfnisse achten können wird; denkt, dass sie mehr für sich einstehen können wird; denkt, dass sie sich mehr an sozialen Beziehungen festhalten können wird; denkt, dass sie aufgeschobene medizinische Termine jetzt wahrnehmen kann (weil sie nicht mehr den Retter im Arzt suchen muss, d.h. ihre ganze Geschichte erzählen muss);</p> <p>weiss, dass sie eine Weile braucht, bis sie all das (was sie in der Therapie erfahren/ gelernt hat) akzeptieren und anwenden kann;</p> <p>merkt, dass sie (auch weiterhin) bereit ist, die Traumatisierungen (Inhalt der Gewalterlebnisse; ihr Verhaltensmuster) anzuschauen; denkt, dass es jetzt möglich ist, dass sie sich den Traumatisierungen stellen kann; denkt, dass sie am richtigen Ort ist (in der Therapie); denkt, das EMDR könnte helfen; merkt, dass die Therapie sehr viel wert und damit sinnvoll ist; merkt, dass sie ernsthaft über ihre Probleme sprechen darf und dies nicht verwerflich oder übertrieben ist;</p> <p>erkennt, dass es auch andere Menschen gibt, welche ähnliche Geschichten erlebt haben ; erkennt, dass es Methoden gibt, welche ermöglichen, solche Dinge (Traumatisierungen) zu verarbeiten und somit die Lebensqualität zu erhöhen; merkt, dass es nicht abwegig ist, in eine Therapie zu gehen; Vertrauen, dass die Therapie immer einen Nutzen hat (auch wenn es schwierig ist);</p> <p>denkt, dass sie jetzt bereit ist, die Traumatisierungen anzuschauen, weil sie in der Therapie gelernt hat, alte Kontakte (zu Schulfreundinnen und Schwestern) wieder aufzunehmen; denkt, dass es nötig war, zuerst all die Dinge zu sortieren, die sie beschäftigten, um auf die</p>
------------------	--

Zustand "neue Perspektive"	
	Traumata eingehen zu können; hat gemerkt, dass fast alle ihre Anliegen mit dem Thema Traumatisierungen irgendwie im Zusammenhang stehen;
Emotion	<p>fühlt, dass es möglich ist, einen neuen Weg zu gehen (ohne Flashbacks und Zwänge); Gefühl, dass es eine riesige Chance gibt, einen Ausweg zu finden; Erleichterung; fühlt sich sicherer; verletzlicher im positiven Sinne (nicht mehr so eine harte Schale); Gefühl, dass es gut kommt;</p> <p>müde (Erschöpfungsmüdigkeit); Entspannung;</p> <p>Angst, dass gewisse Dinge trotz Verarbeitung der Traumata immer wieder kommen werden; Angst vor ihrer neuen Identität ohne die Schwere der Traumata (sie weiss gar nicht, wer sie ohne diesen Rucksack ist);</p> <p>ist überrascht, wie lange es gedauert hat, bis sie sich jetzt mit dem Trauma beschäftigen konnte;</p>
Verhalten	konfrontiert sich mit der Möglichkeit, einen neuen Weg zu gehen (z. B. EMDR-Technik); anerkennt, dass es Zeit ist, Hilfe anzunehmen;
Motivation	will sich nicht mehr ablenken, sondern alles kommen lassen; will, dass die Therapie weiter geht; möchte sich helfen lassen;
Bezugspersonen	<p>Therapeut schlägt vor, ihre Traumatisierungen mit der EMDR-Technik zu bearbeiten;</p> <p>denkt, dass wenn sie das Verarbeiten der Traumata zulassen kann, sie klarer sehen wird, was sie will und sich bezüglich dem guten Kollegen und ihrem momentanen Partner entscheiden kann;</p> <p>weiss, dass beim Therapeuten nichts bewertet wird; denkt, dass ihre Beziehung zum Therapeuten die Bearbeitung der Traumata tragen kann; schätzt es sehr, dass der Therapeut sie wertschätzt und das Wohlergehen der Patientin ihm nicht gleichgültig ist; hat das Gefühl, dass es in der Therapie Raum für sie gibt; ist dankbar, dass der Therapeut so hartnäckig ist und alles anspricht; schätzt es, dass der Therapeut zuverlässig ist; fühlt sich sehr ernst genommen; schätzt, dass sie und der Therapeut denselben Humor haben; schätzt, dass sie und der Therapeut einen ähnlichen Sprachgebrauch haben; empfindet Sympathie gegenüber dem Therapeuten;</p> <p>sieht, dass es zwar keinen Retter/ Erlöser gibt (wie sie es sich früher immer gewünscht hat), aber dass es Menschen gibt, die sich positiv auf ihr Leben auswirken;</p> <p>merkt, dass sich die Beziehung zu ihrem Sohn wieder normalisiert (trifft sich mit anderen Menschen, die Kinder haben; Sohn kann wieder mehr Kind sein; sie spielen wieder mehr zusammen; lässt den Sohn mehr gehen/ lässt ihm mehr Platz; nimmt ihn wieder mehr wahr);</p>

7.3.3.2 Übereinstimmungsprüfung

Die Übereinstimmungsprüfung erfolgte in drei Schritten, und zwar in einer Prüfung der Übereinstimmung von Zuständen als Ganzes, von ihren einzelnen Inhalten ohne Berücksichtigung der Ebenen (Kognition, Emotion etc.) und von den einzelnen Inhalten mit Berücksichtigung der Ebenen. Diese drei Schritte und deren Ergebnisse sind in den folgenden Unterkapiteln beschrieben.

7.3.3.2.2.1 Schritt 1: Zustände als Ganzes

Bei der Prüfung der Zustände als Ganzes lasen die Bachelorstudentinnen alle Zustände durch, die von je zwei Masterstudierenden unabhängig voneinander für ein Interview erstellt worden waren. Sie beurteilten anschliessend, ob es Zustandspaare gab, bei denen „annähernd dasselbe gemeint“ war. Sie hielten schliesslich ihre Beurteilungen in Tabellen fest (s. Tabelle 14).

Tabelle 14: Fiktives Beispiel für eine Übereinstimmungsprüfung der Zustände als Ganzes

Masterstudierende 1	Masterstudierender 2
<i>Übereinstimmung</i>	
Zustand „Verdrängung“	Zustand „Tabuzone“
Zustand „etwas kommt in Gang“	Zustand „Prozess“
Zustand „Offenheit“	Zustand „Zuversicht“
<i>Keine Übereinstimmung</i>	
Zustand „lustlos“	Zustand „Dissoziation“

Die Übereinstimmung wurde als Anzahl übereinstimmender Zustände (wobei ein übereinstimmendes Zustandspaar als ein Zustand gilt, da die zwei Zustände eines Zustandspaares „dasselbe“ repräsentieren) dividiert durch die Gesamtanzahl Zustände berechnet. Es wurden jeweils die Zeilen gezählt:

Übereinstimmung = (Anzahl Zeilen mit Übereinstimmung/Gesamtanzahl Zeilen)*100%.

Im Beispiel von Tabelle 14: Übereinstimmung = 3 / 5 * 100% = 60%.

Für jedes Interview wurde die Übereinstimmung der einzelnen Zustände berechnet. Danach wurden Mittelwerte pro Interview (Durchschnitt der Zustandsmittelwerte) ermittelt. Für die Gesamtberechnung wurde der Mittelwert der Interview-Mittelwerte berechnet. Auf dieser Basis ergab sich eine Übereinstimmung von **87%**. Dieser Wert erscheint in Anbetracht der Komplexität der zugrunde liegenden Konstrukte (ganze Zustände) einerseits und der andererseits wenig restriktiven Auswertung wegen („annähernd dasselbe meinen“) als befriedigend.

Die Übereinstimmung der Übereinstimmungs-Prüfung war ausgezeichnet (98%).

7.3.3.2.2.2 Schritt 2: Zustandsinhalte ohne Berücksichtigung der Ebenen

Die Prüfung der Zustandsinhalte ohne Berücksichtigung der Ebenen erfolgte analog zur Prüfung der Zustände als Ganzes. Es wurde überprüft, ob und inwiefern die Inhalte von Zuständen im Detail übereinstimmten, es wurde jedoch zugelassen, dass z. B. eine Kognition und eine Emotion als übereinstimmend gelten konnten. Dies wurde unter anderem deshalb zu-

gelassen, weil zwei Masterstudierende unterschiedliche Facetten (z. B. eine Kognition und eine damit einhergehende Emotion) desselben Phänomens wahrnehmen konnten.

Es wurde für als übereinstimmend geltende Zustandspaare (s. Kap. 7.3.3.2.2.1) geprüft, ob es darin „Inhaltspaare“ gab, die „unter Berücksichtigung des Kontexts annähernd dasselbe bedeuteten“. Dies wurde auch für als nicht übereinstimmend geltende Zustandspaare untereinander durchgeführt, wobei Zustände gepaart wurden, die möglichst viel gemeinsamen Inhalt aufwiesen. Blieb wegen ungleicher Anzahl Zustände (z. B. wenn „Masterstudierende 1“ fünf und Masterstudierender 2“ hingegen nur vier Zustände identifiziert hatten) ein Zustand übrig, wurde dieser von den Auswertungen ausgeschlossen³. Die Beurteilungen wurden in Tabellen festgehalten, wobei in einer zusätzlichen Spalte bereits die Inhaltsebenen (Kognition, Emotion, etc.) durch die jeweiligen Initialen notiert wurden (s. Tabelle 15). Anders als bei der Prüfung der Zustände als Ganzes, konnten Inhalte gruppiert werden (s. beispielsweise vierte Zeile von Tabelle 15: der Gedanke „denkt, dass sie niemanden brauche“ und die dazu passende Emotion „ist irritiert, wenn ihr jemand Unterstützung anbietet“).

Tabelle 15: Fiktives Beispiel für eine Übereinstimmungsprüfung der Zustandsinhalte

Masterstudierende 1		Masterstudierender 2	
<i>Ebenen</i>	<i>übereinstimmende Inhalte</i>	<i>Ebenen</i>	<i>übereinstimmende Inhalte</i>
K;	denkt intensiv über ihre finanzielle Situation nach;	K;	denkt intensiv über ihr Einkommen und ihr Vermögen nach;
K;	denkt, dass sie ihre Probleme alleine lösen kann;	K; E;	denkt, dass sie niemanden brauche; ist irritiert, wenn ihr jemand Unterstützung anbietet;
V;	fährt für ein halbes Jahr nach Südamerika, ohne ihre Eltern zu informieren;	M;	möchte, dass sich ihre Eltern Sorgen um sie machen
B;	misstraut der Therapeutin;	B; B;	glaubt, dass Therapeutin zu jung und nicht kompetent ist; ist allgemein misstrauisch gegenüber Fremden;
<i>Ebenen</i>	<i>nicht übereinstimmende Inhalte</i>	<i>Ebenen</i>	<i>nicht übereinstimmende Inhalte</i>

³ Dieser relativ seltene Fall hätte in den Berechnungen mitberücksichtigt werden können, womit sich ein tieferer Gesamtwert ergeben hätte. Es stellte sich jedoch die Frage, was die Aussagekraft dieser Berücksichtigung gewesen wäre.

E; E;	Wut; fühlt sich „aufbrausend“	
		K; denkt, dass die Welt besser wäre, wenn sie Diktatorin wäre;
		K; M; denkt selten über vergangene Fehler von ihr; möchte solche Fehler nie mehr wiederholen;

Anmerkung: Die Buchstaben K, E, V, M und B sind Abkürzungen für die kognitive, emotionale, verhaltensmäßige, motivationale und beziehungsgeprägte Ebenen.

Die Übereinstimmung wurde als Anzahl übereinstimmender Inhalte dividiert durch die Gesamtanzahl Inhalte berechnet. Bei Gruppierungen von Inhalten wurde die grössere Anzahl an Inhalten gezählt, also wurden z. B. zwei Inhalte gezählt, wenn „Masterstudierende 1“ ein und „Masterstudierender 2“ zwei Inhalte zählten. Für die konkrete Berechnung wurden zunächst die Zeilen mit Gruppierungen vervielfacht (z. B. verdoppelt bei zwei Inhalten) und danach die Zeilen gezählt:

Übereinstimmung = (Anzahl Zeilen mit Übereinstimmung/Gesamtanzahl Zeilen)*100%.

Im Beispiel von Tabelle 15: Übereinstimmung = 6 / 11 * 100% = 54%.

Für jedes Interview wurde die Übereinstimmung der einzelnen Zustandsinhalte separat für jeden Zustand berechnet. Danach wurden Mittelwerte pro Interview (Durchschnitt der Werte der einzelnen Zustände) ermittelt. Für die Gesamtberechnung wurde der Mittelwert der Interview-Mittelwerte berechnet. Auf dieser Basis ergab sich eine Übereinstimmung von **62%**. Dieser Wert erscheint in Anbetracht der Komplexität der zugrunde liegenden Konstrukte (Zustandsinhalte) einerseits und der andererseits wenig restriktiven Auswertung („unter Berücksichtigung des Kontexts annähernd dasselbe bedeuteten“ und Ausschluss von wenigen nicht übereinstimmenden Zuständen) als genügend.

7.3.3.2.2.3 Schritt 3: Zustandsinhalte mit Berücksichtigung der Ebenen

Die Prüfung der Zustandsinhalte mit Berücksichtigung der Ebenen erfolgte analog zur Prüfung der Zustandsinhalte ohne Berücksichtigung der Ebenen (s. Kap. 7.3.3.2.2.2). Damit Inhalte oder Inhaltsgruppen als übereinstimmend gelten konnten, mussten sie jedoch auch derselben Ebene (Kognition, Emotion etc.) zugeordnet worden sein. Bei Inhaltsgruppen wurden Ebenenunterschiede bei der Berechnung gewichtet (s. Tabelle 16).

Tabelle 16: Beispiele für Gewichtungen der Ebenen bei der Prüfung der Übereinstimmung von Zustandsinhalten mit Berücksichtigung der Ebenen

Zeile	Ebenen M. 1	Ebenen M. 2	Gewichtungsfaktor
1	K;	K;	= 1
2	K;	K; E;	= 1/2
3	V;	M;	= 0
4	B;	B; B;	= 1

Anmerkung: M. = Masterstudierende oder Masterstudierender. Die Buchstaben K, E, V, M und B sind Abkürzungen für die kognitive, emotionale, verhaltensmässige, motivationale und beziehungsgeprägte Ebenen.

Durch die zusätzliche Bedingung, wonach Inhalte auf derselben Ebene codiert sein mussten, ergab sich ein geringerer Übereinstimmungswert, als in der Berechnung ohne Berücksichtigung der Ebenen, da die Berechnungsweise ansonsten identisch war. Auf dieser Basis ergab sich eine Übereinstimmung von **52%**. Dieser Wert erscheint in Anbetracht der Komplexität der zugrunde liegenden Konstrukte (Zustandsinhalte inkl. Ebenen-Zuordnung einerseits und der andererseits wenig restriktiven Auswertung wegen („unter Berücksichtigung des Kontexts annähernd dasselbe bedeuteten“) und Ausschluss von wenigen nicht übereinstimmenden Zuständen) als knapp genügend. Nach Augenschein muss der Wert jedoch mit nur circa einer von zwei korrekten Zuordnungen trotzdem als ungenügend gewertet werden.

Für die Übereinstimmungsprüfungen der Zustandsinhalte ohne bzw. mit Berücksichtigung der Ebenen erfolgte eine einzige Übereinstimmungsprüfung, da sie voneinander abhängig waren. Dafür wurden, analog zu den jetzigen Auswertungen, Übereinstimmungen der Beurteilungen durch die Gesamtanzahl Beurteilungen dividiert. Diese Überprüfung ergab je nach Gruppierung von Bachelorstudentinnen einen Wert von 50-82%. Da tiefere Werte, wie sich während Übungen und Auswertungen gezeigt hatte, systematisch mit einer der drei beteiligten Bachelorstudentinnen zusammenhingen, wurden deren Daten nicht benutzt. Die Übereinstimmung zwischen den zwei anderen Bachelorstudentinnen betrug somit 82%. Dieser Wert erscheint nach Augenschein gut genug, um von einer guten Qualität der Übereinstimmungsprüfungen ausgehen zu können.

7.3.3.3 Art der Zustände

Als nächster Schritt wurde die Art (LM oder IZ) von jedem Zustand beurteilt. Damit formal aus der Konsenslösung keine Schlussfolgerungen bezüglich Zustandsart (wie auch bezüglich der nächsten Auswertungsschritten, s. Kap. 7.3.3.4 und 7.3.3.5) gemacht werden konnte, wurden die im Konsens gebildeten Zustände alphabetisch nach ihren Titeln geordnet worden. Die Beurteilung der Zustandsart erfolgte nach folgenden Heuristiken:

- IZ sind eher zeitlich oder situativ begrenzt, LM sind eher länger andauernd und situationsübergreifend;
- IZ weisen eher mehr Inkonsistenz auf, LM eher weniger;

- IZ weisen eher bewusste oder intensive Aktivität von Elementen auf, die in LM nur hintergründig aktiv sind;
- LM beinhalten eher chronische Symptome und chronischen Leidensdruck.

Für die 12 Interviews, bei denen die Zustände von einer oder einem Studierenden alleine im Konsens mit dem Autor gebildet worden waren, wurde dieser Schritt von dieser bzw. diesem Studierenden durchgeführt. In den 57 Fällen, in denen die Zustände im Konsens von zwei Studierenden erstellt worden waren, hatten ein oder zwei unterschiedliche Studierende die Konsenslösungen der Zustände erhalten und mussten unabhängig voneinander die Art dieser Zustände (sowie auch die in den Kapiteln 7.3.3.4 bis 7.3.3.6 beschriebenen Eigenschaften) beurteilen. Die Unabhängigkeit der Zustandsbildung von den übrigen Auswertungsschritten verursachte einen grossen zusätzlichen technischen und organisatorischen Aufwand. Sie war jedoch wichtig, um die Qualität der Auswertungsschritte überprüfen zu können, da es nicht möglich war, Diskussionen zur Erstellung von Konsenslösungen von Zuständen zu führen, ohne beispielsweise die Art der Zustände mitzubespochen.

7.3.3.3.1 Fallbeispiel: Frau B.

Die Zustände „Tabuzone“ und „neue Perspektive“ wurden als LM, der Zustand „Verzweiflung“ als IZ eingestuft (s. Abbildung 13, S. 111).

7.3.3.3.2 Übereinstimmungsprüfung

Die Übereinstimmungsprüfung erfolgte durch Abgleich von jeweils zwei Lösungen (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Beispiel für eine Übereinstimmungsprüfung der Art von Zuständen

Zustand	M. 3	M. 4	Übereinstimmung
„Tabuzone“	LM	LM	1
„Verzweiflung“	IZ	IZ	1
„neue Perspektive“	LM	LM	1
<i>Total</i>			<i>3/3*100% = 100%</i>

Anmerkung: M. = Masterstudierende oder Masterstudierender.

Die Werte wurden jeweils für jedes Interview gemittelt. Auf dieser Basis ergab sich eine gesamthafte Übereinstimmung (Mittelwert der Interviewmittelwerte) von **96%**. Der Wert kann als sehr gut beurteilt werden.

7.3.3.4 Spannungsverhältnisse

Für jede Zustandskombination wurde beurteilt, ob der eine Zustand mehr, gleich viel oder weniger Spannung aufwies als der andere. Diese Beurteilung war unabhängig von der Art der Zustände, d.h., dass es beispielsweise möglich war, dass ein LM mehr Spannung als ein darauf folgender IZ aufwies. Für die Beurteilung war deshalb in erster Linie eine individuelle

klinische Einschätzung der Patientin bzw. des Patienten nötig. Folgende Heuristiken wurden jedoch zusätzlich angewendet:

- LM weisen tendenziell weniger Spannung auf als benachbarte IZ;
- negative Emotionen, vor allem wenn sie intensiv sind, sind ein Zeichen von höherer Spannung;
- akute Symptome (z. B. Panikattacke) gehen tendenziell mit höherer, chronische Symptome (z. B. Depressivität) eher mit geringerer Spannung einher;
- Krankheitsgewinn geht tendenziell mit mittlerer Spannung einher;
- bewusst erlebte Konflikte und Ambivalenz gehen mit tendenziell höherer Spannung einher.

Die Spannungsverhältnisse wurden in Graphiken mit unterschiedlich hohen Balken festgehalten (s. Abbildung 13, S. 111). Die Höhen waren ordinalskaliert, d.h., dass nur die relative Höhe (höher / tiefer = mehr / weniger Spannung) und nicht die absolute Höhe bedeutsam waren.

7.3.3.4.1 Fallbeispiel: Frau B.

Der Zustand „Verzweiflung“ von Frau B. wies am meisten Spannung auf, gefolgt vom Zustand „Tabuzone“ mit einer mittleren Spannung und schliesslich vom Zustand „neue Perspektive“ mit der geringsten Spannung.

7.3.3.4.2 Übereinstimmungsprüfung

Die Übereinstimmungsprüfung erfolgte durch Abgleich von jeweils zwei Lösungen (s. Tabelle 17).

Tabelle 18: Beispiel für eine Übereinstimmungsprüfung der Spannungsverhältnisse zwischen Zuständen

Zustand	M. 3	M. 4	Zustand	Übereinstimmung
„Tabuzone“	<	>	„Verzweiflung“	0
„Tabuzone“	>	>	„neue Perspektive“	1
„Verzweiflung“	>	>	„neue Perspektive“	1
<i>Total</i>				$2/3 * 100\% = 67\%$

Anmerkung: „M.“ = Masterstudierende oder Masterstudierender; „>“ = mehr Spannung als; „<“ = weniger Spannung als. Beispiel: M. 3 schätzte ein, dass „Tabuzone“ weniger Spannung aufwies als „Verzweiflung“, während M. 4 einschätzte, dass „Tabuzone“ mehr Spannung als „Verzweiflung“ aufwies.

Die Werte wurden für jedes Interview gemittelt. Auf dieser Basis ergab sich eine gesamthafte Übereinstimmung (Mittelwert der Interview-Mittelwerte) von **99%**. Dieser Wert kann als ausgezeichnet beurteilt werden.

7.3.3.5 Aktivierungsreihenfolge

Es wurde beurteilt, in welcher Reihenfolge die Zustände im Ablauf einer korrektiven Erfahrung vorwiegend aktiviert waren. Gemäss dieser Reihenfolge wurden dann die Säulen in der erwähnten Graphik angeordnet (s. Abbildung 13, S. 111).

7.3.3.5.1 Fallbeispiel: Frau B.

Bei Frau B. war zunächst vorwiegend der Zustand „Tabuzone“ aktiviert, gefolgt von „Verzweiflung“ und „neue Perspektive“.

7.3.3.5.2 Übereinstimmungsprüfung

Für die Berechnung der Übereinstimmung wurden die Positionen der Zustände, die in Graphiken durch Säulen repräsentiert waren (s. Abbildung 13, S. 111), zunächst nummeriert. Danach wurde geprüft, ob sich an derselben Position jeweils derselbe Zustand befand (s. Tabelle 19).

Tabelle 19: Beispiel für eine Übereinstimmungs-Prüfung der Reihenfolge der Aktivierung von Zuständen

Position	M. 3	M. 4	Übereinstimmung
1.	Tabuzone	Tabuzone	1
2.	Verzweiflung	Verzweiflung	1
3.	neue Perspektive	neue Perspektive	1
<i>Total</i>			$3/3 * 100\% = 100\%$

Anmerkung: M. = Masterstudierende oder Masterstudierender.

Auf dieser Basis ergab sich eine gesamthafte Übereinstimmung von **93%**. Der Wert kann als gut beurteilt werden. Wurden kleinere Abstände (z. B. Tausch von Position 1. und 2. vs. Tausch der Positionen 1. und 3.) durch eine Gewichtung unterschiedlich bewertet, ergab sich eine ausgezeichnete gesamthafte Übereinstimmung von **99%** (s. Wittwer, 2013, für detailliertere Angaben). Das deutet darauf hin, dass die wenigen Nicht-Übereinstimmungen klein waren und die Reliabilität dieses Auswertungsschrittes insgesamt als ausgezeichnet bewertet werden kann.

7.3.3.6 Aktivierungszeitpunkt

Für jeden Zustand wurde einzeln beurteilt, ob es vorwiegend *vor*, *während* oder *nach* der jeweiligen korrektiven Erfahrung aktiviert war. Mehrfachzuordnungen (z. B. wenn ein LM sowohl *vor*, als auch *nach* einer korrektiven Erfahrung aktiviert war) waren möglich, sollten aber möglichst vermieden werden. Mit den Zeitpunkten sollen annähernd die Bedingungen (*vor*), die korrektiven Erfahrungen selbst (*während*) und ihre Folgen (*nach*) abgebildet werden. Die Zeitpunkte wurden durch unterschiedliche Farben der Säulen in der bereits erwähnten Graphik kennzeichnet (s. Abbildung 13).

7.3.3.6.1 Fallbeispiel: Frau B.

Der Zustand „Tabuzone“ war vorwiegend vor, der Zustand „Verzweiflung“ vorwiegend während und der Zustand „neue Perspektive“ vorwiegend nach der korrekativen Erfahrung aktiviert (s. Abbildung 13).

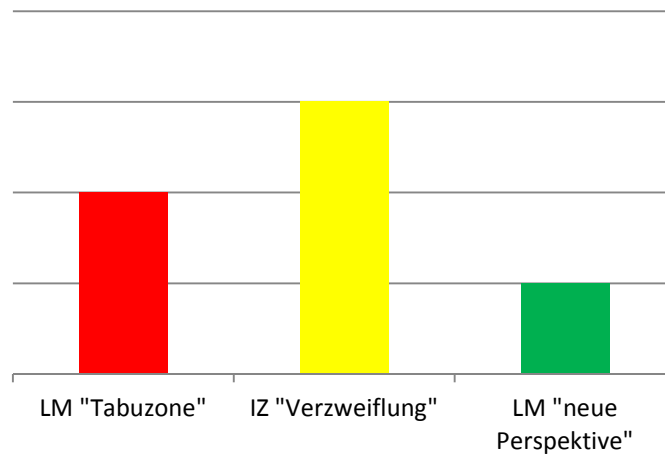


Abbildung 13: Spannungslandschaft der korrekativen Erfahrung von Frau B. Säulen repräsentieren Zustände; die Höhe der Säulen stellt deren Spannung dar (je höher, desto mehr Spannung); die Farbe der Säulen repräsentiert deren Zeitpunkt (rot = vor; gelb = während; grün = nach); LM = Lokales Minimum; IZ = Instabiler Zustand.

7.3.3.6.2 Übereinstimmungsprüfung

Da Zustandsreihenfolge und –zeitpunkt einen starken inneren Zusammenhang besitzen, waren die Übereinstimmungsprüfungen dieser zwei Schritte voneinander abhängig. Da jedoch keine rechnerische Möglichkeit bestand, um dieser konzeptuellen Abhängigkeit Rechnung zu tragen, wurden die zwei Werte einzeln und unabhängig voneinander bestimmt.

Für die Übereinstimmungs-Prüfung der Zustands-Zeitpunkte wurde verglichen, ob die Zustände durch die zwei Masterstudierenden tatsächlich denselben Zeitpunkten zugeordnet worden waren (s. Tabelle 20).

Tabelle 20: Fiktives Beispiel für eine Übereinstimmungsprüfung der Zuordnung von Zuständen zu den Zeitpunkten vor, während, und nach korrekativen Erfahrungen

Zeitpunkt	Masterstudierende 3	Masterstudierender 4	Übereinstimmung	Total pro Zeitpunkt	Total pro KE
vor	übereinstimmende Zustände				

	„Vermeidung“	„Vermeidung“	1
	<i>nicht übereinstim. Zustände</i>		
	-	-	-
	100%		
<i>während</i>	<i>übereinstimmende Zustände</i>		
	„Prozess“	„Prozess“	1
	<i>nicht übereinstim. Zustände</i>		
	„Ende“		0
	50%		
<i>nach</i>	<i>übereinstimmende Zustände</i>		
	„Liebe“	„Liebe“	1
	<i>nicht übereinstim. Zustände</i>		
		„Ende“	0
	50%		
	67%		

Anmerkung: „KE“ = Korrektive Erfahrung; „übereinstimm.“ = übereinstimmende.

Die Werte wurden zunächst pro Zeitpunkt berechnet und zu einem Mittelwert für eine einzelne korrektive Erfahrung gemittelt. Da es bei HEKSP-Interviews mehr als eine korrektive Erfahrung pro Interview geben konnte, wurden die Berechnungen für jede korrektive Erfahrung wiederholt und danach wurde ein Mittelwert für das ganze Interview berechnet. Auf dieser Basis ergab sich eine gesamthafte Übereinstimmung (Mittelwert der Interview-Mittelwerte) von **92%**. Der Wert kann als gut beurteilt werden.

7.3.3.7 Forschungsaufwand

An diesen Interviewauswertungen waren insgesamt fünf Masterstudierende beteiligt, die je konservativ geschätzte 300 Stunden für das Training und 300 Stunden für die Bewertungen aufgewendet haben. Für die Bestimmung der Reliabilitätswerte kamen dreimal 150 Stunden (inkl. Training) im Rahmen von Bachelorarbeiten und 90 Stunden im Rahmen eines Hilfsassistenteneinsatzes hinzu. Allein für die formalen Kontrollen der Ratings und Diskussionen zur Erlangung von Konsenslösungen (d.h. ohne Training, Organisation, technische Betreuung) war der Autor circa weitere 300 Stunden tätig. Insgesamt entsprach der Aufwand für die Interviewauswertungen knapp einem zweijährigen Hundert-Prozent-Arbeitspensum.

7.3.4 Sekundärauswertungen

Aus den in den vorherigen Kapiteln dargestellten Auswertungsschritten ergaben sich für jedes der 73 Interviews eine unterschiedliche Anzahl an Zuständen (für ein Beispiel s. Kap.

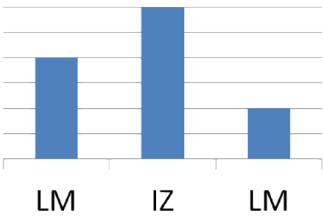
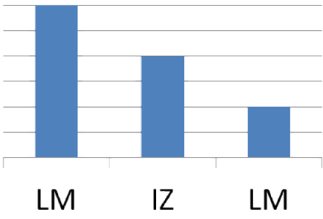
7.3.3.2.1) und für jede der 127 korrektiven Erfahrungen je eine Spannungslandschaft (für ein Beispiel s. Abbildung 13, S. 111). Während jeder Zustand individuelle Elemente beinhaltete und somit einzigartig war, wurden die Spannungslandschaften aus vordefinierten Kategorien erstellt. Auf diese Weise konnte es zu identischen Spannungslandschaften kommen, die gruppiert werden konnten. Diese Gruppen von Spannungslandschaften werden hier „Basis-Spannungslandschaften“ genannt. Um die Datenmenge weiter zu reduzieren, wurden „auf Prozessebene äquivalente“ Spannungslandschaften vom Autor in eine geringere Anzahl an umfassenderen Spannungslandschafts-Mustern weiter zusammengefasst. Die daraus entstandenen Daten werden hier „übergeordnete Spannungslandschaften“ genannt. Diese Gruppierung in übergeordnete Spannungslandschaften musste aus pragmatischen Gründen vom Autor alleine vorgenommen werden. Es fand somit keine Übereinstimmungsprüfung statt. Unter anderem auch aus diesem Grund wird diese zweite Gruppierung auch im folgenden Befundteil vollständig dokumentiert.

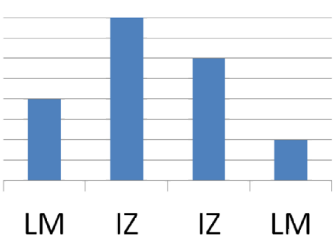
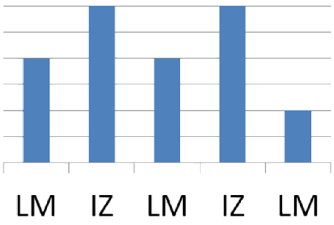
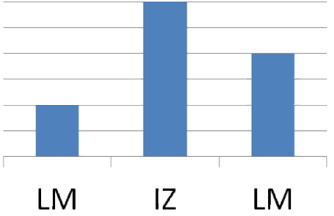
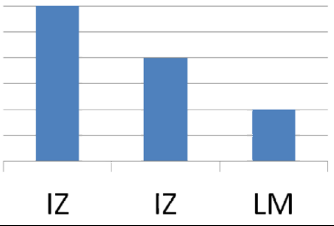
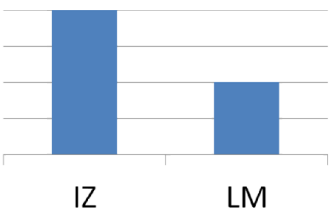
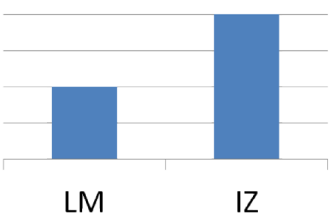
7.4 Befunde

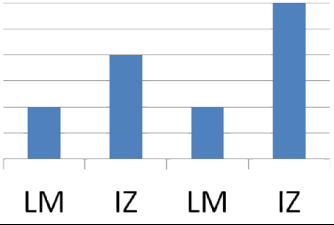
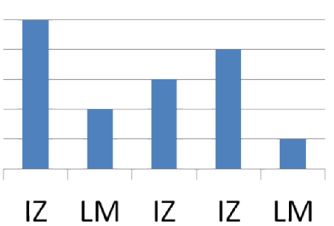
7.4.1 Basis-Spannungslandschaften

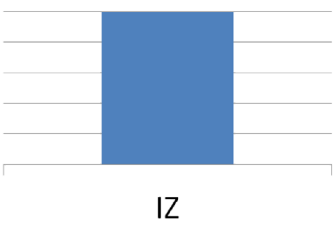
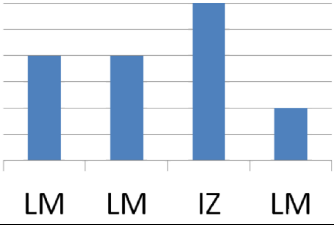
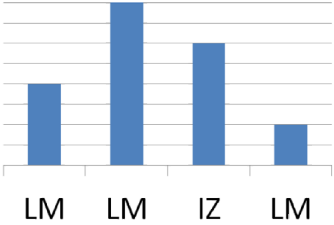
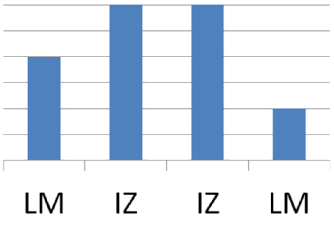
Aus der Auswertung der Spannungslandschaften von 126 korrektiven Erfahrungen ergaben sich 18 Basis-Spannungslandschaften (s. oben). Diese werden in Tabelle 21 sowohl auf der Ebene von Sitzungen als auch von ganzen Psychotherapien oder Psychotherapie-Perioden mit dazugehörigen Häufigkeitsangaben dargestellt. Auf die Darstellung der Zeitpunkte (*vor, während, nach* korrektiven Erfahrungen, repräsentiert durch unterschiedliche Farben der Säulen in den Graphiken) wurde verzichtet. Es gab in dieser Eigenschaft nämlich wenig Variation und, wenn diese vorhanden war, war sie auf Besonderheiten der Einzelfälle zurückzuführen.

Tabelle 21: Basis-Spannungslandschaften

Kat.-Nr.	Basis-Spannungslandschaft	Total BSR	% BSR	Total HEKSP	% HEKSP	Total	% Total
1.	 <p>LM IZ LM</p>	28	72%	45	52%	73	58%
2.	 <p>LM IZ LM</p>	2	6%	15	17%	17	13%

Kat.- Nr.	Basis- Spannungslandschaft	Total BSR	% BSR	Total HEKSP	% HEKSP	Total	% Total
3.	 <p>LM IZ IZ LM</p>	2	6%	8	10%	10	8%
4.	 <p>LM IZ LM IZ LM</p>	-	-	4	5%	4	3%
5.	 <p>LM IZ LM</p>	2	6%	-	-	2	2%
6.	 <p>IZ IZ LM</p>	1	2%	1	1%	2	2%
7.	 <p>IZ LM</p>	1	6%	1	1%	2	2%
8.	 <p>LM IZ</p>	-	-	3	4%	3	2%

Kat.- Nr.	Basis- Spannungslandschaft	Total BSR	% BSR	Total HEKSP	% HEKSP	Total	% Total
9.	 <p>LM IZ LM IZ LM</p>	-	-	3	4%	3	2%
10.	 <p>LM IZ LM IZ</p>	-	-	1	1%	1	<1%
11.	 <p>LM LM</p>	-	-	2	2%	2	2%
12.	 <p>LM IZ IZ LM</p>	-	-	1	1%	1	<1%
13.	 <p>LM IZ LM</p>	1	2%	-	-	1	<1%
14.	 <p>IZ LM IZ IZ LM</p>	1	2%	-	-	1	<1%

Kat.- Nr.	Basis- Spannungslandschaft	Total BSR	% BSR	Total HEKSP	% HEKSP	Total	% Total
15.		-	-	1	1%	1	<1%
16.		-	-	1	1%	1	<1%
17.		1	2%	-	-	1	<1%
18.		-	-	1	1%	1	<1%
Total		39	100%	87	100%	126	100%

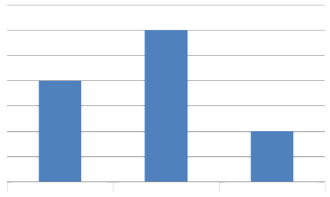
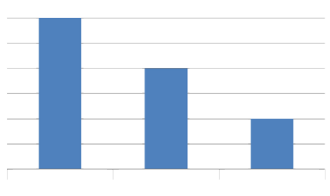
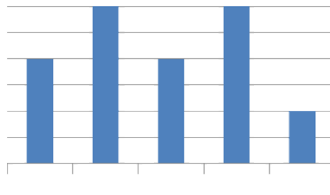
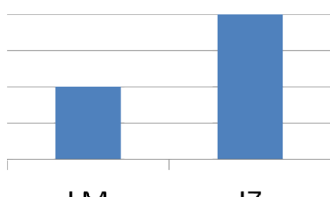
Anmerkungen: „Kat. Nr.“ = Kategoriennummer; „Tot. BSR“ = Total für korrektive Erfahrungen, die im Rahmen von BSR-Interviews berichtet wurden; „Tot. HEKSP“ = Total für korrektive Erfahrungen, die im Rahmen von HEKSP-Interviews berichtet wurden; „Total“ = Total für alle korrektiven Erfahrungen. (Für eine Erläuterung zu den Graphiken siehe Abbildung 13, S. 111.)

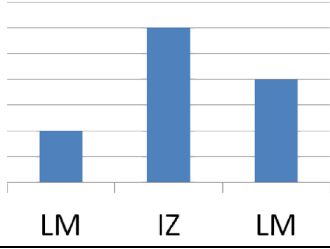
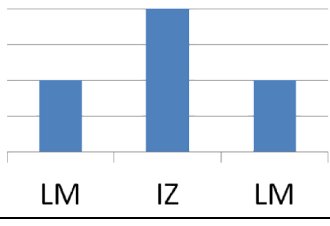
Gut die Hälfte aller Spannungslandschaften entsprach dem Grundmodell gemäss Caspar und Berger (2012, s. Kap. 2.2.2), knapp die Hälfte wies unterschiedliche Verläufe auf. Auf der Ebene von Sitzungen (BSR-Interviews) gab es mehr (72%) Spannungslandschaften, die dem Grundmodell entsprachen, als auf der Ebene ganzer Psychotherapien (52%). Ein weiterer markanter Häufigkeitsunterschied bestand bei der Basis-Spannungslandschaft Nr. 2. Bei dieser kam, wie im Grundmodell, die Abfolge LM – IZ – LM vor. Der Intensitätsverlauf über die drei Zustände nahm jedoch kontinuierlich ab, d.h., dass die Intensität im IZ geringer war als im ersten LM.

7.4.2 Übergeordnete Spannungslandschaften

Die Basis-Spannungslandschaften wurden zu sieben übergeordneten Spannungslandschaften gruppiert (s. Tabelle 22). Auf dieser Ebene war die Prädominanz von Spannungslandschaften, die dem Grundmodell entsprachen (s. übergeordnete Spannungslandschaft „Über den Hügel“), noch ausgeprägter. Die übergeordneten Spannungslandschaften werden in den folgenden Subkapiteln mit Fallbeispielen präsentiert.

Tabelle 22: Übergeordnete Spannungslandschaften

Titel und Hauptform	Basis-SL	Tot. BSR	% BSR	Total HEKSP	% HEKSP	Total	% Total
Über den Hügel		1., 3., 6., 7., 12., 14., 16., 18.	85%	58	66%	91	72%
Wenn ich an mir arbeite, geht es mir besser		2., 11., 17.	8%	17	20%	20	16%
Zweimal über den Hügel		4., 9.	-	7	8%	7	6%
Es tut nur weh		8., 10., 15.	-	5	6%	5	4%

Titel und Hauptform	Basis-SL	Tot. BSR	% BSR	Total HEKSP	% HEKSP	Total	% Total
Es geht mir schlechter							
	5.	2	5%	-	-	2	<2%
Es ändert sich nicht viel							
	13.	1	2%	-	-	1	<1%
Total		39	100%	87	100%	126	100%

Anmerkungen: „Basis-SL“ = Kategoriennummern der Basis-Spannungslandschaften (s. Tabelle 21, S. 113); „Tot. BSR“ = Total für korrektive Erfahrungen, die im Rahmen von BSR-Interviews berichtet wurden; „Tot. HEKSP“ = Total für korrektive Erfahrungen, die im Rahmen von HEKSP-Interviews berichtet wurden; „Total“ = Total für alle korrektiven Erfahrungen. (Für eine Erläuterung zu den Graphiken siehe Abbildung 13, S. 111.)

7.4.2.1 Über den Hügel

Die häufigste übergeordnete Spannungslandschaft entsprach dem Grundmodell der Anwendung konnektionistischer Modelle auf korrektive Erfahrungen (s. Kap. 2.2.2). Wenn die involvierten Erfahrungen, und dies aus Patientinnen- und Patientenperspektive, nach diesem Muster verliefen, so zeigte sich ein intensiver Prozess (im IZ) und eine relativ plötzliche Verbesserung der Befindlichkeit (im zweiten LM). Prototypischerweise handelte es sich beim IZ um schmerzhaftes Selbsterkenntnisse; der plötzliche Übergang in das zweite LM war ein „Aha-Erlebnis“; und im zweiten LM wurden allgemein positivere Gefühle, Zuversicht, erhöhte Selbstwirksamkeit und neue Handlungsmöglichkeiten erlebt. Pathogene Kognitionen, Emotionen etc. des ersten LM waren meistens im zweiten LM nach wie vor vorhanden, waren aber in den Hintergrund getreten. War zum Beispiel im ersten LM eine „Angst, nicht zu genügen“ allgegenwärtig, wurde diese im zweiten LM nur noch durch spezielle Umstände ausgelöst (s. Renggli, 2013 und Schmid, in Bearbeitung, für eine detailliertere Auswertung).

Patientinnen und Patienten berichteten meistens gerne und ausführlich, im Rahmen von HEKSP- stärker als im Rahmen von BSR-Interviews, über die Folgen der korrektiven Erfahrung – also über Kognitionen, Emotionen etc. des zweiten LM. Daran, wie es früher gewesen war – im ersten LM – wurde weniger gerne, aber auch ausführlich erinnert und erzählt. Manchmal musste jedoch taktvoll, differenziert und wiederholt nachgefragt werden, damit es nicht bei der Schilderung von zwei undifferenzierten Kontrastbildern („früher war alles schlecht,

heute ist alles gut“) blieb. Am schwierigsten war allerdings die genaue Erfassung des IZ: Selbst im Rahmen von BSR-Interviews lieferten Patientinnen und Patienten häufig nur seltene und undeutliche Hinweise auf den IZ. Interviewende hatten die Aufgabe, diesen Hinweisen nachzugehen, wofür sie häufig eigene Hypothesen über die Vorgänge bilden mussten (z. B.: „Sie erzählten, wie Sie die Einsicht hatten, Kränkungen schwer hinnehmen zu können, wie Sie dies genauso bei Ihrer Mutter erlebt hatten und wie Sie somit eine Ähnlichkeit zwischen Ihnen und Ihrer Mutter feststellten. Erlebten Sie dabei irgendwelche negativen Gefühle, z. B. Scham, Hilflosigkeit oder Ärger über sich selbst? Spürten Sie dabei körperliche Anzeichen von Spannung, z. B. einen erhöhten Puls?“). Bei dieser vertieften Untersuchung hatten Interviewende den hypothesenbildenden Charakter ihrer Fragen stets im Auge zu behalten, um dem möglichen Einfluss von Erwartungshaltungen (s. Kap. 4.5) entgegenzuwirken.

Im Methodenteil dieser *Studie* wurde ein ausführliches Beispiel für eine korrektive Erfahrung, die diesem Muster folgte, präsentiert (s. Kap. 7.3.3).

7.4.2.2 Zweimal über den Hügel

Diese übergeordnete Spannungslandschaft beinhaltete, wie die soeben dargestellte, auch einen IZ zwischen zwei LM, dies aber zweifach. Solche Erfahrungen wurden von Patientinnen und Patienten hauptsächlich ähnlich erlebt wie diejenigen mit einem einzigen IZ, bestanden aber aus zwei Phasen: In einer ersten Phase fanden Einsichtsprozesse statt. In der zweiten Phase erfolgte die Überwindung, die gewonnenen Erkenntnisse in ein neues Verhalten umzusetzen. Nach dem Abschluss der jeweiligen Phase ergab sich ein neuer Zustand, aber erst nach der zweiten Phase, also nachdem sich auch das neue Verhaltensmuster gefestigt hatte, war die Spannung deutlich geringer als zu Beginn.

Bei der übergeordneten Spannungslandschaft „(Einmal) über den Hügel“ wurden in der Regel ebenfalls sowohl Einsichten als auch neue Verhaltensweise beschrieben. Häufig stand aber nur eine der zwei Ebenen (meistens die Einsicht) im Vordergrund. Im Unterschied dazu wurden bei der übergeordneten Spannungslandschaft „Zweimal über den Hügel“ die Ebenen deutlich unterschiedlichen Zuständen zugeordnet.

Die übergeordnete Spannungslandschaft „Zweimal über den Hügel“ ging auch mit einer zweiten Art von korrektiven Erfahrungen einher. Bei diesen war die Ausgangslage durch starke Ambivalenz gekennzeichnet. Es waren die drei ersten Zustände, die dieser Ambivalenz zugrunde lagen: die zwei LM entsprachen zwei Positionen der Ambivalenz. Der dazwischenliegende IZ war meistens nur kurzzeitig aktiviert, wenn nämlich die Nachteile einer Seite der Ambivalenz (eines LM) gerade akut waren, aber noch nicht zu einer Aktivierung der anderen Seite der Ambivalenz (des zweiten LM) geführt hatten. Im zweiten IZ fanden schliesslich intensive Einsichtsprozesse statt, die zu einer Lösung der Ambivalenz im dritten LM führten. Auch für diese Art von korrektiven Erfahrungen gab es ähnliche korrektive Erfahrungen gemäss der übergeordneten Spannungslandschaft „(Einmal) über den Hügel“. In jenen Fällen waren aber ambivalente Kognitionen, Emotionen etc. in einem einzigen Zustand (im ersten LM) zu finden.

Es folgt nun ein Fallbeispiel einer korrektiven Erfahrung gemäss der übergeordneten Spannungslandschaft „Zweimal über den Hügel“, die eine starke Ambivalenz involvierte. Das Fallbeispiel dient der Darstellung der Vorgänge und wird daher auf das Wesentliche beschränkt.

7.4.2.2.1 Fallbeispiel: Herr C.

Herr C. berichtete nach einer abgeschlossenen, gut zwei Jahre dauernden Psychotherapie unter anderem von der folgenden korrektiven Erfahrung:

Durch die Therapie habe ich mich selber besser kennengelernt. Ich habe gelernt, die diversen Aspekte meiner Persönlichkeit besser wertzuschätzen und sie überhaupt zu erkennen.

Dem Zeitpunkt vor der korrektiven Erfahrung wurden drei Zustände zugeordnet: ein erstes LM „Kind“, gefolgt von einem IZ „Krise“ und einem LM „Leistung“. Während der korrektiven Erfahrung war ein IZ „Bearbeitung“ aktiviert, und nach der korrektiven Erfahrung ein LM „Aufmerksamkeit“. Die Basis-Spannungslandschaft dieser korrektiven Erfahrung ist in Abbildung 14 dargestellt.

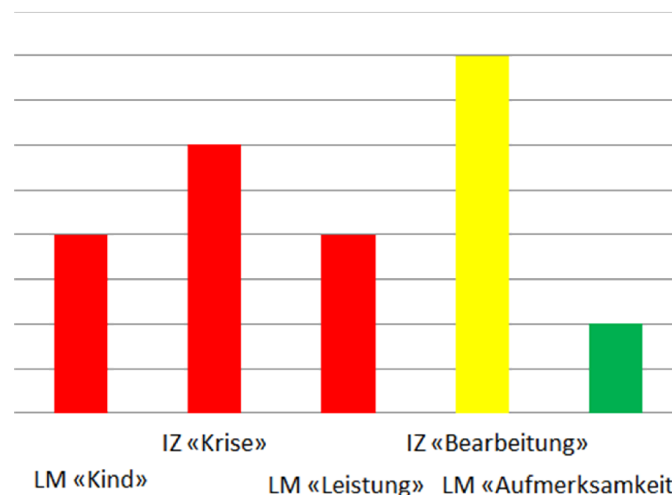


Abbildung 14: Spannungslandschaft einer korrektiven Erfahrung von Herrn C.

Im LM „Kind“ standen Wünsche nach der Befriedigung von Grundbedürfnissen, die vom Patienten als „sein kindlicher Teil“ erlebt wurden (s. Tabelle 23). Dieser Zustand war selten, dann aber intensiv aktiviert. Der Patient erlebte darin immer wieder Enttäuschungen, wenn es, vor allem von Seiten von Frauen, zu keiner Bedürfnisbefriedigung gekommen war.

Tabelle 23: LM „Kind“ von Herrn C.

Zustand „Kind“	
Kognition	kindliche Stimme im Kopf, die Grundbedürfnisse äussert („will schlafen“, „hab dich lieb“); empfindet diese Stimme nicht als problematisch; denkt, er sollte weniger leisten, da er darunter leidet; denkt, dass äussere Umstände für sein Versagen verantwortlich sein könnten;
Emotion	geniesst es, wenn er das Kind in sich ausleben kann; ist schutzbedürftig; die innere kindliche Stimme hat eine schöne Wirkung;

Zustand „Kind“	
	frustriert, wenn das Bedürfnis nach Liebe und Geborgenheit nicht befriedigt wird; beleidigt, wenn andere nicht positiv auf ihn reagieren;
Verhalten	spricht Bedürfnisse aus, wenn er alleine ist; lebt die kindlichen Anteile nur in einem geschützten Rahmen aus; reagiert sensibel, wenn Liebe und Geborgenheit von anderen nicht kommen; ist empathisch, um dadurch Zuneigung zu bekommen; hat eine zielgerichtete Aufmerksamkeit (Empathie);
Motivation	möchte Grundbedürfnisse befriedigen; sehnt sich nach Intimität; möchte von anderen anerkannt werden;
Bezugspersonen	kindliche Stimme kann sich nur zeigen, wenn P. alleine ist; konnte den kindlichen Teil noch besser ausleben, als er noch bei den Eltern lebte; hat das Bedürfnis nach Anerkennung besonders stark bei Frauen;

Gegenüber diesem Zustand stand das LM „Leistung“, in welchem Herr C. viel Verantwortung übernahm, hohe Ansprüche an sich stellte, überfordert war und unter psychosomatischen Symptomen litt (s. Tabelle 24).

Tabelle 24: Zustand „Leistung“ von Herrn C.

Zustand „Leistung“	
Kognition	denkt, es könne ihm gar nicht schlecht gehen, wenn er so viel leisten könne; er sei ein Versager, wenn er dem Druck nicht stand halte; denkt, es stimme nicht, dass äussere Umstände für sein Versagen verantwortlich seien; denkt, dass er sich immer noch zu starken Druck macht; überlegt sich, dass er daran zugrunde gehen wird, dass er sich solchen Druck aufbaut; denkt, die kindliche Seite sei ein Hindernis; denkt, er sei in der Kindheit „hängen geblieben“ (kindliche Stimme sei ein Relikt von früher);
Emotion	ausgezerrt; frustriert, weil er dem Leistungsdruck nicht standhalten kann; Angst, jemand könnte ihn dabei sehen, wenn er „das Kind“ auslebt; erlebt körperliche Symptome (Rückenschmerzen);
Verhalten	sagt sich, dass er es schafft; hat hohe Erwartungen an sich selbst; kämpft sich ins Büro, obwohl es ihm schlecht geht; versucht Symptome zu verstecken; unterdrückt die kindliche Stimme, wenn sie sich meldet;
Motivation	will hohe Ansprüche erfüllen; möchte trotz seines schlechten Zustandes weiter machen;
Bezugspersonen	andere realisieren nicht, dass er depressiv ist; andere sind mit seiner Leistung zufrieden;

Beide Zustände stellten Kompromisslösungen dar. Einerseits dienten sie als Lösung für Probleme des jeweils anderen Zustandes: so half eine Zuflucht in die Kindesrolle, um nicht mehr mit Leistungsstress konfrontiert zu sein bzw. half die Verfolgung von hohen Ansprüchen, um sich schambesetzte kindliche Grundbedürfnisse und deren Verletzungen nicht eingestehen zu

müssen. Andererseits verblieb in beiden Zuständen ein starker Leidensdruck (z. B. Enttäuschungen, psychosomatische Symptome). Spitzte sich der jeweilige Leidensdruck zu, so geriet Herr C. jedoch nicht sofort in den anderen Zustand, sondern in einen IZ, in dem er die Ambivalenz zwischen den zwei LM wahrnahm, diese versuchte zu lösen, es aber nicht konnte (s. Tabelle 25). Unter diesem Zustand litt er noch stärker als bei Aktivierung der LM, so dass meistens relativ schnell „Leistung“ oder „Kind“ wieder aktiviert waren.

Tabelle 25: Zustand „Krise“ von Herrn C.

Zustand „Krise“	
Kognition	realisiert, dass es ihm nicht gut geht; weiss, dass er etwas ändern muss; sieht, dass er immer wieder das gleiche Verhaltensmuster wiederholt (sich unter Drucksetzen); versteht, nicht, was die kindliche Stimme bedeutet; denkt, die kindliche Stimme käme einfach so aus ihm heraus; fragt sich, welchem Anteil er glauben soll; hat Gedankenstürme;
Emotion	leidet unter dem Hin und Her der zwei Seiten; kann dem Druck, der aus den beiden Anteilen entsteht nicht standhalten; erlebt den Konflikt dieser beiden Seiten als Bürde; pessimistisch; frustriert; wenig Selbstvertrauen; niedergeschlagen; erschöpft; fühlt sich „ausgepumpt“ („keine Ressourcen mehr“); depressiv; matt;
Verhalten	versucht, selbst aus der Krise heraus zu kommen; zieht nach Amerika um, um in ein anderes Umfeld zu gelangen; entscheidet sich für eine Therapie; beobachtet sich selbst; sieht, dass es ihm nicht gut geht; hat Arbeitsblockaden; kann nicht mehr schlafen; grübelt; kann Gedanken nicht bündeln; kann nicht über die beiden Anteile nachdenken;
Motivation	möchte aus seiner Krise herauskommen;
Bezugspersonen	hat aufgrund der Arbeitsblockade Probleme mit seinem Vorgesetzten;

Während der Psychotherapie kam es erneut zu einer Auseinandersetzung mit den zwei Teilen. Diese war in vielen Hinsichten ähnlich wie die Auseinandersetzungen im Rahmen des IZ „Krise“, wies jedoch wesentliche Unterschiede auf:

- der Patient war nicht alleine, sondern besprach seine Anliegen mit einem Psychotherapeuten;
- den Psychotherapeuten erlebte der Patient als kompetent und vertrauenswürdig;
- das Mitteilen seiner persönlichen, zum Teil schambesetzten, Themen kostete eine grosse Überwindung, war aber zugleich entlastend;
- die Diagnose einer Depression diente als Rechtfertigung für die Inanspruchnahme von Unterstützung und wirkte somit schuld- und schammindernd;

Die Auseinandersetzung während der Psychotherapie geschah im IZ „Bearbeitung“. Dieser beinhaltete im Hintergrund viele der Elemente, die sich im Bereich „Krise“ im Vordergrund

befunden hatten. Im Vordergrund bei „Bearbeitung“ waren jedoch Kognitionen, Emotionen etc., die mit den erwähnten Unterschieden einhergingen, sowie eine erste Integration von „Kind“ und „Leistung“ („denkt, dass der kindliche Teil durch die Diagnose einer Depression mehr Wert bekommt; der kindliche Teil bekommt dadurch Bestätigung vom leistungsorientierten Teil“) (s. Tabelle 26).

Tabelle 26: Zustand „Bearbeitung“ von Herrn C.

Zustand „Bearbeitung“	
Kognition	denkt, dass ihn die Therapiesituation herausfordert; denkt, dass die Therapiesituation eine Öffnung erfordert; denkt, dass er Vertrauen braucht, um den kindlichen Teil besser kennenzulernen; denkt, dass der kindliche Teil durch die Diagnose einer Depression mehr Wert bekommt; der kindliche Teil bekommt dadurch Bestätigung vom leistungsorientierten Teil;
Emotion	intensiv (beim Zusehen, was bei ihm durch die zwei Anteile geschieht); beängstigend (sich auf dem unbekanntem Terrain der Therapie zu bewegen); spannend (Therapiesituation); Überwindung; unangenehm (sich die Wahrheit über das eigene Funktionieren einzugestehen); hat Zweifel, ob er sich öffnen kann; ungewohnt, mit dem Therapeuten über seine Probleme zu sprechen; Schamgefühle gegenüber Therapeut; erholsam (seine Gedanken zu bündeln);
Verhalten	gesteht sich nicht gerne ein, was mit den beiden Anteilen passiert; setzt sich mit seinen Gedanken und Gefühlen auseinander; lernt, sich auf etwas zu fokussieren (Gedanken, Gefühle); akzeptiert, dass negative Gefühle und Ängste da sind; bespricht Vertrauliches (sich unter Druck setzen, Probleme bezüglich Liebe und Geborgenheit) mit einer Person (Therapeut), die er nicht gut kennt;
Motivation	will neue Dinge über sich erfahren; möchte externe Hilfe; möchte die Gelassenheit, die er in der Therapie erfährt, in Alltag übertragen können;
Bezugspersonen	Therapeut gibt dem kindlichen Teil Raum; Therapeut nimmt den Patienten ernst; Therapeut ist aufmerksam; Therapeut war sensibel für die Probleme des Patienten; Therapeut entzieht sich dem Bedürfnis des Patienten nach Anerkennung; Therapeut hielt die Balance zwischen Distanziertheit und Vertrauen geben (dass er sich ernst genommen fühlt und nicht beleidigt ist); Patient fühlt sich akzeptiert und angenommen; Therapie sei ein geschützter Raum, wo man bis in die Tiefe etwas besprechen kann; arbeiten mit der Stuhltechnik;

Bei Herrn C. waren alle vier bisher dargestellten Zustände während der ganzen Psychotherapie immer wieder aktiviert. Durch die vielfach wiederholte Auseinandersetzung im Zustand „Bearbeitung“ kristallisierte sich immer mehr ein neuer Zustand „Aufmerksamkeit“ heraus. Kennzeichnend für diesen waren eine „neue Perspektive“ (Selbstreflexion) und ein vermehrtes „Leben im Moment“ (Aufmerksamkeit). Der alte Konflikt zwischen „Kind“ und „Leistung“ war

zwar immer noch vorhanden, aber deutlich entschärft und Herr C. versuchte, ihn nicht zu verdrängen. Auch war im Zustand „Aufmerksamkeit“ eine differenziertere Selbstwahrnehmung vorhanden (s. Tabelle 27).

Tabelle 27: Zustand „Aufmerksamkeit“ von Herrn C.

Zustand „Aufmerksamkeit“	
Kognition	<p>versteht besser, was mit ihm passiert; hinterfragt Dinge; denkt, er erträgt es, wenn andere ihn nicht verstehen;</p> <p>kann sowohl den leistungsorientierten als auch den kindlichen Teil anerkennen; kann den kindlichen Teil besser mit dem leistungsorientierten Teil in Verbindung bringen;</p> <p>denkt, dass es jetzt noch einen dritten Anteil gibt, der Distanz nehmen kann und über die anderen Teile nachdenken kann;</p> <p>denkt, dass er die Gefühle des kindlichen Teils geniessen kann, weil er durch die Therapie gegangen ist und dadurch nun auch weiss, wie wichtig ihm diese Gefühle sind;</p> <p>denkt, dass er den leistungsorientierten und den kindlichen Teil in sich noch immer nicht gut verbinden kann;</p> <p>denkt, dass die Atmosphäre in der Therapie etwas Neues war, das ihm geholfen hat, sich zu öffnen;</p> <p>denkt, er habe nun eine extrem gesteigerte Aufmerksamkeit; ist gedanklich mehr im Moment;</p> <p>denkt, dass man auch mal versagen dürfe;</p> <p>sieht, dass er seinen Erfolg und Misserfolg bei Frauen auf den kindlichen Teil zurückführen kann;</p>
Emotion	<p>leidet unter dem noch fortbestehenden Kampf zwischen dem leistungsorientierten- und dem kindlichen Selbst; hat Vertrauen, dass er mit den beiden Teilen in sich umgehen kann;</p> <p>Wertschätzung (gegenüber seinen Anteilen); genießt die Gefühle des kindlichen Teils;</p> <p>es geht ihm besser, weil er der Niedergeschlagenheit Gegengewicht geben kann; empfindet es als schön, aufmerksam zu sein;</p> <p>hat mehr Selbstvertrauen; mutig (kann mit anderen Personen über seine Depression sprechen);</p> <p>hat keine neuen Emotionen, die alten sind weniger intensiv; entlastet (durch stärkere Aufmerksamkeit); weniger angespannt (körperlich); hat weniger Angst, zu versagen;</p> <p>hilflos; frustriert (weil er trotz Therapie immer wieder in sein Muster, sich Druck aufzubauen, fällt);</p>
Verhalten	<p>versucht, zwischen den beiden Anteilen (Kind, Leistung) zu vermitteln; kann seine beiden Teile ein wenig kontrollieren (durch Meditation und durch Einnahme einer dritten Position); gibt dem kindlichen Teil mehr Raum;</p> <p>ist aufmerksam gegenüber anderen; kann sich beobachten; ist in der Lage, seinen momentanen Zustand zu benennen; kann über sich selbst sprechen; kann über seine Bedürfnisse sprechen; kann über seine Depression sprechen; kann besser mit Fehlern umgehen;</p> <p>nimmt Dinge wertneutraler wahr; kann aufgrund seiner neutralen Haltung besser Entscheidungen treffen; kann sich auf etwas konzentrieren ohne Druck, gleichzeitig auch noch andere Dinge machen zu müssen;</p>

Zustand „Aufmerksamkeit“

Motivation	möchte das leistungsorientierte und das kindliche Selbst besser in Einklang bringen können; möchte weiter an sich arbeiten; möchte sich besser fühlen;
Bezugspersonen	kann durch gesteigerte Aufmerksamkeit auch andere Menschen mehr schätzen;

7.4.2.3 Wenn ich an mir arbeite, geht es mir besser

Auch diese übergeordnete Spannungslandschaft wies Parallelen mit dem Grundmodell auf. Hier involvierte jedoch der Übergang in den IZ keinen Spannungsanstieg, sondern geschah mit einer bereits reduzierten Spannung gegenüber dem Ausgangs-LM. Die Prozesse waren zwar anstrengend und daher konnten Patientinnen und Patienten nicht lange darin verweilen. Es handelte sich jedoch meistens um eine primär kognitive Anstrengung. Patientinnen und Patienten konnten neue Kognitionen schnell akzeptieren und in vorbestehende Schemata integrieren. In einem Fall (s. Basis-Spannungslandschaft Nr. 11) war sogar kein IZ notwendig.

Patientinnen und Patienten berichteten meistens über eine positive therapeutische Beziehung, welche emotional schwierige Prozesse erleichtert habe, was die verhältnismässig geringe Spannung erklären könnte. Manchmal boten sich jedoch zwei andere Erklärungen an. Zum einen schienen einige Patientinnen und Patienten Emotionen allgemein nicht an sich heranlassen zu können oder zu wollen – so auch nicht während einer gelingenden Psychotherapie und einer korrektiven Erfahrung. Zum anderen konnten, vor allem im Rahmen von HEKSP-Interviews, emotionale Prozesse vergessen worden sein; oder es schien keine Motivation zu bestehen, Erinnerungen daran während des Interviews zuzulassen.

7.4.2.3.1 Fallbeispiel: Herr D.

Herr D. schilderte nach Abschluss einer gut einjährigen Psychotherapie vier korrektive Erfahrungen:

- 1. Mit Hilfe eines Modells bin ich zur Einsicht gekommen, dass man sich auch im Bereich der Gefühle weiterentwickeln kann. Das Modell hat mir die Türen geöffnet, daran zu glauben, dass dies funktionieren kann. Ich versuche, eine Bewusstheit von meinem Gefühlszustand zu erlangen. Wenn ich schlechte Gefühle erlebe, versuche ich herauszufinden, was der Auslöser dafür sein könnte. Ich baue eine Distanz zum Gefühl auf und akzeptiere es. Ich brauche einfach Zeit, um jeweils eine Lösung zu finden. Auch merke ich, dass ein schlechtes Gefühl wieder nachlässt und ich da wieder herauskomme.*
- 2. Durch die Definition der GAS-Ziele mit dem Therapeuten ist mir bewusst geworden, was ich überhaupt möchte.*
- 3. Eine Zeit lang litt ich unter starker Müdigkeit. Ich habe daraufhin auf meinen Tagesrhythmus geachtet und verschiedene Schlafvarianten ausprobiert. So habe ich herausgefunden, wann im Tagesverlauf meine produktivste Arbeitszeit ist.*
- 4. Eine Zeit lang habe ich daran gezweifelt, ob ich wirklich am richtigen Ort arbeite. Ich wollte es aber nochmals richtig versuchen, um zu merken, was ich wirklich möchte. Ich habe dann festgestellt, dass ich schon am richtigen Ort bin und mich meine Arbeit interessiert. Es war wichtig zu sehen, dass ich mein Leben in beruflicher Hinsicht nicht vertan habe.*

Die Prozesse aller vier korrektiven Erfahrungen wurden durch die Abfolge von drei Zuständen abgebildet, nämlich ein erstes LM „depressiv“, gefolgt von einem IZ „Bearbeitung“ und einem zweiten LM „Erkenntnis“ (s. Abbildung 15).

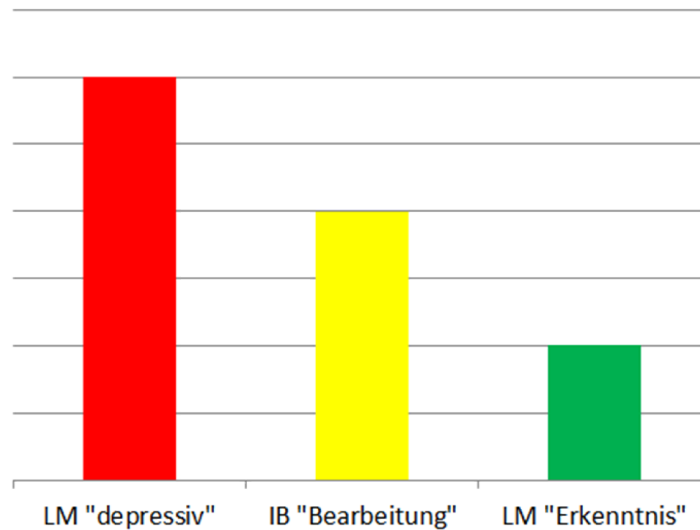


Abbildung 15: Spannungslandschaft der korrektiven Erfahrungen von Herrn D.

Der Zustand „depressiv“ war durch viele depressionstypische Kognitionen, Emotionen etc. charakterisiert (s. Tabelle 28). Unlustvolle Gefühle und Schwierigkeiten im Umgang mit diesen standen im Vordergrund. Herrn D.’s Einsicht in sein eigenes Funktionieren war sehr beschränkt. Er hatte zwar Versuche unternommen, etwas an sich zu ändern, diese blieben aber ohne Erfolg.

Tabelle 28: Zustand „depressiv“ von Herrn D.

Zustand „depressiv“	
Kognition	Denkt, über ein Problem zu reden, löst dieses aber noch lange nicht; denkt, er hat Probleme, seine Gefühle wahrzunehmen; denkt nur noch an negative Dinge; denkt, er hat seine Wohnung nicht perfekt aufgeräumt; denkt, dass sein Haushalt nicht gut organisiert ist; denkt, er kommt nie mehr aus dieser Depressivität raus; denkt, dass er sich selber nicht trauen kann; denkt, an allem schuld zu sein; wirft sich vor, in gewissen Lebensbereichen nichts gelernt zu haben; denkt, was er bis jetzt nicht gelernt hat, kann er auch nicht mehr lernen; denkt, alles wiederhole sich immer wieder; denkt, er kann die eigenen Gefühle schlecht wahrnehmen und interpretieren; zweifelt daran, ob er im richtigen Beruf ist; überlegt sich berufliche Alternativen;
Emotion	depressiv; dumpf; hoffnungslos; Ohnmacht; Pessimismus; Ärger (wenn er Zeit mit Grübeln „verschwendet“); Gewissensbisse (Ordnung, Organisation, Perfektionismus);

Zustand „depressiv“

Selbstzweifel; Machtlosigkeit sich selbst gegenüber; Mutlosigkeit; Schuldgefühle; Verlorenheit; Wertlosigkeitsgefühl; von sich enttäuscht;

Angst, nicht adäquat zu reagieren (z. B. die richtigen Worte zu finden); Angst, zu wenig diszipliniert zu sein;

hat schlechten Zugang zu seinen Gefühlen (merkt nicht, was er will, was ihm gefällt);

Verhalten

ist am Morgen todmüde, obwohl er genügend schläft; mag nicht aufstehen; unvorteilhafter Schlafrhythmus (nachts arbeiten und tagsüber schlafen);

trauert verpassten Chancen nach (Beruf, Beziehung, ...); isoliert sich; verliert die Geduld mit sich (wenn er Fehler macht); verliert die Geduld mit anderen (wenn sie Fehler machen); hat Mühe, sich zu entscheiden (z. B. ob er ein Bild schön findet); fixiert sich auf Dinge, die nicht funktionieren (z. B. aufgeschobene Anforderungen); versucht, etwas an seinem Perfektionismus zu ändern;

Motivation

möchte sich nicht mit seinen Emotionen auseinandersetzen; möchte zwanghaft seine Ansprüche einhalten (Ordnung, Sauberkeit, Renovation des Hauses);

Bezugspersonen

Freundin trennt sich vom Patienten;

kann nicht mehr richtig mit seinem Umfeld sprechen (weil Patient denkt, die ganze Schuld zu tragen);

Während der Psychotherapie lernte Herr D. im Rahmen von Gruppen- und Einzeltrainings Emotionaler Kompetenzen (TEK) Unterschiedliches über Emotionen und Emotionsverarbeitung. Auch arbeiteten er und sein Einzeltherapeut an der Lösung von konkreten Problemen (z. B. Schlaflosigkeit, Arbeitsprobleme). Diese Prozesse fanden bei Aktivierung des IZ „Bearbeitung“ statt (s. Tabelle 29). Diese Arbeit war für Herrn D. „kopflastig“ und „anstrengend“, sie verhalf ihm jedoch relativ schnell und direkt zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik. Er klagte allerdings, dass er für gewisse Probleme keine konkreten Lösungen finden konnte. Den Therapeuten fand der Patient im positiven Sinne „hartnäckig“, ansonsten wurde die therapeutische Beziehung nicht genauer beschrieben.

Tabelle 29: Zustand „Bearbeitung“ von Herrn D.

Zustand „Bearbeitung“

Kognition

fragt sich, was er für Gefühle hat;

denkt, dass die Wahrnehmung seiner Gefühle eine Frage des Trainings ist; überlegt sich seine positiven Eigenschaften; überlegt sich seine negativen Eigenschaften;

fragt sich, ob er in Bezug auf seine Beziehung etwas anders hätte machen können;

denkt darüber nach, was die eigenen Fehler waren (in der Beziehung, bei der Arbeit);

denkt, dass ihm visuelle Vorstellungen (vom TEK-Modell) helfen, etwas zu lernen;

merkt, dass doch nicht alles so schnell vorwärts geht, wie er sich das vorgestellt hat; denkt, die Therapie führt nicht zum Ziel;

denkt, mit Körper-Arbeit hat er einen Ausgleich zur kopflastigen Therapie (an der Praxisstelle);

Zustand „Bearbeitung“

Emotion	Widerstand gegen TEK-Training (da er lieber Dinge macht, die sich mit dem Aussen befassen); anstrengend (kopflastige Therapie); fühlt sich emotional dumpf; hoffnungslos (weiss nicht mehr weiter); Enttäuschung (nicht wieder voll arbeiten zu dürfen); Zweifel (an Therapie als Mittel zum Ziel); Hoffnung („es gibt einen Weg“); fühlt sich gestützt (durch die positiven Bilder des TEK-Modells); findet es interessant zu sehen, wo die andere Teilnehmer des TEK-Kurses ihre schwachen Punkte haben; motiviert;
Verhalten	schaut neurologische Modelle an (wie man zu neuen Einsichten kommen kann); besucht TEK-Kurs; kann TEK-Modell ins Gedächtnis rufen, wenn er nicht mehr weiter weiss; ergründet seine Gefühlswelt; schreibt seine Gefühle auf; räumt Unannehmlichkeiten aus dem Weg (packt kleine und grosse Probleme an); verschafft sich Zeit für die Problembearbeitung (damit er sich damit beschäftigen kann); versucht, zusammen mit dem Therapeuten die GAS-Ziele zu definieren; sucht nach Gründen für seine Müdigkeit; achtet auf seinen Tagesrhythmus; probiert verschiedene Schlafvarianten aus; geht arbeiten, um herauszufinden, ob sein Beruf der richtige ist für ihn; akzeptiert enttäuscht, dass er nicht gleich wieder 100% arbeiten sollte; macht Körper-Arbeit (bei körperorientierter Therapeutin);
Motivation	Möchte TEK-Modell bei emotionalen Problemen gezielt anwenden; möchte besser wahrnehmen, was er spürt; will selber herausfinden, ob er in seinem alten Berufsfeld weiterarbeiten möchte; möchte sich klar werden, was er eigentlich will; möchte tagsüber arbeiten und nachts schlafen;
Bezugspersonen	Patient bekommt von der Kursleitung die Anweisung, sich mit seinen Gefühlen auseinanderzusetzen; Therapeut ist hartnäckig (mit Terminen und GAS-Zielen); Therapeut und Patient diskutieren, ob er all seinen Anforderungen gleichermassen nachkommen sollte; Patient erwartet viel mehr Unterstützung durch den Therapeuten bei seiner Wiedereingliederung; Umfeld bringt den Patienten davon ab, gleich nach der Depression wieder zu 100% zu arbeiten; Therapeut meint, er könne den Patienten nicht unterstützen, wenn dieser nicht wisse worin; Patient findet die Therapie sehr kopflastig (mit den GAS-Zielen);

Im letzten LM der „Erkenntnis“ hatte Herr D. wieder Erfolgserlebnisse, seine Stimmung war deutlich verbessert, er widmete sich wieder aktiver verschiedenen Tätigkeiten. Er hatte bessere Strategien zur Verfügung, um seine Emotionen zu regulieren und konnte realistischere Ansprüche an sich stellen (s. Tabelle 30). Auf dieser Ebene sind auch die „Erkenntnisse“ dieses Zustandes zu verstehen. Herr D. schien keine bedeutsamen Einsichten in sein Funktionieren gewonnen zu haben, trotzdem waren die angegebenen korrektiven Erfahrungen und die möglicherweise damit einhergehenden symptomatischen Verbesserungen möglich.

Tabelle 30: Zustand "Erkenntnis" von Herrn D.

Zustand „Erkenntnis“	
Kognition	<p>erkennt, dass man schlechte Gefühle nicht verhindern kann; denkt, dass er jetzt besser gestützt ist und besser relativieren kann, wenn er wieder schlechte Gefühle hat; gesteht sich Gefühle zu; denkt, dass ein schlechtes Gefühl immer einen Auslöser hat; erkennt, dass er emotionale Verarbeitung benötigt, damit er zufrieden leben kann; erkennt, dass er Hinwendung braucht, wenn er sich seiner Gefühle bewusst werden will (z. B. sich 15 Minuten Zeit nehmen, Gefühle aufschreiben);</p> <p>akzeptiert eigene Fehler; erkennt, dass man gewisse Sachen erst herausfindet, wenn man darüber spricht;</p> <p>merkt, dass er mit anderen nur achtsam sein kann, wenn er das mit sich selber ist;</p> <p>denkt, dass er sein Berufsleben nicht vertan hat; denkt, er könne auch etwas leisten, wenn auch nicht so viel wie eine jüngere Person;</p> <p>denkt, er kann es sich leisten, seine Wohnung nicht perfekt aufgeräumt zu haben; erkennt, dass er nicht allen seinen Anforderungen nachkommen muss;</p> <p>erkennt durch das TEK-Modell, dass er aufgrund seines schlechten Gefühls seine Erfolge gar nicht mehr gesehen hat; denkt, dass das TEK-Modell in bildlicher Form sehr hilfreich war;</p> <p>kennt seine Tagesleistungskurve; erkennt, dass wenn er ausgeschlafen ist, er emotional „gut drauf“ ist; akzeptiert, dass er am morgen früh nicht der Produktivste ist;</p> <p>denkt, das depressive Episoden wieder auftreten könnten; hofft aber, dass er die depressiven Episoden hinter sich hat; erkennt, dass auch wenn wieder eine depressive Episode kommt, sie auch wieder vorbei geht;</p> <p>anerkennt eigene positive und negative Seiten; erkennt, dass es manchmal besser wäre, sich einzugestehen, dass man etwas nicht lösen kann;</p> <p>erkennt, dass er schon einige Hindernisse überwunden hat;</p>
Emotion	<p>Zufriedenheitsgefühl; Energie; Befriedigung; verändertes Gefühl (dass er etwas über sich weiss); gewisse Sicherheit; Offenheit;</p> <p>Hoffnung; Zuversicht; Verständnis für sich selber; beruhigt, dass er den richtigen Beruf hat;</p>
Verhalten	<p>Interessiert sich für seine Gefühlswelt; kann sich von Gefühlen distanzieren;</p> <p>arbeitet tagsüber und schläft nachts; arbeitet zu 100%; gibt sich selber mehr Zeit, um seine Anforderungen zu erfüllen; behält seine berufliche Richtung bei;</p> <p>kann Unerledigtes stehen lassen; anerkennt seine Leistungsschwankungen (Tagesrhythmus, Müdigkeit); sucht eine Lösung, wenn er ein Problem hat;</p> <p>schreibt quartalsweise seine Ziele auf; überprüft, ob er diesen auch wirklich nachgeht;</p> <p>kann einen Fehler auch wieder gut machen (z. B. sich entschuldigen);</p>
Motivation	<p>möchte sich verbessern; möchte seine Gefühle noch besser wahrnehmen können;</p> <p>möchte sich mit einem Hobby beschäftigen; möchte fitter werden; möchte eine schöne und saubere Wohnung haben; möchte sein Privatleben pflegen;</p>
Bezugspersonen	<p>besucht zusätzlich zur Therapie einen Coach, um die Quartalsziele mit diesem zu besprechen;</p> <p>P. denkt, es habe sich bewährt, dass der Therapeut mit den GAS-Zielen so hartnäckig war; denkt, er habe es sich zwar anders vorgestellt, er sei aber dennoch irgendwo angekommen;</p>

7.4.2.4 Es tut nur weh

Charakteristisch für diese übergeordnete Spannungslandschaft war der Abschluss mit einem IZ, wobei vorher andere Zustände aktiviert gewesen sein konnten, aber nicht mussten. Aus Patientinnen- und Patientenperspektive handelte es sich meistens um sehr intensive und schwer kontrollierbare Prozesse. Von fünf korrektiven Erfahrungen bestanden zwei aus einer Enttäuschung mit der Psychotherapie und wurden als maladaptiv codiert. In zwei Fällen handelte es sich um als adaptiv codierte, dennoch noch ungelöste Verarbeitungen von Todesfällen nahestehender Personen. In all diesen Fällen schien ein Übergang in ein LM (noch) nicht gelungen zu sein. In einem Einzelfall handelte es sich um einen Mann, der als „Sensation Seeker“ beschrieben werden könnte. Er beschrieb die Psychotherapie als Erfahrung, die es ihm ermöglicht habe, sich auf neue Weise mit seinem Innenleben auseinanderzusetzen, wobei ihm das aktive Mitgestalten besonders wichtig gewesen sei.

7.4.2.4.1 Fallbeispiel: Frau E.

Frau E. beschrieb nach Abschluss einer circa 9 Monate dauernden Psychotherapie die folgende, als maladaptiv codierte korrektive Erfahrung:

Am Anfang war die Therapie wichtig und begleitend, aber nach einiger Zeit hatte ich das Gefühl, dass ich in der Therapie nicht weiterkomme. Es ging mir auch zu langsam. Zeitweise hatte ich auch das Gefühl, ich habe die falsche Therapeutin und ich zweifelte daran, ob es überhaupt etwas brachte.

Im Laufe dieser korrektiven Erfahrung waren ein LM „merkt, dass es ihr besser geht“ und ein IZ „Verleider“ aktiviert (s. Abbildung 16).

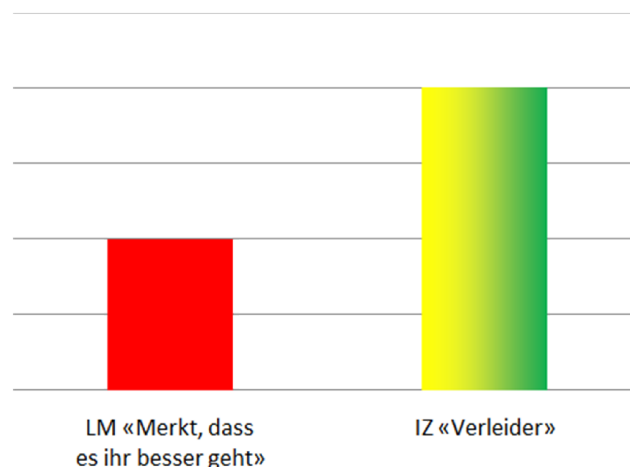


Abbildung 16: Spannungslandschaft der korrektiven Erfahrung von Frau E.

Im ersten LM setzte sich Frau E. mit der eigenen „psychischen Angeschlagenheit“ und ihrer Eifersucht auseinander, aber auch damit, dass es ihr zum damaligen Zeitpunkt besser ging (s. Tabelle 31).

Tabelle 31: Zustand „merkt, dass es ihr besser geht“ von Frau E.

Zustand „Merkt, dass es ihr besser geht“	
Kognition	denkt, dass die ersten Therapiesitzungen wirklich gut gewesen sind; denkt, dass es ihr besser geht; denkt, dass sie wieder aus dem Loch heraus ist; denkt, dass sie die Therapie nicht mehr braucht, da sie durch die Arbeit jetzt wieder eine Struktur hat; weiss, was sie „drauf hat“ und dass sie ihren Job kann; gibt sich ein Stück weit selbst die Schuld dafür, dass sie so lange nicht gearbeitet hat; ist sich bewusst, dass sie ein Mensch ist, der psychisch angeschlagen ist; weiss, dass sie immer mal einen Rückfall haben wird; akzeptiert das aber als Teil ihres Lebens; weiss, wie sie mit solchen Krisen umgehen kann; denkt, dass sie in der Therapie viel gelernt hat; wünscht sich noch Tipps, was sie noch machen kann, damit es ihr besser geht; denkt, dass sie bei ihrem ehemaligen Partner durch ihre Eifersucht viel kaputt gemacht hat; weiss, dass ihre Eifersucht, die Situation nur verschlimmert; hofft, dass ihr Partner nichts von ihren Eifersuchtsgedanken mitbekommt; denkt, dass jede überstandene Eifersuchtsattacke sie stärker macht; denkt, dass sie sich mit sich selbst auseinandersetzen muss, wenn sie ihre Eifersucht überwinden will; merkt, dass sie schon besser mit der Eifersucht umgehen kann;
Emotion	kämpft zunächst noch mit der Umstellung, da sie wieder arbeitet: sie hat ein bisschen Angst; ist müde und erschöpft, da sie es nicht mehr gewohnt ist, den ganzen Tag zu arbeiten; spürt aber auch, dass es ihr gut tut, wieder zu arbeiten; stolz (darüber, dass sie ihrem neuen Freund keine Szene gemacht hat und er nichts von ihrer Eifersuchtsattacke gemerkt hat);
Verhalten	es fällt ihr wieder leicht, zu arbeiten; lernt, mit ihrer Eifersucht umzugehen; hinterfragt sich mehr und versucht, sich innerlich zu beruhigen; handelt nicht mehr so überstürzt (schweigt bis sie sich wieder im Griff hat); versucht abzuschalten, wenn sie eine Eifersuchtsattacke hat;
Motivation	will bei ihrem jetzigen Partner weniger eifersüchtig sein und die Beziehung nicht durch ihre Eifersucht strapazieren; möchte die Eifersucht vor ihrem Partner verbergen; würde gerne noch einmal in die Tiefe gehen und die Ursachen für ihre Probleme anschauen;
Bezugspersonen	ihr Privatleben und die Beziehung zur Familie haben sich wieder eingerenkt; hat einen neuen Partner; hat keinen Kontakt mehr zu ihrem ehemaligen Geliebten;

Der IZ „Verleider“ schien durch Widersprüchlichkeiten charakterisiert zu sein. Die Patientin hatte den Wunsch, in die Tiefe ihrer Probleme gehen, gleichzeitig sollte sie schnell anwendbare Lösungen erhalten. Insgesamt war sie mit der Psychotherapie und der Therapeutin unzufrieden, äusserte dies gegenüber der Therapeutin jedoch nicht und liess stattdessen Sitzungen ausfallen (s. Tabelle 32).

Tabelle 32: Zustand „Verleider“ von Frau E.

Zustand „Verleider“	
Kognition	sie hat sich die Therapie anders vorgestellt: versteht Therapie als Coaching und will schnelle Erfolge sehen; wünscht sich, dass die Therapeutin tiefer gräbt, damit sie nicht mehr in den (depressiven) Zustand kommt und dass auch Probleme angeschaut werden, die aus ihrer

Zustand „Verleider“	
	<p>Kindheit stammen, wie beispielsweise ihr Selbstbewusstsein;</p> <p>zweifelt daran, dass ihr die Therapie etwas bringt; denkt, dass sie nicht weiter kommt;</p> <p>versteh nicht, wieso sie, obwohl es ihr besser geht, noch in Therapie kommen muss; denkt, dass sich der (Anreise-)Weg für die Therapie nicht lohnt; muss den ganzen Tag nach der Therapie ausrichten; denkt, dass sie mit dem Ganzen abgeschlossen hat;</p> <p>es sei nicht immer schla, zu sagen, was man denkt; es gehöre sich auch nicht, da es andere verletzen könnte;</p>
Emotion	<p>Zweifel, Unsicherheit (bezogen auf die Therapeutin);</p> <p>langweilt sich in der Therapie; empfindet die Therapie als zu harmonisch;</p> <p>ist ungeduldig, innere Unruhe; ist unzufrieden; ist genervt (wegen langsamen Fortschritten und dem Gefühl, von der Therapeutin mit Samthandschuhen angefasst zu werden);</p>
Verhalten	<p>„kritisiert“ ihr Umfeld nicht und äussert ihre Wünsche nicht, da sie andere nicht verletzen möchte;</p> <p>Patientin geht auf Abstand: geht nur noch alle zwei Wochen und später gar nicht mehr in Therapie; vermeidet es, Probleme und Wünsche direkt anzusprechen;</p>
Motivation	<p>möchte möglichst schnell Erfolge sehen; möchte Ursachen ihrer Probleme möglichst schnell finden, auch wenn es schmerzhaft ist;</p> <p>ist nicht mehr so motiviert; es kostet sie mehr Überwindung, in die Therapie zu gehen;</p>
Bezugspersonen	<p>denkt, dass die Therapeutin die Dinge zu langsam angeht; denkt, dass die Therapeutin sie nicht versteht; fragte sich, ob die Therapeutin etwas gegen sie (Patientin als Person) hat; zweifelt daran, ob die Therapeutin die nötige Erfahrung hat; denkt, sie habe die falsche Therapeutin; denkt, dass die Therapeutin sie mit Samthandschuhen anfasst;</p> <p>hat auch Verständnis für die Therapeutin; möchte der Therapeutin eine Chance geben; möchte die Therapeutin schonen; spricht ihre Zweifel gegenüber der Therapeutin nicht an; möchte der Therapeutin nicht an den Karren fahren; sagt der Therapeutin, dass sie nicht mehr in Therapie kommen will;</p>

7.4.2.5 Es geht mir schlechter / Es ändert sich nicht viel

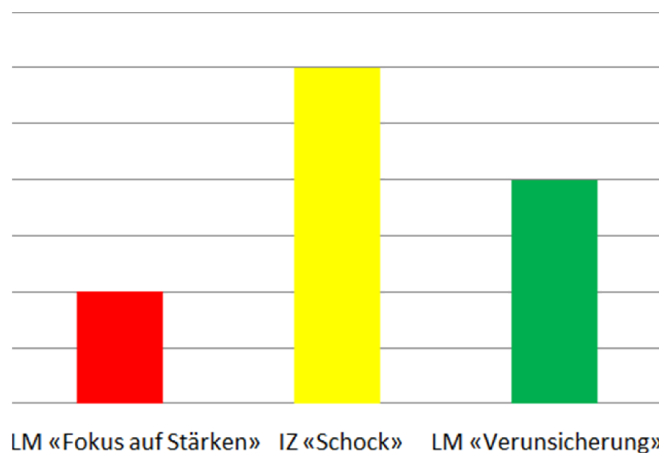
Die übergeordneten Spannungslandschaften „Es geht mir schlechter“ und „Es ändert sich nicht viel“ erwiesen sich als sehr ähnlich wie die übergeordnete Spannungslandschaft „Über den Hügel“ (s. Kap. 7.4.2.1). Im zweiten LM war die Spannung jedoch höher oder gleich hoch wie im ersten LM, da in der Regel eine gewonnene Einsicht noch schmerzte oder sie noch nicht ausgewertet werden konnte. Mit der Zeit oder mit einer Vertiefung der therapeutischen Arbeit war aber eine Spannungsabnahme im zweiten LM zu erwarten, womit kein Unterschied zur übergeordneten Spannungslandschaft „Über den Hügel“ mehr bestehen würde.

7.4.2.5.1 Fallbeispiel: Frau F.

Frau F. beschrieb nach ihrer 47. Psychotherapie-Sitzung im Rahmen eines BSR-Interviews die folgende korrektive Erfahrung:

Während des Gesprächs mit der Therapeutin kam ich plötzlich zur Erkenntnis, dass mir das nächtliche Zähneknirschen erlaubt, auch im Schlaf nicht loszulassen. Es war für mich schockierend, dies nach so vielen Jahren zahnärztlicher Behandlungen und Spannungskopfschmerzen zu realisieren. Ich war in diesem Schock-Zustand minutenlang mit mir selber beschäftigt und konnte und wollte nicht aufnehmen, was mir die Therapeutin währenddessen erzählte. Irgendwann war ich wieder präsent und nicht mehr im Schock, hatte aber das Gefühl, dass ich mich nun den Gründen für das Nicht-Loslassen-Können widmen soll, was mir Angst machte und was ich auch nicht wollte.

Im Laufe dieser korrektiven Erfahrung waren drei Zustände aktiviert: ein LM „Fokus auf Stärken“, gefolgt von einem IZ „Schock“ und einem zweiten LM „Verunsicherung“ (s. Abbildung 17).



LM «Fokus auf Stärken» IZ «Schock» LM «Verunsicherung»
Abbildung 17: Spannungslandschaft der korrektiven Erfahrung von Frau F.

Das LM „Fokus auf Stärken“ war geprägt durch eine frühere therapeutische Übung (Konfrontation mit Angst vor Autofahren), die wegen dissoziativen Symptomen hatte abgebrochen werden müssen. Unter anderem aufgrund dieser Übung habe Frau F. „nicht mehr an ihren Schwächen“ arbeiten wollen – ansonsten würde sie die Psychotherapie abbrechen. Die Patientin und die Therapeutin hätten sich geeinigt, Arbeit an Schwächen zu unterlassen und stattdessen „an einem persönlichen Rückzugsraum“ zu arbeiten. Probleme (wie z. B. ihr langjähriges exzessives Zähneknirschen) sollten nicht mehr besprochen werden. Die Patientin fühlte sich in diesem Zustand dann verhältnismässig stabil und wohl (s. Tabelle 33).

Tabelle 33: Zustand „Fokus auf Stärken“ von Frau F.

Zustand „Fokus auf Stärken“	
Kognition	weiss nicht, warum sie nachts auf die Zähne beisst; weiss nicht, woher die Schmerzen in ihrem Kiefergelenk kommen; findet es super, an einem persönlichem Rückzugsraum zu arbeiten; denkt, dass sie (Patientin und Therapeutin) einfach kreativ arbeiten werden und es ihr nach der Sitzung gut gehen wird;
Emotion	hat Angst, aus sich herauszutreten (dissoziative Symptome); Angst davor, bei Problemen näher hinzuschauen; Angst vor Konfrontation;

Zustand „Fokus auf Stärken“

hat Schmerzen (Kopf, Zähne, Kiefer); ist oft angespannt;
freut sich auf die Übung mit dem Rückzugsraum;

Verhalten sucht nicht nach dem Grund für Schmerzen; akzeptiert die Schmerzen; nimmt Schmerzmittel; trägt nachts eine Spange; geht regelmässig zum Zahnarzt, um sich den Kiefer massieren zu lassen; kann nicht loslassen; beisst häufig die Zähne zusammen;
gestaltet einen Ort, an dem sie sich zurückziehen kann und sich sicher fühlt;

Motivation will aufgrund ihrer negativen Erfahrung mit einer früheren Konfrontationsübung (Auto fahren) in der Therapie nur noch an ihren Stärken arbeiten; will nicht immer nur an dem arbeiten, was sie nicht kann;

Bezugspersonen sagt der Therapeutin, dass sie in der Therapie ihre Stärken anschauen will und sonst nicht mehr in die Therapie kommt;
Therapeutin und Patientin entschliessen sich, an einem „persönlichen Rückzugsraum“ zu arbeiten;

Entgegen der Absicht der Patientin (sowie evtl. der Therapeutin) kam während der Stunde trotzdem ein Problem zu Sprache, und zwar das nächtliche Zähneknirschen der Patientin. Die Therapeutin fragte, ob dieses auf ein Nicht-Loslassen-Können zurückführbar sein könnte. Das Thema wurde von der Patientin als eine „Schwäche“ von sich empfunden. Sie musste daran denken, dass ihre langjährige zahnärztliche Behandlungen und Einnahme von Schmerzmitteln – zwei Behandlungsformen, die sie für wichtig und richtig hielt – allenfalls doch nicht sinnvoll gewesen sein könnten. Die Patientin fühlte sich schockiert. Sie dissoziierte (s. Tabelle 34).

Tabelle 34: Zustand „Schock“ von Frau F.

Zustand „Schock“

Kognition merkt, dass sie nicht loslassen kann (beisst die Zähne zusammen); fragt sich, ob sie entspannt ist, während sie schläft bzw. ob sie im Schlaf loslassen kann; realisiert, dass sie nicht einmal beim Schlafen entspannen kann;
realisiert, dass bei der Übung schon wieder eine Schwäche von ihr hervorgekommen ist; überlegt sich, was diese Erkenntnis jetzt für sie bedeutet; weiss, dass sie jetzt schon wieder an sich arbeiten muss; weiss, dass es sehr anstrengend ist, an sich zu arbeiten; weiss, dass sie lernen muss loszulassen und nachts nicht mehr einfach die Spange anziehen kann; weiss, dass sie hinter das Loslassen schauen muss;
denkt, dass sie das erst einmal im Kopf verarbeiten und verstehen muss;

Emotion ist schockiert; fühlt sich überrumpelt; ist genervt, dass schon wieder was Negatives rausgekommen ist;
hat Angst, dass sie es nicht schaffen könnte, loszulassen; der Patientin macht es Angst, dass sie nicht einmal beim Schlafen loslassen kann; hat Angst davor, sich mit ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen;
hat starke Schmerzen im Kiefergelenk, bedingt durch die Konzentration darauf während der Therapiestunde;

Zustand „Schock“

Verhalten	kann aus Schock der Therapeutin nicht mehr zuhören; kehrt in sich hinein; kapselt sich ab; beisst sich auf die Zähne, als sie realisiert, dass sie nicht loslassen kann; nimmt die Schocksituation so hin;
Motivation	will in Ruhe gelassen werden; will keine neuen Inputs mehr; hat keine Lust, an sich zu arbeiten;
Bezugspersonen	vertraut der Therapeutin; Patientin kann sich von der Therapeutin führen lassen, dies wäre nicht bei jedem Therapeuten möglich; denkt, dass die Therapeutin sehr einfühlsam ist; Therapeutin merke es, wenn es für Patientin zu viel wird; Patientin schätzt, dass die Therapeutin auch sehr konsequent sein könne; Therapeutin redet über das Loslassen; Therapeutin zeichnet Graphik mit zwei Polen (Loslassen vs. Festhalten); Therapeutin fragt, ob es noch etwas zwischen Loslassen und absoluter Kontrolle gibt; Therapeutin fragt, ob das Zähneknirschen auch einen positiven Aspekt hat, z. B. indem es der Patientin hilft, wach zu bleiben; Therapeutin sagt, dass sie aufgrund der Biographie der Patientin verstehe, dass das Loslassen etwas ist, was ihr Angst mache;

Im LM „Verunsichert“ war Frau F. wieder bei sich und in der Lage, über die neu gewonnene Einsicht nachzudenken. Sie sah darin durchaus positive Aspekte, fühlte sich aber insgesamt stark verunsichert. Sie befürchtete nämlich, dass die neue Situation bedeuten würde, sich (erneut) mit ihrer Biographie auseinandersetzen zu müssen, und dass sie dies nicht aushalten würde. Zudem sei es „schon wieder“ um eine Schwäche von ihr gegangen. Sie hätte die neue Erkenntnis am liebsten wieder ad acta gelegt (s. Tabelle 35). Trotz dieser Reaktionen der Patientin war – eine folgende fruchtbare therapeutische Arbeit vorausgesetzt – anzunehmen, dass die Aktivität des Zustandes „Verunsichert“ ein erster Schritt eines mittelfristig adaptiven Prozesses darstellte, was am Schluss auch zu einer geringeren Gesamtspannung beitragen würde.

Tabelle 35: Zustand „Verunsichert“ von Frau F.

Zustand „Verunsichert“

Kognition	fragt sich, was sie jetzt machen soll; denkt, dass sie das Problem mit dem Zähneknirschen jetzt anders angehen muss (als mit einer Spange); denkt, dass es Mut erfordert hat, diese Erkenntnis zuzulassen; sieht es als Stärke, dass sie stark genug war, damit die Erkenntnis kommen konnte; sieht es als Stärke, dass sie sich distanzieren kann und nicht immer grübeln will; denkt, dass es hilft, zu verstehen, warum sie auf die Zähne beisst; denkt, dass die Einsicht alleine schon etwas bewirken kann und sie nicht unbedingt näher hinschauen muss; denkt, dass sie noch nicht so weit ist, sich damit auseinanderzusetzen, warum sie nicht loslassen kann; würde diese Erkenntnis gerne erst einmal ad acta legen; weiss, dass das Loslassen stark mit ihrer Biographie zu tun hat;
Emotion	ist neugierig; gespannt im positiven Sinne; kurze Freude über die Erkenntnis, dass das Zähneknirschen daher kommt, dass sie nicht loslassen kann; hat Angst davor, sich wieder Vorwürfe zu machen, wenn es ihr nicht gelingt loszulassen;

Zustand „Verunsichert“	
	ist verunsichert;
Verhalten	ist wieder aufnahmefähig; interessiert sich für das Thema; wehrt sich, als Therapeutin vorschlägt, dass sie wegen des Dissoziierens auf die Zähne beisst;
Motivation	will mehr aufs Loslassen achten; will im Alltag darauf achten, wann sie die Zähne zusammenbeisst; will entdecken, was passiert, wenn sie versucht loszulassen; will nicht darüber grübeln; will sich nicht noch einmal mit ihrer Kindheit und dem Missbrauch auseinandersetzen, sondern dies endlich hinter sich lassen;
Bezugspersonen	vertraut der Therapeutin; Patientin kann sich von der Therapeutin führen lassen, dies wäre nicht bei jedem Therapeuten möglich; denkt, dass die Therapeutin sehr einfühlsam ist; Therapeutin merke es, wenn es für Patientin zu viel wird; Patientin schätzt, dass die Therapeutin auch sehr konsequent sein könne;

7.5 Diskussion

7.5.1 Methode zur reliablen Erfassung von Spannungslandschaften

Die erste Fragestellung von *Studie 3* befasste sich mit der Möglichkeit, eine Methode zur reliablen Erfassung von Spannungslandschaften korrektiver Erfahrungen zu entwickeln. Mit der im Rahmen dieser *Studie* entwickelten Methode wurden diverse Bestandteile von Spannungslandschaften erfasst. Diese waren einerseits die Zustände, und zwar als Ganzes, in ihren genauen Inhalten und in der Aufteilung der Inhalte auf den Ebenen der Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen, Motivationen und in der Beziehungsebene. Andererseits wurde jeder Zustand im Sinne einer Spannungslandschaft genauer charakterisiert. So wurde für jeden Zustand codiert, ob es sich um ein LM oder um einen IZ handelte, das Spannungsverhältnis zwischen jedem Zustandspaar und die Aktivierungsreihenfolge wurden codiert und jedem der drei Zeitpunkte *vor*, *während* und *nach* einer korrektiven Erfahrung wurden Zustände zugeordnet. Die Überprüfungen der Übereinstimmungen erfolgten an einer grossen Stichprobe von 55 Interviews, die 80% der Gesamtstichprobe an Interviews umfasste. Zur Verbesserung der Objektivität der Übereinstimmungs-Überprüfungen wurden diese von an der Durchführung der Auswertungsschritte unbeteiligten Studierenden vorgenommen.

Einzig für die Übereinstimmung der Zustandsinhalte mit Berücksichtigung der Ebenen wurde ein ungenügender Wert ermittelt. Dies ist vermutlich damit zu erklären, dass Studierende teilweise unterschiedliche Facetten desselben Phänomens (z. B. kognitiver und emotionaler Teil) wahrnahmen und somit unterschiedlichen Ebenen zuordneten. Ein genügender Wert wäre mit zusätzlichem Trainingsaufwand wahrscheinlich zu erreichen gewesen. Alle anderen Übereinstimmungswerte waren genügend bis ausgezeichnet. Ausgehend von dieser Datelage kann bestätigt werden, dass eine Methode zur reliablen Erfassung der hier untersuchten Eigenschaften von Spannungslandschaften entwickelt werden konnte.

Da die Reliabilität der Methode zur Erfassung von Spannungslandschaften einmal sichergestellt werden konnte, so stellte sich die Frage, ob die Methode auch valide sei und inwiefern

sie sich für die künftige Forschung eigne. Mit der reliablen Erfassung von Spannungslandschaften wurde eine Bedingung für die Sicherstellung der Validität dieser Erfassung erfüllt (s. Wirtz & Caspar, 2002). Für die eigentliche Bestimmung der Validität (der Erfassung von Spannungslandschaften sowie der zugrunde liegenden Konstrukten selbst) müssten die Daten jedoch mit geeigneten Drittvariablen korreliert werden, was im Rahmen der vorliegenden Dissertation nicht erfolgen konnte. Mangels besser fundierter Hinweise kann nach Augenschein beurteilt werden, ob die entstandenen Daten im Sinne konnektionistischer Modelle sinnvoll erscheinen und darin interpretierbar sind. Da dies der Fall zu sein scheint (s. nächstes Kapitel), ist somit ein Hinweis auf die Validität der Methode gegeben. Insgesamt muss aber die Frage nach der Validität offen gelassen werden.

Mit der akribischen Dokumentation der Auswertungsschritte wurde zweifellos eine Basis geschaffen, die eine erneute Anwendung und eine Weiterentwicklung der Methode ermöglichen würde. In Anbetracht des grossen Trainingsaufwandes zur Erreichung reliabler Daten sind jedoch zwei kritische Überlegungen anzustellen. Einerseits war der grösste Teil des Aufwandes für eine reliable Erfassung der Zustandsinhalte notwendig. Zustände sind jedoch, für sich alleine betrachtet, schwer interpretierbar, so dass für ihre Verwendung weitere sekundäre Auswertungen – samt dem damit verbundenen Aufwand – nötig sind. Andererseits waren die Daten zu den Spannungslandschaften (Art der Zustände, Aktivierungsreihenfolge, etc.) noch verhältnismässig unscharf, unter anderem deswegen, da sie dynamische Aspekte unberücksichtigt liessen. Zur Schaffung dieser Daten wurden in der vorliegenden Arbeit detailliert und aufwändig Zustandsinhalte erfasst. Es wäre jedoch denkbar, mit einem geringeren Aufwand und bei einem nur geringen Verlust an Reliabilität, zu ähnlichen Daten zu kommen. Würden hingegen genauere Informationen zu den Spannungslandschaften (z. B. zum Vorkommen und zur Wirkung von Modulatoren) benötigt, so wären vermutlich alle hier vorgenommenen, und noch weitere, Auswertungsschritte notwendig, womit der Gesamtaufwand aber noch grösser würde. Insgesamt lässt sich also sagen, dass die Methode für künftige Forschung anwendbar ist. Für viele Fragestellungen wären jedoch in Anbetracht des Aufwandes zunächst sekundäre Auswertungen des in dieser Arbeit geschaffenen Datensatzes zu empfehlen.

7.5.2 Spannungslandschaften

Die Fragestellungen 2a und 2b von *Studie 3* befassten sich mit der Abbildung der Prozesse korrektiver Erfahrungen mittels Spannungslandschaften, und zwar sowohl auf der Ebene von Sitzungen als auch von ganzen Psychotherapien. Die Prozesse von 39 korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen und 87 auf der Ebene von ganzen Psychotherapien konnten mit 18 „Basis-Spannungslandschaften“ abgebildet werden. Diese Basis-Spannungslandschaften gruppieren jeweils Spannungslandschaften einzelner korrektiven Erfahrungen, die bis auf die genauen Zustandsinhalte identisch waren. Die Basis-Spannungslandschaften wurden vom Autor, unter Berücksichtigung der Rohdaten, zu sechs übergeordneten „übergeordneten Spannungslandschaften“ gruppiert. Ziel dieser zweiten Gruppierung war die Identi-

fikation äquivalenter zugrunde liegender Prozesse, die dann im Einzelnen beschrieben werden konnten.

Sowohl auf der Ebene von Basis- als auch von übergeordneten Spannungslandschaften zeigte sich Folgendes:

- Sowohl auf der Ebene von Sitzungen als auch von ganzen Psychotherapien entsprach der grösste Teil der Spannungslandschaften dem Grundmodell der Anwendung konnektionistischer Modelle an korrektiven Erfahrungen (s. Kap. 2.2.2 und Caspar & Berger, 2012).
- Auf der Ebene von Sitzungen war dieser Anteil grösser als auf der Ebene von ganzen Psychotherapien.
- Es gab deutlich mehr Basis- und übergeordnete Spannungslandschaften „Wenn ich an mir arbeite, geht es mir besser“ auf der Ebene von ganzen Psychotherapien.
- Die übrigen Spannungslandschaften kamen entweder nur auf der Ebene von Sitzungen oder nur auf der Ebene von ganzen Psychotherapien vor.
- Trotz der Prädominanz von Basis- und übergeordneten Spannungslandschaften, die dem Grundmodell entsprachen, gab es zahlreiche vom Grundmodell abweichende Spannungslandschaften.

Die verschiedenen Basis- und übergeordneten Spannungslandschaften, aber auch die Individualität jeder Spannungslandschaft, die zu einer Basis- und übergeordneten Spannungslandschaft gruppiert wurde, unterstreichen die Idiosynkrasie jeder korrektiven Erfahrung. Gleichzeitig deutet die grosse Anzahl an übergeordneten Spannungslandschaften „Über den Hügel“ darauf hin, dass in vielen Fällen eine vorübergehende Spannungszunahme eine notwendige Bedingung für die Entstehung einer korrektiven Erfahrung darstellen könnte. Diese Befunde sind konsistent mit den Befunden anderer Studien, die Spannungsverläufe mit anderer Terminologie untersuchten: Sowohl die Einzigartigkeit von Therapeutischen Ereignissen als auch die vorübergehende Spannungszunahme wurden sowohl auf der Ebene von Sitzungen (Angus & Greenberg, 2009; Bridges, 2006; Flückiger & Studer, 2009; Mergenthaler, 1996; Timulak, et al., 2010) als auch von ganzen Behandlungen (Castonguay, et al., 2012; Clarke, et al., 2004; Cofer & Chance, 1950; Cummings & Hallberg, 1995; Hayes, et al., 2005; Hayes, et al., 2007; Hayes & Strauss, 1998; Higginson & Mansell, 2008; Klein & Elliott, 2006; Timulak, 2010) gefunden.

Insgesamt wurde mit *Studie 3* ein Beitrag geleistet, um die Existenz von Prozessen gemäss dem Grundmodell aufzuzeigen. Zum ersten Mal geschah dies am Untersuchungsobjekt „Korrektive Erfahrungen gemäss PSU-Definition“, mit einer Kombination von Methoden und an einer verhältnismässig grossen Stichprobe. Um nun das Wissen über den Zusammenhang zwischen dem Vorkommen korrektiver Erfahrungen und dem Vorkommen von Prozessen gemäss Grundmodells weiter zu vertiefen, kämen unter anderen zwei Untersuchungsmöglichkeiten in Frage. Zum einen könnte untersucht werden, ob das Vorkommen von Prozessen gemäss Grundmodell vs. abweichenden Modellen mit Drittvariablen (z. B. Outcomes) korre-

liert. Innerhalb des Grundmodells könnten aufgrund seiner grossen Häufigkeit zudem Subtypen gebildet werden. Zum anderen könnten die Prozesse von Kontrollgruppen untersucht werden, so zum Beispiel von anderen Therapeutischen Ereignissen oder von „durchschnittlichen“ psychotherapeutischen Abschnitten ohne ersichtliche Besonderheiten, und mit den Prozessen korrektiver Erfahrungen verglichen werden.

Die gefundenen Häufigkeiten von Basis- und übergeordneten Spannungslandschaften sind nur als ungefähre Werte interpretierbar. Dies betrifft auch die Gegenüberstellung der Ebenen von Sitzungen vs. der Ebene von ganzen Psychotherapien. Vor diesem Hintergrund kann über mögliche Gründe für die grössere Häufigkeit von übergeordneten Spannungslandschaften gemäss Grundmodell auf der Ebene von Sitzungen spekuliert werden. Ein naheliegender Grund betrifft die unterschiedliche Untersuchungsebene: möglicherweise unterscheiden sich die Prozesse von korrektiven Erfahrungen, die z. B. sowohl innerhalb als auch zwischen Sitzungen, über längere Zeit und wiederholt stattfinden (Ebene Psychotherapien), von einmaligen, umschriebenen Ereignissen während einzelner Sitzungen (Ebene Sitzungen). Andere mögliche Gründe sind methodischer Natur:

- Die zeitliche Nähe zu den Prozessen und das videogestützte Erinnern im Rahmen von BSR-Interviews könnte zu valideren Daten als im Rahmen von HEKSP-Interviews geführt haben.
- Im Rahmen von BSR-Interviews könnte es teilweise zu einer stärkeren Fokussierung oder Überschätzung der Spannung während des IZ, zu einer weniger starken Fokussierung oder Unterschätzung der Spannung während des ersten LM (welches während der Sitzung möglicherweise dank Modulatoren nur abgeschwächt oder gar nicht aktiviert war), oder zu beidem gekommen sein. Diese Verzerrungen könnten auch durch Haltungen von Interviewenden (s. Kap. 4.5) verstärkt worden sein.
- Im Rahmen von HEKSP-Interviews könnte es zu genau umgekehrten Effekten gekommen sein: durch den zeitlichen Abstand könnten die intensiven Gefühlen während IZ teilweise wieder vergessen worden sein, während das Leiden vor der Therapie (erstes LM) präsenter und durch Kontrastbildung mit dem aktuellen Zustand (zweites LM) verstärkt wahrgenommen worden sein könnten.

Mit denselben Überlegungen könnte die grössere Häufigkeit der Spannungslandschaften vom Typ „Wenn ich an mir arbeite, geht es mir besser“ auf der Ebene von ganzen Psychotherapien begründet werden. Eine Untersuchung derselben Zustände über Sitzungen hinweg und zusätzlich retrospektiv nach Psychotherapieabschluss könnte zu einer Erklärung dieser Unterschiede beitragen.

Das Fallbeispiel „Herr C.“ der übergeordneten Spannungslandschaft „Zweimal über den Hügel“ zeigte einen Patienten, bei dem *vor* der korrektiven Erfahrung zwei miteinander im Konflikt stehende Zustände alternierend aktiviert waren (s. Kap. 7.4.2.2.1). Es war davor angemerkt worden, dass solche Konflikte auch im Rahmen von übergeordneten Spannungslandschaften „(Einmal) über den Hügel“ vorkommen konnten. Die erste Situation erinnert an

einen „Schemakonflikt“ (Konflikt zwischen verschiedenen Schemata, die nicht zeitgleich aktiviert sein müssen), die zweite an ein „Konfliktschema“ (Konflikt zwischen unterschiedlichen motivationalen Grundlagen innerhalb ein- und desselben Schemas) (Grawe, 1998). Wie von Pohlmann (2011 und persönliche Mitteilungen im Zeitraum 2011-2012) eingehend diskutiert, schien nur in wenigen Fällen eindeutig, ob ein Schemakonflikt oder ein Konfliktschema vorlag. Für die Mehrheit der Situationen fehlte es hingegen an Beurteilungskriterien, da die Beurteilungsregeln (s. Kap. 7.3.3.2) dafür zu wenig differenziert waren. Mit der fünften Heuristik der Bildung von Zuständen waren im Zweifelsfall nach dem Ökonomie-Prinzip Lösungen zu bevorzugen, die eine geringere Anzahl an Zuständen aufwiesen. Insgesamt wurde somit die Anzahl an übergeordneten Spannungslandschaften „Zweimal über den Hügel“ möglicherweise unterschätzt. Eine Korrektur nach oben würde jedoch am Gesamtbild der Befunde und an dessen Interpretation wenig ändern, da übergeordnete Spannungslandschaften „Zweimal über den Hügel“, denen ein Konflikt-Schema zugrunde liegt, als Variante der übergeordneten Spannungslandschaft „(Einmal) über den Hügel“ anzusehen sind. Sollte jedoch die unterschiedliche Aktivierung von Schemakonflikten und Konfliktschemata im Rahmen von korrektiven Erfahrungen untersucht werden, so könnten sekundäre Auswertungen des entstandenen Datensatzes (s. Kap. 3) in Erwägung gezogen werden.

Die übergeordnete Spannungslandschaft „Es tut nur weh“, die mit einem IZ endete, umfasste hauptsächlich maladaptive psychotherapeutische Erfahrungen und durch kritische Lebensereignisse (Todesfälle nahestehender Personen) ausgelöste Erfahrungen. Obwohl diese Erfahrungen auch der PSU-Definition entsprachen und im Rahmen der Interviews angegeben wurden, unterschieden sie sich wesentlich von der Mehrheit an Erfahrungen, und zwar indem sie nicht adaptiv waren oder nichts mit der Psychotherapie zu tun hatten. Bei den übergeordneten Spannungslandschaften „Es tut nur weh“ waren solche ungewöhnliche Erfahrungen überrepräsentiert. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass sich die Prozesse, die „gewöhnlichen“ korrektiven Erfahrungen zugrunde liegen, von den Prozessen unterscheiden, die der Verarbeitung anderer Erfahrungen dienen.

Die übergeordneten Spannungslandschaften „Es geht mir schlechter“ und „Es ändert sich nicht viel“ wiesen, trotz Unterschiede in der Spannung des zweiten LM, prozessual starke Ähnlichkeiten mit der übergeordneten Spannungslandschaft „Über den Hügel“ auf. Möglicherweise waren die dazugehörenden korrektiven Erfahrungen und die zugrunde liegenden Prozesse noch nicht abgeschlossen, so dass auch in den Spannungslandschaften Zwischenstadien abgebildet wurden. Diese Annahme könnte mit einer Berücksichtigung dynamischer Elemente von Spannungslandschaften untersucht werden.

Insgesamt lässt sich diese *Studie* als ein erster, methodisch fundierter Versuch werten, das Wirken konnektionistischer Modelle an einem psychotherapeutisch bedeutsamen Faktor zu untersuchen. Dabei schien sich der grösste Teil der korrektiven Erfahrungen sowohl auf der Ebene von Sitzungen als auch von ganzen Psychotherapien gemäss den Schritten des Grundmodells oder Varianten davon zu ereignen. Mit den detaillierten Auswertungen an

einer ungewöhnlich grossen Stichprobe wurde eine solide Datenbasis etabliert, die die Verifizierung und Vertiefung vieler Forschungsfragen ermöglichte.

7.5.3 Limitationen

Für Limitationen, die das den *Studien* gemeinsame Vorgehen betreffen, s. Kap. 8.5.

Diese *Studie* wurde ohne Vergleichsgruppe (z. B. Spannungslandschaften von unterschiedlichen psychotherapeutischen Prozessen oder von „ereignislosen“ und „durchschnittlichen“ Psychotherapieabschnitten) durchgeführt. Damit bestand eine Konfundierung zwischen dem Vorkommen korrektiver Erfahrungen und den in Form von Spannungslandschaften erfassten Prozessen. Eine blinde Durchführung von Vergleichsinterviews wäre jedoch kaum möglich gewesen. Zudem bestand das Ziel dieser *Studie*, die in einem frühen Forschungsstadium geplant wurde, in der Abbildung der Prozesse korrektiver Erfahrungen an sich und nicht in der Abgrenzung zu anderen Prozessen. Erst nach Abschluss der vorliegenden Arbeit wäre eine solche Abgrenzung als nächster Forschungsschritt angemessen (s. oben).

Die Bildung von übergeordneten Spannungslandschaften erfolgte ohne Triangulierung in Form von Übereinstimmungsprüfung, Konsensbildung oder beidem. Auch aus diesem Grund dürfen die gefundenen übergeordneten Spannungslandschaften vorerst ausschliesslich als provisorische Befunde bewertet werden, die repliziert werden sollen.

Die Erfassung der Spannungslandschaften berücksichtigte ihre dynamischen Eigenschaften nicht, so zum Beispiel das Vorhandensein und Wirken von Modulatoren, Wechsel in der Aktivierung verschiedener Zustände und Spannungsveränderungen. Mit der detaillierten Erfassung von Zustandsinhalten wurde jedoch eine Datenbasis geschaffen, mit der solche Eigenschaften mit hoher Qualität und mit vertretbarem Aufwand untersucht werden könnten.

Die Interviewauswertungen hatten auf manifester Ebene zu verbleiben. Damit mussten mangelnde Fähigkeit oder Motivation von Patientinnen und Patienten, Auskünfte zu geben, in Kauf genommen werden. Eine mangelnde Motivation schien jedoch sehr selten zu bestehen. Mit Interviews, die reichlich Zeit liessen und im Fall der Ebene von Sitzungen auch mit Unterstützung von Videoaufnahmen erfolgten, wurden zudem optimale Bedingungen für die Nutzung von vorhandenen Fähigkeiten erstellt. Dies kann als akzeptable Kompromisslösung erachtet werden.

Die Interviewdurchführungen und -auswertungen erfolgten zwar teilweise nach Heuristiken, häufig erforderten sie jedoch zusätzlich klinische Einschätzungen. Es stellt sich die Frage, ob Studierende ohne klinische Erfahrung dafür genügend qualifiziert waren. Insgesamt muss diese Frage offen gelassen werden. Mit einem langen und intensiven Training und sehr zahlreichen Besprechungen von Einzelfällen wurden jedoch auch hier optimale Bedingungen geschaffen, um innerhalb der Grenzen der Studierenden und des Autors möglichst valide Beurteilungen vorzunehmen.

8 Diskussion

8.1 Integrierende Zusammenfassung der Befunde

Die vorliegende Arbeit befasste sich mit der Erforschung von Psychotherapie-Prozessen an einer Stichprobe von Psychotherapie-Patientinnen und –Patienten, die nach den Prinzipien der Psychologischen Therapie (Grawe, 1998) behandelt wurden und behandelt worden waren. Sie entstand innerhalb des übergeordneten Forschungsprojekts „Korrektive Erfahrungen“ der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der Universität Bern (Caspar & Berger, 2006), welches den bedeutsamen psychotherapeutischen Wirkfaktor „korrektive Erfahrung“ untersuchte. Diese wurde gemäss einer international anerkannten und schulneutralen Definition als *„ones in which a person comes to understand or experience affectively an event or relationship in a different and unexpected way“* (Castonguay & Hill, 2012a, S. 5) definiert. Neben dieser Definition dienten konnektionistische Modelle (Caspar, 1998; Caspar, et al., 1992; McClelland, et al., 1986) und ihre Anwendung in Form von „Spannungslandschaften“ (Caspar & Berger, 2007; Caspar & Berger, 2012) als theoretische Rahmenbedingungen.

Es galt, die Formen und Emotionen von korrektiven Erfahrungen zu beschreiben und ihre Prozesse konnektionistischen Modellen folgend abzubilden. Wie von der internationalen Expertengruppe, die die erwähnte Definition prägte, empfohlen (Hill, et al., 2012), wurde eine multimethodische und multiperspektivische Untersuchung angelegt. Mit zwei Stichproben wurden die korrektiven Erfahrungen von Patientinnen und Patienten durch Interviews erhoben, und zwar sowohl auf den Ebenen von Sitzungen als auch von ganzen Psychotherapien. Neben den quantitativen und qualitativen Auswertungen dieser Interviews wurden Therapeutinnen- und Therapeutenbefragungen sowie Beobachtenden-Beurteilungen von Psychotherapie-Sitzungen vorgenommen. Es wurde somit eine quantitativ wie qualitativ hochwertige Datenbasis geschaffen, die akribisch dokumentiert (s. Anhang), in den Archiven der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ und der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“, beide Universität Bern, abgespeichert und im Rahmen von drei *Studien* in der vorliegenden Dissertation teilweise ausgewertet wurde. Mit dieser Datenbasis könnten zudem mit verhältnismässig geringem Aufwand weitere Auswertungen durchgeführt werden.

Mit der *Studie 1* wurden die Formen korrektiver Erfahrungen untersucht. Diese Formen wurden dafür als Kombination verschiedener topographischer Eigenschaften definiert. Damit kristallisierten sich zwei Grundformen heraus. Am häufigsten waren „kumulative“ korrektive Erfahrungen, also korrektive Erfahrungen, die aus wiederholten Episoden bestanden. Die Intensität dieser Episoden war hoch und blieb über die Wiederholungen hinweg konstant. Patientinnen und Patienten berichteten am Schluss, dass sie noch weitere Wiederholungen bräuchten, um nachhaltige positive Folgen der Erfahrung zu erreichen. Einige wenige korrektive Erfahrungen bestanden hingegen aus einer einzelnen Episode. Die Intensität dieser ein-

zelen Episoden war ebenfalls hoch, im Unterschied zu kumulativen Erfahrungen gaben hier Patientinnen und Patienten jedoch an, keine Wiederholungen zu benötigen.

Mit der *Studie 2* wurde die Beschreibung korrektiver Erfahrung weitergeführt, gleichzeitig wurde auch ein erwartetes Korrelat konnektionistischer Modelle untersucht, und zwar eine Zunahme der emotionalen Aktivierung *während* korrektiver Erfahrungen. Dazu wurden in der *Studie 2* sechs Emotionen von Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung und von Sitzungen ohne korrektive Erfahrungen analysiert. Sitzungen mit einer korrektiven Erfahrung wiesen dabei mit negativen und positiven Emotionen sowie Traurigkeit und „Sich-Verstanden-Fühlen“ deskriptiv höhere Werte auf. Diese Emotionen zeigten erwartungsgemäss tendenziell *während* korrektiver Erfahrungen die höchsten, *nach* korrektiven Erfahrungen die tiefsten Ausprägungen. Die Emotion Ärger war hingegen, wenn überhaupt, fast nur *vor* korrektiven Erfahrungen vorhanden. Schliesslich war die Emotion Angst in der untersuchten Stichprobe kaum ausgeprägt, und zwar unabhängig vom Vorkommen und vom Zeitpunkt korrektiver Erfahrungen.

In der *Studie 3* wurden schliesslich die Prozesse korrektiver Erfahrungen untersucht. Dies erfolgte mit einer Vertiefung der Anwendung konnektionistischer Modelle an korrektiven Erfahrungen. Es wurde eine reliable Methode entwickelt, um das Vorkommen und die Qualität von psychischen Zuständen, definiert als zusammen auftretende Kognitionen, Emotionen, Verhaltensweisen und Motivationen, zu untersuchen. Damit konnten die Zustände untersucht werden, die im Ablauf von korrektiven Erfahrungen aktiviert gewesen waren. Mit diesen wurden schliesslich die den korrektiven Erfahrungen zugrunde liegenden Spannungslandschaften abgebildet. Es zeigte sich, dass bei einer grossen Mehrheit der korrektiven Erfahrungen der Übergang zu einem weniger symptomatischen und spannungsärmeren Zustand zunächst die Aktivierung eines „Instabilen Zustandes“ erforderte, also eines Zustandes, der eine vorübergehende Intensivierung des Leidensdruckes bedeutete.

Alle drei *Studien* bestätigten die Idiosynkrasie von korrektiven Erfahrungen. Um dennoch ein plastisches Bild der häufigsten bzw. durchschnittlichen Ausprägungen aller in den drei Studien untersuchten Variablen vermitteln zu können, folgt nun eine verfremdete und allgemein gehaltene vierteilige Beschreibung einer korrektiven Erfahrung in einer Sitzung sowie von einer korrektiven Erfahrung auf der Ebene einer ganzen Psychotherapie. Um die möglichen verzerrenden Einflüsse der Methoden auf die Daten aufzuzeigen, werden die Interviews und ihre Umstände ebenso berücksichtigt.

1. Kontaktaufnahme durch die Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ und Psychotherapie-Sitzung

Wer ruft da an? Hallo, hier ist Frau G. Grüezi, Herr X von der Universität Bern. ... Worum geht es genau in Ihrer Studie? ... Ja, ich nehme gerne daran teil. ... Ich bin mit der Behandlung an der Praxisstelle sehr zufrieden, da mache ich, aus Dankbarkeit, auf jeden Fall mit, wenn sie von der Praxisstelle aus eine Studie durchführen. Was wohl mit ‚meinen Erfahrungen in der Therapie‘, über die ich interviewt werden soll, genau gemeint sein wird? ...

Ich befinde mich nun in der Psychotherapie-Sitzung, nach welcher das Interview stattfinden wird. Ich erzähle in der Sitzung von einem alltäglichen Ereignis, das mich jedoch immer noch stark beschäftigt. Wenn ich es mir genau überlege, ist diese Situation ähnlich wie viele andere, die ich schon viele Male erlebt habe und von denen ich in der Therapie teilweise schon erzählt hatte. Trotzdem gerate ich immer wieder in solche unangenehme, ärgerliche Lagen. Wenn ich das hier in der Therapie erzähle, ist das aber nur halb so schlimm. ... Ich vertiefe mich wieder in die Situation, schildere weitere Details. Über die Hälfte der Therapiesitzung ist sicher schon vergangen. ... Plötzlich macht die Therapeutin eine unerwartete Bemerkung. Ich glaube zu wissen, was sie eigentlich meint, ich bin aber nicht sicher und sage zunächst, dass ich das nicht verstanden habe. Sie erklärt es mir nun ausführlicher. Das stellt meine bisherige Wahrnehmung solcher Situationen auf den Kopf. Und es stellt mich selber in Frage. Mein Puls ist erhöht. Das Ganze ist schwierig auszuhalten, einiges wird mir damit allerdings klarer. Als ich realisiere, was das Ganze genau bedeutet, werde ich nachdenklich, ja nahezu traurig. ... Das wäre nicht bei jeder Person so möglich gewesen, zu der Therapeutin habe ich jedoch ein grosses Vertrauen. ... Ungefähr acht Minuten nach der unerwarteten Bemerkung der Therapeutin bin ich wieder gefasster. Ich fühle mich ruhiger, sehe die alltägliche Situation, über die ich zu Beginn der Stunde erzählte, mit anderen Augen. Ich bin zuversichtlich, dass ich dank der soeben gewonnenen Einsicht solche Situationen künftig besser meistern werde. ... Oh, die Therapiezeit ist schon vorüber. Vielen Dank, auf Wiedersehen, bis nächsten Montag um dieselbe Zeit.

...

2. „Interview Sitzung“

Wer ist nun da? Ach ja, natürlich, das Interview! Grüezi, Herr X. ... Der Interviewer will wissen, ob ich in dieser Sitzung etwas Neues erlebt habe, was zu einer Veränderung führen könnte. Da muss ich nicht lange überlegen, um das bestätigen zu können, hat sich doch soeben etwas Grundlegendes verändert. Ich erzähle, wie ich Situationen nun neu wahrnehmen kann. Aber das scheint nicht genau das zu sein, was der Interviewer wissen möchte. Er will wissen, *wie* es zu dieser neuen Wahrnehmung gekommen sei. Ja, klar, die hat die Therapeutin durch ihre unerwartete Bemerkung ausgelöst. Wann das passiert sei? Das weiss ich nicht mehr so genau. Sicher nach der ersten Hälfte der Sitzung. Ob ich damit einverstanden sei, die genaue Stelle mit der Videoaufnahme der Sitzung zu identifizieren? Ach ... Das wird spannend! In Ordnung, machen wir das. ... Ich sehe im Video, wie sich die Szene genau abgespielt hat. Oh, ich hatte gar nicht realisiert, dass es so verlaufen war! Und wie ich gewirkt habe! Aber ja, darum ging es. Ja, genau so war es. ... Nachdem ich nun die Videosequenz angeschaut habe, soll ich die Erfahrung nochmals zusammenfassen. Ich erzählte also von einer Alltagsituation, aber auch allgemein von ähnlichen Situationen. Da machte die Therapeutin diese Bemerkung über mich. Da wurde mir auf einmal ein Muster von mir klar, und warum ich immer wieder in dieses Muster falle. Jetzt sehe ich durch solche Situationen klarer durch, damit werde ich mich sicherer fühlen können. ... Der Interviewer teilt das Ereignis in drei Phasen: zuerst war mein altes Muster in solchen Situationen, in der zweiten Phase die geschilderte Erkenntnis, nun das neue Selbstbewusstsein. Ob ich das so bestätigen könne? Ja, das tönt einleuchtend. ... Wir diskutieren nun sehr ausführlich über jede der drei Phasen. Viele Faktoren haben zum Erlebnis während der ersten Phase beigetragen. ... Ob ich die Erkenntnis der zweiten Phase tatsächlich zum ersten Mal gehabt hätte? Hm. Da kommen Zweifel auf. Schliesslich hatte ich während der Therapie schon einige Male über ähnliche Situationen erzählt. Insgesamt würde ich trotzdem sagen, dass ich das zum ersten Mal so sehen konnte. Ob ich während der zweiten Phase insgesamt mehr negative Gefühle als in der ersten und dritten Phase gehabt hätte? Vielleicht ja, gut möglich. Während der Sitzung war es sonst nie so anspruchsvoll gewesen. Der Interviewer zeigt mir dies noch auf einer Graphik zur „Spannung während des Prozesses“. Das leuchtet sehr ein, so hatte ich es mir zwar noch nie überlegt, aber das bildet sehr gut ab, was sich bei mir abge-

spielt hat. Das kann ich gut aus diesem Interview mitnehmen, das ist wie eine neue Psychotherapie-Sitzung. ...

3. Weiterer Verlauf der Psychotherapie

Die Sitzung und das Interview wirken noch eine Weile nach. In den nächsten Tagen denke ich immer wieder daran, manchmal sogar während ähnlicher Situationen, wie ich sie im Interview besprochen habe. Mit der Zeit kehrt jedoch der Alltag wieder ein, es gibt neue Ereignisse, neue Therapiesitzungen, neue Einsichten, neue Schwierigkeiten, neue Erfolgserlebnisse. Wenn ich darüber nachdenke, fällt mir auf, wie sich mein Leben seit Beginn der Therapie in vielen Bereichen geändert hat. Ich habe nach wie vor viele Schwierigkeiten und kann mit gewissen Situationen nicht so umgehen, wie ich das gerne hätte. Jedoch habe ich während der Therapiezeit insgesamt deutlich an Lebensqualität gewonnen. ... Ich gehe immer noch gerne in die Therapie, weiss aber langsam nicht mehr, was ich besprechen soll. Ich gehe deswegen immer seltener hin. ... Da ich alle Therapieziele ganz oder teilweise erreicht habe, schliesse ich die Therapie nach ungefähr 40 Sitzungen bzw. zwei Jahren in gegenseitigem Einverständnis mit der Therapeutin ab. ...

4. „Interview Therapie“

Wer ruft da an? Hallo, hier ist Frau Muster. Grüezi, Frau von der Universität Bern. Ach ja, natürlich, das Interview, an dem ich während der Therapie teilgenommen hatte. Sie sagen, es ging damals um eine einzige Sitzung? Ich wusste das gar nicht mehr so genau. Ja, ich mache gerne nochmals mit und lasse mich in Bezug auf die ganze Therapie interviewen. ... Grüezi, Herr Interviewer. ... Ja, ich erlebte während der Therapie viele Veränderungen. Aha, Sie meinen die Erfahrungen, die zu diesen Veränderungen führten? Da muss ich kurz überlegen. ... Und eine dritte wichtige Erfahrung war sicher die Stärkung meines Selbstvertrauens. Ich fühle mich heute selbstsicherer und kann auch selbstbewusster auftreten. Das war vor der Therapie nicht so, deswegen hatte ich auch eine angefangen. Das war so schlimm. ... *Wie* es zu dieser Veränderung gekommen ist? Es haben viele Sachen dazu beigetragen. Ganz wichtig war auf jeden Fall, in der Therapie darüber zu reden. Und dafür war die gute Beziehung zur Therapeutin wesentlich. Es brauchte viele Gespräche während Psychotherapie-Sitzungen, aber auch viele Übungen dazwischen. Ich habe nämlich auch eingesehen, dass ich mich meinen Ängsten stellen muss, und dass nur Übung den Meister macht. Das war nach wenigen Therapiesitzungen eigentlich bereits klar, trotzdem blieb das Ganze bis zum Schluss ein Thema. Ich muss die Prozesse heute noch immer wieder weiterführen. Es war sicher eine intensive Erfahrung, und zwar jedes Mal. Nein, die Intensität schwankte zwar von Sitzung zu Sitzung, nahm aber insgesamt nicht ab. ... Ob es sonst noch etwas Wichtiges gab? Ja, ich musste gewisse Grenzen von mir akzeptieren. Das war nicht immer angenehm. ... Der Interviewer teilt die Erfahrung in drei Phasen ein: 1. tiefer Selbstwert vor der Therapie; 2. sich Ängsten stellen und Sachen über sich verstehen; 3. hoher Selbstwert. Ob ich damit einverstanden bin? Ja, ungefähr so kann man das sagen, es leuchtet ein. Wie denn meine Gefühle während der drei Phasen gewesen seien? Ich beschreibe diese ... Ob in einer der drei Phasen die Gefühle am schwierigsten zum Aushalten gewesen seien? Das kann ich nicht genau sagen. Es ging mir vor der Therapie wirklich nicht gut, mich den Ängsten zu stellen, war aber auch nicht einfach. Ja, man könnte schon sagen, dass die Spannung dort am intensivsten war. ... Herr Interviewer zeigt mir dies noch auf einer Graphik zur „Spannung während des Prozesses“. Das leuchtet sehr ein, so hatte ich es mir zwar noch nie überlegt, aber das bildet sehr gut ab, was sich bei mir abgespielt hat. Das kann ich gut aus diesem Interview mitnehmen, das ist wie eine Vertiefung der Psychotherapieprozesse. ... Das Interview war eine sehr interessante Erfahrung. Ich bin froh, dass ich mitgemacht habe. Auch wüsste ich gerne, was mit meinem Interview genau geschehen wird...“

Was mit den vielen persönlichen Erzählungen der Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer geschehen ist, wurde in den drei *Studien* präsentiert und dort bereits auf der Ebene der jeweiligen *Studie* diskutiert. In den nächsten zwei Kapiteln folgt nun eine Diskussion in Bezug auf übergeordnete Erkenntnisziele.

8.2 Phänomenologie korrektiver Erfahrungen

Das empirische Wissen um die Phänomenologie korrektiver Erfahrungen gemäss PSU-Definition ist einerseits wegen der Neuheit der Definition (Castonguay & Hill, 2012a), andererseits wegen allgemein fehlenden empirischen Untersuchungen über korrektive Erfahrungen (Castonguay & Hill, 2012b; Thomä & Kächele, 1989) noch gering. Mit der vorliegenden Arbeit wurde ein Beitrag zur Erweiterung dieser Datenlage geleistet. Für viele der hier untersuchten Variablen waren bisher noch keine empirischen Daten zu korrektiven Erfahrungen veröffentlicht worden, darunter auch für Variablen, die für die Theoriebildung besonders bedeutsam sind. Hierfür werden in den folgenden zwei Abschnitten Beispiele diskutiert.

Die Anzahl Episoden, die korrektive Erfahrungen bildet, und der Verlauf ihrer Intensität geben Hinweise auf mögliche zugrunde liegende Verarbeitungsprozesse. Einzelne intensive Episoden, viele nicht so intensive Episoden (s. Grosse Holtforth & Flückiger, 2012) oder aber, wie in *Studie 1* für eine Mehrheit herausgefunden, kumulative korrektive Erfahrungen mit wiederholten intensiven Episoden erfordern zu ihrer Erklärung unterschiedliche theoretische Herangehensweisen. Das Grundmodell der Anwendung konnektionistischer Modell an korrektive Erfahrungen (s. Kap. 2.2.2), welches gemäss den Befunden von *Studie 3* die Prozesse einer Mehrheit der korrektiven Erfahrungen abbildet, kann diesem Befund Rechnung tragen. Es sieht nämlich vor, dass die einmalige Aktivierung des zweiten LM nur selten nachhaltig bleibt. In vielen Fällen wirkt das erste LM nämlich nach wie vor als Attraktor und wird mit der Zeit wieder aktiviert. Wiederholte Zyklen sind notwendig, damit die Aktivität des zweiten LM nachhaltig werden kann. Dabei ist jedes Mal ein Übergang über den IZ notwendig, was eine vorübergehende Spannungszunahme bedeutet und subjektiv als „intensiv“ erlebt wird. Mit zunehmender Anzahl Wiederholungen kann dieser Übergang eine geringere Spannungszunahme involvieren, muss aber nicht (Caspar & Berger, 2012).

Ein weiteres Beispiel für theoretisch bedeutsame Befunde betrifft die Emotionen, die *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen erlebt werden. Die Befunde zeigten, dass bei jeder Patientin bzw. bei jedem Patient mindestens eine Emotion *während* der korrektiven Erfahrung deutlich ausgeprägter war als davor sowie danach. Für eine Mehrheit war dies die Emotion „Traurigkeit“, jedoch nicht bei allen. „Angst“ und „Ärger“ schienen in je einem Fall eine wichtige Rolle zu spielen, bei anderen jedoch nicht. Schliesslich gab es auch für allgemeinere Emotionen („negative Emotionen“, „positive Emotionen“ und „Sich-Verstanden-Fühlen“) keinen allgemeingültigen Verlauf. Was bedeutet es nun für einen psychotherapeutischen Ansatz, dass korrektive Erfahrungen durchaus emotional zu sein scheinen, die Natur ihrer Emotionen jedoch a priori nicht genau vorhergesagt werden kann? Lässt sich daraus auf jeden Fall eine Empfehlung für individualisierte Vorgehensweisen ableiten, wie dies in

der Psychologischen Therapie (Grawe, 1998), nach deren Prinzipien die untersuchten Behandlungen durchgeführt wurden, geschieht? Oder sind diese Befunde teilweise auch als Artefakte zu verstehen, gerade bedingt durch die Behandlungsform?

Solche Fragen lassen sich mit der jetzigen Datenlage nicht beantworten. Sie zeigen jedoch die Bedeutsamkeit von fundiertem phänomenologischem Wissen zu korrektiven Erfahrungen.

Mit der vorliegenden Arbeit wurde ein vielseitiges Bild der phänomenologischen Eigenschaften korrektiver Erfahrungen gewonnen. Dieses Bild wurde zum ersten Mal anhand einer Kombination zuverlässiger Methoden, mehrerer Perspektiven und an einer verhältnismässig grossen Stichprobe ermittelt. Um dieses Bild weiter zu vervollständigen, könnten ergänzende Studien beispielsweise die folgenden Fragestellungen untersuchen:

- Worin bestehen die Inhalte korrektiver Erfahrungen (s. dazu Heatherington, et al., 2012; Timulak, 2007)? Marti (2013) untersuchte dazu in ihrer Masterarbeit bereits eine Teilstichprobe des vorliegenden Datensatzes. Diese Pilotstudie könnte vertieft und erweitert werden.
- Würden sich abweichende Befunde ergeben, wenn die hiesigen Variablen aus Therapeutinnen- und Therapeutenperspektive untersucht würden? Die Masterarbeit von Dähler (2014) weist bereits auf teilweise grosse Unterschiede hin.
- Sind neben den Emotionen weitere Unterschiede zwischen den Zeitpunkten *vor*, *während* und *nach* korrektiven Erfahrungen feststellbar?
- Sind korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen tatsächlich Episoden von kumulativen korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Psychotherapien?
- Die untersuchten Variablen könnten miteinander kombiniert werden. Damit könnten beispielsweise Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen während / zwischen Sitzungen (s. *Studie 1*) und der Art von Spannungslandschaften (s. *Studie 3*) untersucht werden.
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen auf phänomenologischer Ebene zwischen korrektiven Erfahrungen gemäss PSU-Definition und anderen Therapeutischen Ereignissen?
- Welche Befunde würden sich für die vorliegenden Variablen an unterschiedlichen Stichproben (z. B. mit unterschiedlicher Behandlungsmethode) ergeben?
- Würden sich für die vorliegenden Variablen ähnliche Befunde ergeben, wenn sie von unabhängigen Forscherinnen und Forscher untersucht würden?

8.3 Korrektive Erfahrungen als Psychotherapie-Prozesse

Psychotherapie-Prozesse können in „eigentliche Prozesse“ und „Mini-Outcomes“ (s. Abbildung 1, S. 17) eingeteilt werden. In Bezug auf das Grundmodell korrektiver Erfahrungen (s. Kap. 2.2.2) könnte dies bedeuten, dass der IZ den eigentlichen Prozess darstellt, während das zweite LM bereits ein Mini-Outcome der korrektiven Erfahrung zeigt. Für diese Interpre-

tation sprechen qualitative Unterschiede zwischen den zwei Zuständen. Es kann nämlich im Allgemeinen davon ausgegangen werden, dass der grösste Teil des Erlebens relativ konstant ist, während bedeutsame Veränderungsprozesse nur selten stattfinden. Nun eignet sich der IZ im Grundmodell durch seine grosse Spannung und seine nicht eng zusammenpassenden Inhalte dazu, um selten vorkommende Veränderungsprozesse zu verstehen. Das zweite LM hat hingegen ein grösseres Potential, über längere Zeit aktiviert zu bleiben, und seine vergleichsweise geringere Spannung lässt sich als erste positive Folge, d.h. als Mini-Outcome, des Veränderungsprozesses interpretieren. In dieselbe Richtung kann auch die übergeordnete Spannungslandschaft „Es tut nur weh“ (s. Kap. 7.4.2) interpretiert werden. Sie war nämlich die einzige, die im letzten Zustand ein IZ aufwies, die zugrunde liegenden korrektiven Erfahrungen waren jedoch meistens keine gewöhnlichen.

Diese Einteilung in „eigentlicher Prozess“ vs. „Mini-Outcome“ darf jedoch nur behutsam vorgenommen werden, denn sie setzt die Validität des Grundmodells und der Befunde der *Studie 3* voraus. Letztere wird jedoch teilweise durch das subjektive Erleben der Patientinnen und Patienten in Frage gestellt; diese berichteten nämlich über jeweils eine kohärente Erfahrung, mit dazugehörenden Empfindungen, neuen Verhaltensweisen, nachträglichen Überlegungen, Erfolgserlebnissen, sporadischen Bemerkungen über die Therapeutinnen und Therapeuten, persönliche Hintergründen, situative Umstände, etc. Die in den Interviews folgenden Einteilungen in Zeitpunkte und unterschiedliche Spannungshöhen, die Fixierung von Erleben zu bestimmten Zeitpunkten etc. leuchteten Patientinnen und Patienten meistens ein und wurden von ihnen bestätigt. Diese Auswertungen stellten jedoch einen Einbruch in die Subjektivität der Patientinnen und Patienten dar und liessen sich kaum auf wirklich befriedigende Weise mit der berichteten Geschichte vereinen. Dies könnte sich verbessern, wenn Auswertungen der dynamischen Elemente von Spannungslandschaften vorgenommen würden. So lange aber dazu keine Daten vorliegen, ist es jedoch vorsichtiger, ganze korrektive Erfahrungen oder ganze Spannungslandschaften als Psychotherapie-Prozess zu werten und noch nicht zwischen „eigentlichen Prozessen“ und „Mini-Outcomes“ zu unterscheiden.

Nach diesen Bemerkungen zur Einordnung der Befunde in die allgemeine Psychotherapie-Prozessforschung folgt nun eine Vertiefung in Anlehnung an die übergeordneten Erkenntnisziele und Fragestellungen des Forschungsprojekts „Korrektive Erfahrungen“.

Ein erstes Erkenntnisziel des Forschungsprojekts „Korrektive Erfahrungen“ betraf die Ebenen (kognitiv, emotional, etc.), die im Ablauf korrektiver Erfahrungen gleichzeitig aktiviert und verändert werden (Caspar & Berger, 2006). Zumal die Einteilung der Zustandsinhalte in die Zustandsebenen nicht reliabel erfolgen konnte (s. Kap. 7.3.3.2.2.3), können die vorliegenden Befunde zu diesem Punkt keine Antwort liefern. Immerhin war feststellbar, dass für jede korrektive Erfahrung und jeden Zustand ausnahmslos Inhalte auf allen Ebenen beschrieben wurden. Es sei daran erinnert, dass nur „genügend relevante“ Inhalte zu beschreiben waren. Insgesamt könnte dies somit bedeuten, dass sich korrektive Erfahrungen in der Regel auf mehreren Ebenen abspielen. Möglich wäre jedoch auch die hauptsächliche Aktivierung von

nur einer Ebene, also zum Beispiel eine korrektive Erfahrung, bei der vor allem kognitive, aber nur wenige emotionale Veränderungen stattfinden. Eine Vertiefung der Befunde der Masterarbeiten von Renggli (2013) und Schmid (in Bearbeitung), die das Ausmass an Zustandsveränderung durch korrektive Erfahrungen untersuchten bzw. noch untersuchen, könnte dafür empirische Beweise liefern.

Ein zweites Erkenntnisziel war die Untersuchung des postulierten Bedarfs an Destabilisierung als Bedingung für das Zustandekommen korrektiver Erfahrungen. Damit verbunden war auch die Frage, ob eine hohe emotionale Aktivierung ebenso notwendig oder als Epiphänomen zu verstehen sei (Caspar & Berger, 2006). Mit dem hier realisierten Untersuchungssetting kann die Frage nach der Kausalität (Bedingung vs. Epiphänomen) nicht beantwortet werden. Anhand der Befunde von *Studie 2* und *Studie 3* kann jedoch gesagt werden, dass sowohl emotionale Aktivierung als auch Destabilisierung (in Form von Aktivierung instabiler Zustände) zu den meisten korrektiven Erfahrungen gehören. Eine Ausnahme bildete möglicherweise die übergeordnete Spannungslandschaft „Wenn ich an mir arbeite, geht es mir besser“, bei der zwar auch ein IZ involviert war, dieser jedoch eine geringere Spannung als das Ausgangs-LM aufwies. Auch dort ist eine Destabilisierung jedoch nicht auszuschliessen, denn möglicherweise war der Leidensdruck im Ausgangs-LM deswegen so hoch, weil sich das System in einem Zustand einer konstanten Destabilisierung befand.

Drittens befasste sich das Forschungsprojekt „Korrektive Erfahrungen“ mit der Beschreibung von Zuständen, in denen therapeutische Interventionen besonders wirksam sein können (Caspar & Berger, 2006). Auch diesbezüglich bietet die vorliegende Arbeit nur erste indirekte Antworten an. In *Studie 1* wurde festgestellt, dass das Vorhandensein zahlreicher Kontextfaktoren parallel mit dem Geschehen korrektiver Erfahrungen einhergeht. Dies kann als Hinweis gedeutet werden, dass korrektive Erfahrungen häufig tiefgreifende Muster betreffen, die das Erleben und Verhalten in unterschiedlichen Situationen beeinflussen. Selbst wenn in einer Sitzung nur oberflächlich über eine zuvor beschriebene Situation gesprochen wird, könnte eine Intervention erst dann wirksam werden, wenn auch das zugrunde liegende Muster, bewusst oder nicht bewusst, aktiviert ist. Dazu passten auch der Befund der *Studie 1*, wonach die meisten korrektiven Erfahrungen kumulativ waren sowie die Hypothese, wonach korrektive Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen Episoden für korrektive Erfahrungen auf der Ebene von ganzen Psychotherapien darstellen.

Neben diesen und anderen Erkenntniszielen wurden ausserdem konkretere Fragestellungen formuliert. Eine davon betraf den Zusammenhang zwischen selbstorganisierten vs. selbstregulierten Verarbeitungsmodi (Brüdern, in Bearbeitung; Schiepek, 1999; Schiepek et al., 2000) und dem Vorkommen korrektiver Erfahrungen. Mit den erhobenen Daten kann zu dieser Fragestellung keine schlüssige Antwort gegeben werden. Es gab jedoch diverse Hinweise darauf, dass Patientinnen und Patienten die ablaufenden Prozesse nicht vollständig bewusst erlebten. Dies zeigte sich beispielsweise an der häufigen Einstufung von korrektiven Erfahrungen auf der Ebene von Sitzungen als neu und an der Schwierigkeit, über die Prozesse (vs.

über die Folgen) korrektiver Erfahrungen nachzudenken. Mit der gebotenen Vorsicht können diese Hinweise dahingehend interpretiert werden, dass Selbstorganisation mindestens teilweise zu den Prozessen korrektiver Erfahrungen gehören kann.

Schliesslich war geplant, qualitativ reichhaltiges Material zu sammeln, mit welchem unterschiedliche, unter anderem qualitative Auswertungen durchgeführt werden konnten. Dies ist mit der vorliegenden Arbeit bereits teilweise geschehen. Mit dem im Anhang beschriebenen Datensatz besteht zudem eine Basis zur Untersuchung noch offener Fragen.

8.4 Relevanz der Befunde

Die vorliegende Arbeit dient der Grundlagenforschung über korrektive Erfahrungen. Aus diesem Grund kommt ihr eine theoretische Bedeutung in folgenden drei Bereichen zu:

- Theoriebildung über korrektive Erfahrungen und, in beschränktem Ausmass, über allgemeinere Theorien zu Veränderungsprozessen;
- damit verbunden eine empirische Fundierung der Ausbildung von Praktizierenden in der Wahrnehmung klinischer Prozesse und in der Bildung klinischer Erwartungen;
- wissenschaftliche Fundierung von Psychotherapie (s. Grawe, 1997).

Eine direkte praktische Relevanz hat die vorliegende Arbeit hingegen nicht. Diese müsste nämlich mit dafür geeigneten Studien untersucht werden, beispielsweise mit einer Schulung von Therapeutinnen und Therapeuten in der therapeutischen Anwendung des Landschaftsmodells und eine nachfolgende Überprüfung der klinischen Wirkung. Mit dieser Einschränkung, können aus den Befunden trotzdem vorläufige Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden. Caspar und Berger (2012) machten dies bereits auf der Basis von theoretischen Überlegungen zum Grundmodell der Anwendung konnektionistischer Modelle an korrektiven Erfahrungen. Da dieses Modell durch die vorliegenden Befunde nicht in Frage gestellt wurde, werden die Empfehlungen von Caspar und Berger (2012) an dieser Stelle nicht wiederholt. Bei den im Folgenden aufgeführten Empfehlungen für die Praxis handelt es sich vielmehr um Ergänzungen auf der Basis der gewonnenen empirischen Daten:

- Im Verlauf einer Sitzung können Sie mehrere für die Patientin bzw. den Patienten hilfreiche Prozesse erwarten. Wahrscheinlich wird aber höchstens einer so wirksam sein, dass sich die Patientin bzw. der Patient nach der Sitzung noch daran erinnert. Hat bereits etwas Bedeutsames stattgefunden (z. B. eine wichtige Einsicht), sollten Sie sich überlegen, ob Sie die nächste „grosse Intervention“ allenfalls aufschieben sollten!
- Was Sie allenfalls als Wiederholung eines bereits stattgefundenen psychotherapeutischen Prozesses erleben, kann von der Patientin bzw. dem Patienten unter Umständen trotzdem (noch) als neu erlebt werden. Scheuen Sie deswegen vor Wiederholungen nicht zurück! Unter Umständen braucht es mehr davon, als Sie den Eindruck haben. Sprechen Sie gegebenenfalls die Patientin bzw. den Patienten darauf an.
- Sie können nicht erwarten, genau zu wissen, was die Patientin oder der Patient als neu oder hilfreich erlebt!

- Die Patientin bzw. der Patient kann auch nicht erwarten, dass Sie genau wissen, was für sie bzw. für ihn neu oder hilfreich ist!
- Wenn Sie wahrnehmen, dass ein hilfreicher Prozess begonnen hat, so sollten Sie für dessen Entfaltung genügend Zeit lassen! Patientinnen und Patienten befinden sich durchschnittlich sieben bis neun Minuten in einem intensiven Zustand, manchmal sogar während einer ganzen Sitzung. Mit neuen Interventionen, selbst sehr bedeutend erscheinenden, könnten Sie sie von diesem schwierigen, aber wichtigen, Prozess ablenken!
- Allen pragmatischen Notwendigkeiten und therapeutischen Haltungen zum Trotz: Ist die vereinbarte und geplante Sitzungsdauer heute angemessen? Sollten Sie heute ausnahmsweise eine Verkürzung oder eine Verlängerung der Sitzung abwägen?
- Obwohl meistens über ein bestimmtes Thema gesprochen wird, wirken bei korrektiven Erfahrungen viele Kontextfaktoren mit. Unter Umständen kann es hilfreich sein, diese anzusprechen, um eine korrektive Erfahrung auszulösen.
- Falls Sie über Sitzungen hinweg Wiederholungen von Ereignissen feststellen: Achten Sie auf kleine Unterschiede! Diese könnten Ihnen und der Patientin bzw. dem Patienten helfen, einen gemeinsamen Nenner zu finden.
- Vergessen Sie nicht, das in den Sitzungen Gelernte auch zwischen den Sitzungen praktizieren zu lassen!
- Respektieren Sie jedoch auch, dass Sie für Patientinnen und Patienten zu einer wichtigen Bezugsperson werden können. Es kann Therapiephasen geben, in denen während der Sitzungen deutlich mehr Veränderungsprozesse als zwischen den Sitzungen stattfinden.
- Grosse, intensive, einschneidende Veränderungsprozesse, die auf einmal und nachhaltig Vieles verbessern, haben Sie nur selten zu erwarten.
- Im Laufe von Veränderungsprozessen sind Patientinnen und Patienten häufig in einem Zustand der Destabilisierung. Machen Sie sich das noch einmal bewusst und achten Sie auf ihre Bedürfnisse. Scheuen Sie jedoch nicht grundsätzlich davor zurück, einen solchen Zustand zuzumuten!
- Erstellen Sie eine Abbildung der Spannungslandschaft der Patientin bzw. des Patienten mit den wichtigsten Zuständen. Sie werden unter Umständen einiges über ihr bzw. sein Funktionieren erfahren und nützliche klinische Hypothesen entwickeln können.
- Zu guter Letzt: Jede korrektive Erfahrung ist einzigartig. Es existieren soweit noch keine gesicherten Mittel, um diese vorherzusagen oder auszulösen. Lassen Sie sich überraschen und lernen Sie von Ihren Patientinnen und Patienten!

8.5 Limitationen

Die drei *Studien* fanden innerhalb eines Abteilungsprojekts statt, und letzteres war sogar in einen internationalen Kontext eingebettet. Trotzdem waren die konkrete Durchführung und die Datensicherung sehr stark von einzelnen Personen und Einzelinitiativen abhängig. Dank

der nachträglichen Archivierung der Daten und ihrer Dokumentation (s. Anhang) würden jedoch allfällige künftige Untersuchungen am hier geschaffenen Datensatzes besser geschützt sein.

Die naturalistische Untersuchungsanlage und fehlende Daten verhindern eine Kontrolle von möglichen Einflüssen durch Drittvariablen. Zudem bestanden aufgrund der therapeutischen Richtung, des Ausbildungsniveaus und des Zivilstandes der Patientinnen und Patienten sowie des Weiterbildungsstatus der Therapeutinnen und Therapeuten Einschränkungen der Repräsentativität. Die in dieser Arbeit präsentierten *Studien* und allfällige künftige Untersuchungen an diesem Datensatz benötigen unabhängige Replikationen und ihre Befunde dürfen nicht auf andere Stichproben oder Populationen generalisiert werden.

Die Objektivität des ganzen Forschungsprojekts und der drei *Studien* im Speziellen ist aufgrund des Fehlens unabhängiger Forscherinnen und Forschern grundsätzlich in Frage zu stellen. Dies wurde jedoch bereits im Kap. 4.5 ab S. 55 ausführlich diskutiert, weshalb an dieser Stelle nicht erneut darauf eingegangen wird.

Der standardisierte Text zur Einführung in das Thema der korrektiven Erfahrung, welches zu Beginn aller Interviews verwendet worden war (s. Kap. 4.2.2), berücksichtigte die „unerwartete Art“, die definitionsgemäss (Castonguay & Hill, 2012a, S. 5) zu korrektiven Erfahrungen gehört, nicht. Es bestanden jedoch drei Gründe, um diesen Aspekt auszuschliessen. Erstens wurde die Annahme, wonach Erfahrungen unerwartet sein müssen, um korrektiv zu sein, als empirische Frage offen gelassen. Zweitens hatten bereits Pilotuntersuchungen gezeigt, dass Patientinnen und Patienten Schwierigkeiten damit haben konnten, zwischen Veränderungsprozessen (die den eigentlichen korrektiven Erfahrungen entsprechen könnten) und tatsächlichen Veränderungen (die Folgen von korrektiven Erfahrungen sein könnten) zu unterscheiden. Zusätzliche Komplikationen bei der Einführung der korrektiven Erfahrung hätten einige Patientinnen und Patienten überfordern können, was sich negativ auf die Datenvalidität ausgewirkt hätte. Drittens wurde davon ausgegangen, dass die meisten Erfahrungen, die als neu erlebt werden, mindestens teilweise auch als unerwartet erlebt werden. Trotzdem könnte die „unerwartete Art“ in künftigen Untersuchungen berücksichtigt werden, beispielsweise indem nachträglich danach gefragt wird.

9 Literaturverzeichnis

- Alberti, G. G. (2012). *L'esperienza correttiva nelle psicoterapie. Un fattore comune di cambiamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy principles and application*. New York: Ronald Press.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Heckman, B. D., & MacFarlane, P. (2012). Varieties of corrective experiencing in context: A study of contrasts. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 281-316). Washington: APA Books.
- Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2009). *Corrective Experiences in EFT*. Presentation. University of Pennsylvania.
- Arnkoff, D. B., Victor, B. J., & Glass, C. R. (1993). Empirical research on factors in psychotherapeutic change. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 27-42). New York: Plenum Press.
- Baker, J. K., Haltigan, J. D., Brewster, R., Jaccard, J., & Messinger, D. (2010). Non-expert ratings of infant and parent emotion: Concordance with expert coding and relevance to early autism risk. *International Journal of Behavioral Development*, 34, 88-95. doi: 10.1177/0165025409350365 20436947
- Balderer, R. (2011). *Korrektive Erfahrungen im Therapieprozess aus Patientensicht*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 141-152. doi: 10.1024/1661-4747.56.2.141
- Berman, M. I., Hill, C. E., Liu, J., Jackson, J., Wonjin, S., & Spangler, P. (2012). Relational events in acceptance and commitment therapy for three clients with anorexia nervosa: What is corrective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 215-244). Washington: APA Books.
- Berzon, B., Pious, C., & Farson, R. E. (1963). The therapeutic event in group psychotherapy: A study of subjective reports by group members. *Journal of Individual Psychology*, 19, 204-212. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=EIFPFPLKHMDDHCGBNCKBDDCIEJAA00&Complete+Reference=S.sh.21%7c1%7c1>

- Binder, J. L. (2007). Mind or brain? Where does therapeutic change originate? A reaction to 'The reunion process: A new focus in short-term dynamic psychotherapy.'. *Psychotherapy, 44*, 137-141. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.137
- Booth, H., Cushway, D., & Newness, C. (1997). Counselling in general practice: Clients' perceptions of significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly, 10*, 175-187. doi: 10.1080/09515079708254170
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994). Measuring Emotion: The self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 49-59. doi: 10.1016/0005-7916%2894%2990063-9
- Bridges, M. R. (2006). Activating the corrective emotional experience. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 551-568. doi: 10.1002/jclp.20248
- Brodbeck, J. (2013). *Führt Hypothesentesten zu (mehr) Erkenntnisgewinn?* Presentation am "Forschungslunch". Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Brüder, J. (in Bearbeitung). *The role of self-organizing tendencies in the suicidal process [Arbeitstitel]*. Unveröffentlichtes Manuskript, Teil einer laufenden Dissertation.
- Burnett, P. C. (1999). Assessing the structure of learning outcomes from counselling using the SOLO taxonomy: An exploratory study. *British Journal of Guidance and Counselling, 27*, 567-580. doi: 10.1080/03069889900760471
- Calderhead, J. (1981). Stimulated recall: A method for research on teaching. *The british journal of educational psychology, 51*, 211-217. doi: 10.1111/j.2044-8279.1981.tb02474.x
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L. K., & Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling & Psychotherapy Research, 7*, 178-187. doi: 10.1080/14733140701514613
- Casement, P. (1990). The meeting of needs in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry, 10*, 325-346. doi: 10.1080/07351690.1990.10399610
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research, 7*, 105-125.
- Caspar, F. (1998). A connectionist view of psychotherapy. In D. J. Stein & J. Ludik (Eds.), *Neural networks and psychopathology* (pp. 88-131). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Hans Huber.

- Caspar, F., & Berger, T. (2006). *Corrective experience and models of cognitive-emotional regulation*. Internes Arbeitsdokument. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Caspar, F., & Berger, T. (2007). Insight and cognitive psychology. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in Psychotherapy* (pp. 375-399). Washington, DC: American Psychological Association.
- Caspar, F., & Berger, T. (2012). Corrective Experiences: What can we learn from different models and research in basic psychology? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 141-157). Washington: APA Books.
- Caspar, F., Ferrari, N., & Berger, T. (2013). *Corrective Experiences from a connectionist point of view. Corrective experiences and innovative moments in psychotherapy*. Presentation at the 44th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Brisbane, Australia.
- Caspar, F., Ferrari, N., & Pohlmann, M. (2010). *Corrective experiences remembered lively*. Presentation at the 41st Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Asilomar, California, USA.
- Caspar, F., Pohlmann, M., & Ferrari, N. (2012). *Emotional and interactional characteristics of corrective experiences from the patient point of view*. Presentation at the 3rd Joint Meeting of the European and the United Kingdom Chapters of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Porto, Portugal.
- Caspar, F., Rothenfluh, T., & Segal, Z. (1992). The appeal of connectionism for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 12, 719-762. doi: 10.1016/0272-7358(92)90022-Z
- Caspar, F., & Znoj, H. (2011). The Bern psychotherapy research group. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy. Continuity and change* (2. ed., pp. 389-394). Washington (DC): APA.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Zack, S. E., Baker, S., Boutselis, M. A., Chiswick, N. R., . . . Grosse Holtforth, M. (2010). Helpful and hindering events in psychotherapy: A practice research network study. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 47, 327-344. doi: 10.1037/a0021164
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012a). Corrective experiences in psychotherapy: An introduction. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 3-9). Washington: APA Books.

- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2012b). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington: APA Books.
- Castonguay, L. G., Nelson, D. L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., McAleavey, A. A., Newman, M. G., & Borkovec, T. D. (2012). Corrective experiences in cognitive behavioral and interpersonal-emotional processing therapies: A qualitative analysis of a single case. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 245-279). Washington: APA Books.
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, *24*, 177-188. doi: 10.1111/j.1752-0606.1998.tb01074.x
- Christian, C., Safran, J. D., & Muran, C. (2012). The corrective emotional experience: A relational perspective and critique. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 51-67). Washington: APA Books.
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspective of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *77*, 67-89. doi: 10.1348/147608304322874263
- Cofer, C. N., & Chance, J. (1950). The discomfort-relief quotient in published cases of counseling and psychotherapy. *Journal of Psychology*, *29*, 219-224. doi: 10.1080/00223980.1950.9712785
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 298-340). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cummings, A. L., & Hallberg, E. T. (1995). Women's experiences of change processes during intensive counselling. *Canadian Journal of Counselling*, *29*, 147-159. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=EIFPFLKHMDDHCGBNCKNBDDCIEJAA00&Complete+Reference=S.sh.66%7c1%7c1>
- Dähler, F. (2014). *Berichte über korrektive Erfahrungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Patienten und Therapeuten*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Droz, J. F. (1999). *Comparing impacts of significant cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal sessions: Two studies investigating client reports of change principles*. Dissertation, Stony Brook University, New York.

- Drozd, J. F., & Goldfried, M. R. (1995). *Functional impacts of a therapy session: Assessing clients' views of change*. Presentation at the 26th annual meeting of the Society of Psychotherapy Research, Vancouver, Canada.
- Elliott, R. (1983). "That in your hands": A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy. *Psychiatry*, 20, 45-55. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=EIFPFPLKHMDDHCGBNCNKBDDCIIEJAA00&Complete+Reference=S.sh.69%7c1%7c1>
- Elliott, R. (1985a). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307-322. doi: 10.1037/0022-0167.32.3.307
- Elliott, R. (1985b). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy*, 22, 620-630. doi: 10.1037/h0085548
- Elliott, R. (1990). *Therapist Event Recall Form (Version 3.51)*. Retrieved 14.04.2014, from <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/tbsr.html>
- Elliott, R. (1996). *Client change interview schedule*. Unpublished research instrument. Department of Psychology, University of Toledo.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 43-49. doi: 10.1037/a0022187 21401273
- Elliott, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Reviews*, 9, 443-467. doi: 10.1016/0272-7358%2889%2990003-2
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1988). Brief Structured Recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 141-153. doi: 10.1111/j.2044-8341.1988.tb02773.x
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 163-186). Newbury Park: Sage.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., & Margison, F. R. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 449-463. doi: 10.1037/10412-019
- Farber, B. A., Bohart, A. C., & Stiles, W. B. (2012). Corrective (emotional) experience in person-centered therapy: Carl Rogers and Gloria Redux. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-be-*

- havioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 103-119). Washington: APA Books.
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse: Zur Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Ferrari, N., & Caspar, F. (2011). *Corrective Experiences Remembered lively*. Presentation at the 42nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Bern, Switzerland.
- Ferrari, N., & Caspar, F. (2012). *Wie können kognitiv-psychologische Grundlagen zum Verständnis korrekativer Erfahrungen beitragen?* Presentation am 42. Jahreskongress der European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), Genf, Schweiz.
- Ferrari, N., & Caspar, F. (2013). *What can basic cognitive science contribute to an understanding of corrective experiences?* Presentation at the XXXIXth Annual Meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), Barcelona, Spain.
- Flanagan, J. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, *51*, 327-358. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=EIFPFPLKHMDDHCGBNCNKBDDCIEJAA00&Complete+Reference=S.sh.90%7c1%7c1>
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *39*, 71-79. doi: 10.1026/1616-3443/a000015
- Flückiger, C., & Studer, R. (2009). Die Berner Ressourcen-Taskforce – Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung unter der Lupe. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, *41*, 569-578. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=DKIIFPMCPFDDOGPJNCMKODIBJONCAA00&Complete+Reference=S.sh.71%7c1%7c1>
- Flückiger, C., & Znoj, H. (2009). Zur Funktion der nonverbalen Stimmungsmodulation des Therapeuten für den Therapieprozess und Sitzungserfolg. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *38*, 4-12. doi: 10.1026/1616-3443.38.1.4
- Foppa, K. (1984). Operationalisierung und der empirische Gehalt psychologischer Theorien. *Psychologische Beiträge*, *26*, 539-551. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=DKIIFPMCPFDDOGPJNCMKODIBJONCAA00&Complete+Reference=S.sh.68%7c1%7c1>
- Frank, J. D., & Ascher, E. (1951). Corrective emotional experiences in group therapy. *American Journal of Psychiatry*, *108*, 126-131. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=DKIIFPMCPFDDOGPJNCMKODIBJONCAA00&Complete+Reference=S.sh.68%7c1%7c1>

3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=DKIIFPMCPFDDOGPJNCMKODIBJONCAA00&Complete+Reference=S.sh.65%7c1%7c1

- Friedlander, M. L., Lee, H.-H., & Bernardi, S. (2013). Corrective experiences in everyday life: A qualitative investigation of transformative change. *The Counseling Psychologist, 41*, 453-479. doi: 10.1177/0011000012439476
- Friedlander, M. L., Sutherland, O., Sandler, S., Kortz, L., Bernardi, S., Lee, H.-H., & Drozd, A. (2012). Exploring corrective experiences in a successful case of short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 49*, 349–363. doi: 10.1037/a0023447
- Gassmann, D. (2002). *Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess Entwicklung und Anwendung der Konsistenztheoretischen Mikro-Prozessanalyse KMP*. Dissertation, Universität Bern, Philosophisch-historischen Fakultät.
- Gershefski, J. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Elkin, I. (1996). Clients' perceptions of treatment for depression: I. helpful aspects. *Psychotherapy Research, 6*, 233-247. doi: 10.1080/10503309612331331768
- Goldfried, M. R. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 271-306. doi: 10.1007/BF01371318
- Goldfried, M. R. (2012). The corrective experience: A core principle for therapeutic change. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 13-29). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology, 22*, 1-23. doi: 10.1080/10720530802500748
- Grawe, K. (1997). Research informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*, 1-19. doi: 10.1080/10503309712331331843
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., & Elliott, R. (2012). Corrective experience from a humanistic-experiential perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 85-101). Washington: APA Books.
- Grosse Holtforth, M., & Flückiger, C. (2012). The stream of corrective experiences in action: Big bang and constant dripping. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 317-333). Washington: APA Books.

- Hardtke, K. K., & Angus, L. E. (2004). The narrative assessment interview: Assessing self-change in psychotherapy *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 247-262). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M., Field, S. D., Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1998). Whingeing versus working: Comprehensive Process Analysis of a "vague awareness" event in psychodynamic-interpersonal therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 334-353. doi: 10.1093/ptr/8.3.334
- Hayes, A. M., Beck, J. G., & Yasinski, C. (2012). A cognitive behavioral perspective on corrective experiences. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 69-83). Washington: APA Books.
- Hayes, A. M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J.-P., & Perlman, C. A. (2005). Avoidance and emotional processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*, 111-122. doi: 10.1207/s15327558ijbm1202_9
- Hayes, A. M., Feldman, G., Beevers, C., Laurenceau, J.-P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in exposure-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 409-421. doi: 10.1037/0022-006X.75.3.409
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 939-947. doi: 10.1037/0022-006X.66.6.939
- Heatherington, L., Costantino, M. J., Friedlander, M. L., Angus, L. E., & Messer, S. B. (2012). Client's perspectives on corrective experiences in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 161-190). Washington: APA Books.
- Helmeke, K. B., & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 469-483. doi: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00317.x
- Heppner, P. P., Rosenberg, J. I., & Hedgespeth, J. (1992). Three methods in measuring the therapeutic process: Clients' and counselors' constructions of the therapeutic process versus actual therapeutic events. *Journal of Counseling Psychology, 39*, 20-31. doi: 10.1037/0022-0167.39.1.20
- Higginson, S., & Mansell, W. (2008). What is the mechanism of psychological change? A qualitative analysis of six individuals who experienced personal change and recovery.

- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 309-328. doi: 10.1348/147608308X320125
- Hill, C. E. (Ed.). (2012). *Consensual Qualitative Research: A Practical Resource for Investigating Social Science Phenomena*. Washington: American Psychological Association.
- Hill, C. E., Castonguay, L. G., Farber, B. A., Knox, S., Stiles, W. B., Anderson, T., . . . Sharpless, B. A. (2012). Corrective experiences in psychotherapy: Definitions, processes, consequences, and research directions. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 355-370). Washington: APA Books.
- Hill, C. E., & Corbett, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 3-24. doi: 10.1037/0022-0167.40.1.3
- Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 298-315. doi: 10.1037/a0013306
- Horowitz, M. J. (2005). *Understanding psychotherapy change: A practical guide to configurational analysis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, M. J., Stinson, C., Fridhandler, B., Milbrath, C., Redington, D., & Ewert, M. (1993). Pathological grief: An intensive case study. *Psychiatry*, 56, 356-374. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi?&S=EIFPFPLKHMDDHCGBNCNKBDDCIEJAA00&Complete+Reference=S.sh.116%7c2%7c1>
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind* (2nd. ed.). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M. J., Eells, T., Singer, J., & Salovey, P. (1995). Role-relationship models for case formulation. *Archives of General Psychiatry*, 52, 625-632. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950200015003
- Horowitz, M. J., & Eells, T. D. (1993). Case formulations using role-relationship model configurations: A reliability study. *Psychotherapy Research*, 3, 57-68. doi: 10.1080/10503309312331333669
- Jacobs, T. (1990). The corrective emotional experience: Its place in current technique. *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 433-454. doi: 10.1080/07351690.1990.10399617
- Kelman, H. (1969). Kairos: The auspicious moment. *American journal of psychoanalysis*, 29, 59-83. doi: 10.1007/BF01872669
- Kiresuk, A. S., Smith, A., Cardillo, J. E. (1994). *Goal attainment scaling: applications, theory, and measurement*. Impersum Hillsdale (N.J.): Lawrence Erlbaum.

- Klein, M. J., & Elliott, R. (2006). Client accounts of personal change in process-experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research, 16*, 91-105. doi: 10.1080/10503300500090993
- Knight, Z. (2005). The use of the 'corrective emotional experience' and the search for the bad object in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 59*, 30-41. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=DKIIFPMCPFDDOGPJNCMKODIBJONCAA00&Complete+Reference=S.sh.42%7c1%7c1>
- Knox, S., Hess, S. A., Hill, C. E., Burkard, A. W., & Crook-Lyon, R. E. (2012). Corrective relational experiences: Client perspectives. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 191-213). Washington: APA Books.
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of post-therapeutic autobiographic narrations. *Psychotherapy Research, 9*, 274-288. doi: 10.1093/ptr/9.3.274
- Labott, S. M., Elliott, R., & Eason, P. S. (1992). "If you love someone, you don't hurt them": A comprehensive process analysis of a weeping event in therapy. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 55*, 49-62. Retrieved from <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.12.0b/ovidweb.cgi?&S=GEDGFPKNBKDDNGBFNCMKOHJCJDLAA00&Complete+Reference=S.sh.21%7c1%7c1>
- Ladany, N., Inman, A. G., Hill, C. E., Knox, S., Crook-Lyon, R. E., Thompson, B. J., . . . Walker, J. A. (2012). Corrective relational experiences in supervision. In C. E. Hill & L. G. Castonguay (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 335-352). Washington: APA Books.
- Lee, D. Y., Kim, S. Y., Park, S. H., & Uhlemann, M. R. (2002). Clients' attributions of recalled important or helpful events in a counseling interview. *Psychological Reports, 91*, 10-16. doi: 10.2466/PRO.91.5.10-16
- Levitt, H. M., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 314-324. doi: 10.1037/0022-0167.53.3.314
- Levitt, H. M., & Piazza-Bonin, E. (2011). Therapists' and clients' significant experiences underlying psychotherapy discourse. *Psychotherapy Research, 21*, 70-85. doi: 10.1080/10503307.2010.518634

- Levy, J. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Gershefski, J. J. (1996). Clients' perceptions of treatment for depression: II. problematic or hindering aspects. *Psychotherapy Research, 6*, 249-262. doi: 10.1080/10503309612331331778
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223-237. doi: 10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D. A., Hardy, G., & Firth-Cozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 30*, 49-62. doi: 10.1111/j.2044-8260.1988.tb00758.x
- Mahrer, A. R., Dessaulles, A., Nadler, W. P., Gervaise, P. A., & Sterner, I. (1987). Good and very good moments in psychotherapy: Content, distribution, and facilitation. *Psychotherapy, 24*, 7-14. doi: 10.1037/h0085693
- Mahrer, A. R., & Nadler, W. P. (1986). Good moments in psychotherapy: A preliminary review, a list, and some promising research avenues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 10-15. doi: 10.1037/h0085693
- Marti, E. (2013). *Zentrale Themen im Zuge korrekativer Erfahrungen*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Martin, J., Paivio, S., & Labadie, D. (1990). Memory-enhancing characteristics of client-recalled important events in cognitive and experiential therapy: Integrating cognitive and experimental and therapeutic psychology. *Counseling Psychology Quarterly, 3*, 239-256. doi: 10.1080/09515079008254255
- Martin, J., & Stelmaczek, K. (1988). Participants' identification and recall of important events in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 385-390. doi: 10.1037/0022-0167.35.4.385
- Matos, M., Santos, A., Goncalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 68-80. doi: 10.1080/10503300802430657 18982526
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- McClelland, J. L., Rumelhart, D. E., & Hinton, G. E. (1986). The appeal of distributed processing. In J. L. Rumelhart, J. L. McClelland & the PDP Research Group (Eds.), *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (Vol. 1, pp. 3-44). Cambridge, MA: MIT Press.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1306-1315. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1306

- Moreno, J. K., Fuhrman, A., & Hileman, E. (1995). Significant events in a psychodynamic psychotherapy group for eating disorders. *Group, 19*(1), 56-62. doi: 10.1007/BF01458191
- Möri, M. (2012). *Explorative Untersuchung korrektiver Erfahrungen bei depressiven vs. nicht depressiven Personen*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Mushet, G. L., Whalan, G. S., & Power, R. (1989). In-patients' views of the helpful aspects of group psychotherapy: Impact of therapeutic style and treatment setting. *British Journal of Medical Psychology, 62*, 135-141. doi: 10.1111/j.2044-8341.1989.tb02820.x
- Neborsky, R. J. (2001). Davanloo's method of intensive short-term dynamic psychotherapy. In M. Solomon, R. J. Neborsky, L. McCollough, M. Alpert, F. Shapiro & D. Malan (Eds.), *Short-term Therapy for Long-Term Change* (pp. 16-53). New York: Norton.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., John, B., Smith, M., Black, R., . . . Siegg, G. (2006). The clients' perspective on change during treatment for an alcohol problem: Qualitative analysis of follow-up interviews in the UK Alcohol Treatment Trial. *Addiction, 101*, 60-68.
- Orford, J., Hodgson, R., Copello, A., Wilton, S., & Slegg, G. (2009). To what factors do clients attribute change? Content analysis of follow-up interviews with clients of the UK Alcohol Treatment Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 49-58. doi: 10.1016/j.jsat.2008.04.005
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1977). The therapist's experience of psychotherapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). Hoboken, NJ: Wiley.
- Pascual-Leone, A. (2011). *Coding Emotion using the CAMS: 3-day workshop of training and practice*. Unveröffentlichte Presentationsunterlagen. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Pascual-Leone, A., Gilles, P., Singh, T., & Andreescu, C. A. (2013). Problem anger in psychotherapy: An emotion-focused perspective on hate, rage, and rejecting anger. *Journal of contemporary psychotherapy, 43*, 83-92. doi: 10.1007/s10879-012-9214-8
- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Clients' Perceptions of Helpful Experiences in Counseling. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 317-324. doi: 10.1037/0022-0167.46.3.317

- Pines, M. (1990). Group analysis and the corrective emotional experience: Is it relevant? *Psychoanalytic Inquiry*, 10, 389-408. doi: 10.1080/07351690.1990.10399613
- Pohlmann, M. (2011). *Was sind emotionale und emotional-interaktionale Charakteristika korrekativer Erfahrungen aus Patientensicht?* Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J. A., & Reynolds, S. (2001). 'It's like catching a desire before it flies away': A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 11, 331-351. doi: 10.1093/ptr/11.3.331
- Renggli, S. (2013). *Grosse und kleine Zustandsveränderungen durch Korrektive Erfahrungen.* Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Römer, S. (2014). *Korrektive Erfahrungen in der Psychotherapie: Beschreibung und Klassifikation der Messmethoden.* Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Rusch, M. (2013). *Beziehungsebene der Auslöser und erleichternden Bedingungen korrekativer Erfahrungen. Eine explorative Untersuchung.* Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Santos, A., Goncalves, M., Matos, M., & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 449-466. doi: 10.1348/147608309X462442
- Saß, H., Wittchen, H., & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV.* Göttingen: Hogrefe.
- Schiepek, G. (1999). Selbstorganisation in psychischen und sozialen prozessen: Neue Perspektiven der psychotherapie. In K. Mainzer (Ed.), *Komplexe Systeme in Natur und Gesellschaft. Komplexitätsforschung in Deutschland auf dem Weg ins nächste Jahrhundert* (pp. 280-317). Berlin: Springer.
- Schiepek, G., Ludwig-Becker, F., Helde, A., Jagdfeld, F., Petzold, E. R., & Kröger, F. (2000). Synergetik für die Praxis. *System Familie*, 13, 169-177. doi: 10.1007/s004910000055
- Schmid, D. (in Bearbeitung). *Grosse und kleine Zustandsveränderungen durch korrektive Erfahrungen* Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Sharpless, B. A., & Barber, J. P. (2012). Corrective emotional experiences from a psychodynamic perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychothera-*

- py: Corrective experiences across cognitive-behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 31-49). Washington: APA Books.
- Sim, W., Huang, T. C., & Hill, C. E. (2012). Biases and expectations. In C. E. Hill (Ed.), *Consensual qualitative research* (pp. 59-69). Washington: American Psychological Association.
- Stephenson, G. M., Laszlo, J., Ehmann, B., Lefever, R. M., & Lefever, R. (1997). Diaries of significant events: Socio-linguistic correlates of therapeutic outcomes in patients with addiction problems. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 7*, 389-411. doi: 10.1002/%28SICI%291099-1298%28199712%297:5%3C389::AID-CASP434%3E3.0.CO;2-R
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411-420. doi: 10.1037/0033-3204.27.3.411
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Comes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse, the problem of negative effects*. New York: Aronson.
- Studtmann, M. (2009). *Wissen wir, was wir zeigen, wenn wir etwas fühlen? Systematische Fehleinschätzung des eigenen mimischen Emotionsausdrucks*. Dissertation. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Philosophische Fakultät. Retrieved 9.6.2014, from http://ub-ed.ub.uni-greifswald.de/opus/volltexte/2009/711/pdf/Diss_Studtmann_Markus_2009.pdf
- Thomä, H., & Kächele, H. (1989). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*, 305-314. doi: 10.1080/10503300600608116
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 421-447. doi: 10.1348/147608310X499404
- Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly, 23*, 421-447. doi: 10.1080/09515070.2010.534329
- Timulak, L., & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experienced episodes in brief person-centred counselling. *Counselling & Psychotherapy Research, 1*, 62-73. doi: 10.1080/14733140112331385268
- Waldinger, R. J., Hauser, S. T., Schulz, M. S., Allen, J. P., & Crowell, J. A. (2004). Reading others' emotions: The role of intuitive judgments in predicting marital satisfaction,

- quality, and stability. *Journal of Family Psychology*, 18, 58-71. doi: 10.1037/0893-3200.18.1.58
- Walker, C. (2011). *Emotionale Aktivierung während korrektiven Erfahrungen. Eine Fremdbeurteilung von Psychotherapien der Praxisstelle der Universität Bern*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Wasserman, M. (1999). The impact of psychoanalytic theory and a two-person psychology on the empathizing analyst. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 449-464. doi: 10.1516/0020757991598846
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: Norton.
- Wilcox-Matthew, L., Ottens, A., & Minor, C. W. (1997). An Analysis of Significant Events in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 75, 282-291. doi: 10.1002/j.1556-6676.1997.tb02343.x
- Wiraszka-Lewandowska, K., Sym, A., & Kokoszka, A. (2006). The corrective experience of values in psychotherapy: Its relations with the change of defense mechanisms and symptom intensity in a course of short-term psychodynamic group psychotherapy. *European Psychotherapy*, 6, 5-19. Retrieved 9.6.2014, from http://cip-medien.com/media/download_gallery/EP/2006/01_EP_Vol6_2006-%20Kokoszka_CorrectiveK2.pdf
- Wirtz, M., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H. U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *SKID-I – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittwer, D. (2013). *Wie ähnlich ist «gleich»? Wie gut können Gedanken und Emotionen von Patienten in Psychotherapie erfasst werden?* Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Woitas, P. (in Bearbeitung). *Ursachen korrektiver Erfahrungen in der Psychotherapie. Therapieinterne und therapieexterne Faktoren, die das Auftreten Korrektive Erfahrungen begünstigen*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Bern, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Znoj, H.-J., Messerli-Burgy, N., Tschopp, S., Weber, R., Christen, L., Christen, S., & Grawe, K. (2010). Psychotherapeutic process of cognitive-behavioral intervention in HIV-infected persons: Results from a controlled, randomized prospective clinical trial. *Psychotherapy Research*, 20, 203-213. doi: 10.1080/10503300903246663

Anhang

Im Anhang wird dokumentiert, wie die im Rahmen des vorliegenden Projektes entstandenen Daten und Dateien in den Archiven der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ und der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“, beide Universität Bern, abgespeichert wurden. Für alle Daten und Dateien wird jeweils Folgendes angegeben:

- kurze Beschreibung der Datei-Inhalte;
- Erwähnung der Autorinnen und Autoren, die für die Datenentstehung einen relevanten wissenschaftlichen Beitrag geleistet haben;
- Kennzeichnung der Speicherorte in beiden Archiven. Das Archiv der „Psychotherapeutischen Praxisstelle“ wird dabei jedes Mal angeführt. Wenn kein Vermerk erfolgt, sondern zuerst der Hauptordner „KorrektiveErfahrungen“ erwähnt wird, so befindet sich dieser im Archiv der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“.

Masken für die Daten und Dateien, die für die vorliegende Dissertation direkt relevant waren (z. B. Interview-Leitfäden) werden zudem mit einer leeren Vorlage dokumentiert.

Interviews

Beschreibung	Rohdaten des Projekts: Video- (inkl. Ton) und zusätzliche separate Audio-Aufnahmen der durchgeführten Interviews
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Möri Martine, Balderer Rhea, Caspar Franz
Speicherort	<u>Interviews</u> : Ordner 901 im Archiv der “Psychotherapeutischen Praxisstelle” der Universität Bern <u>Übersichtstabelle</u> : KorrektiveErfahrungen – Interviews – Uebersicht

Zusätzliche Informationen

Im folgenden Auszug aus der Übersichtstabelle über die durchgeführten Interviews werden die Patientennummern, die zum Zeitpunkt des Abschlusses der vorliegenden Dissertation geltenden Bestimmungen zum Datenschutz, das Datum der Interviews und das Vorhandensein der Video- und Audio-Aufnahmen und deren Qualität aufgelistet.

Tabelle 36: Übersicht über die im Rahmen des Forschungsprojekts „Korrektive Erfahrungen“ durchgeführten Interviews

Nr.	DS	BSR	Daten	HEKSPa	Daten	HEKSPb	Daten	HEKSPc	Daten	HEKSPd	Daten
7315	a			11.12.10	f						
13123	a	08.07.10	c								
13124	a	15.07.10	b				27.08.10	a			
13145	a	01.07.10	b								
14623	a			27.07.10	b						
15930	b	20.10.10	d								
15932	a	08.08.10	a								
17420	a	17.01.10	a								
22628	a	18.01.11	a			02.11.10	g				
23103	a	29.09.10	d					25.10.10	b		
25620	a			09.09.10	a						
26208	a	17.08.10	a								
27427	a			09.08.10	a						
27433	c	28.10.10	e								
30703	a			02.12.10	a						
30708	c			02.10.11	c						
31004	a	22.06.10	b					06.04.11	a		
31103	a					13.08.10	a				
31707	a	18.08.10	a								
32009	a			27.05.11	a						
32907	a	16.08.10	a					12.07.11	a		
32911	a			18.01.11	a						
33107	a			26.08.10	d						
33209	a	14.10.10	a								

Nr.	DS	BSR	Daten	HEKSPa	Daten	HEKSPb	Daten	HEKSPc	Daten	HEKSPd	Daten
33302	a	19.01.11	a								
33303	a			20.12.10	a						
33416	b			26.08.10	c						
33807	a					30.08.10	h				
33909	a	15.04.11	a					16.12.11	a		
34002	a	26.01.11	b								
34103	a	10.12.10	a								
34301	a	20.08.10	a								
34501	a					07.08.10	d			20.05.11	D
34702	a			24.11.10	a						
34809	a	07.01.11	a					09.11.12	a		
34904	a					23.04.12	a				
35101	a					10.01.11	a				
35202	a			27.07.10	c						
35803	a	23.11.10	e								
35901	a	06.12.10	a					04.11.11	a		
36104	a	03.12.10	a								
36204	a			17.12.10	a						
36302	a	18.11.10	a								
36403	a	17.12.10	a								
36601	a					25.05.12	a				
36701	a	18.02.11	a								
37004	a					13.03.12	a				
37105	a	26.09.12	a								
37902	a					06.12.10	f				
38002	a	16.11.12	a								
38202	a					08.06.12	a				
38301	a	21.09.12	a								
38402	a	27.01.11	a					29.03.12	a		
38601	a			02.12.10	a						
38701	a	18.01.11	a								
38902	a			20.01.11	a						
39002	d	21.12.10	a								
39308	a					28.09.12	a				
39407	a					05.10.12	a				
39502	a	11.05.12	a								
39702	a	23.01.12	a								
39808	a					20.04.12	a				
39906	a	11.10.12	a								
40209	a	06.08.12	a								

Nr.	DS	BSR	Daten	HEKSPa	Daten	HEKSPb	Daten	HEKSPc	Daten	HEKSPd	Daten
40401	a	03.08.12	a								
40601	a	01.11.12	a								
41201	a	23.03.12	a								
41401	a	04.07.12	a								
41504	a	20.02.12	a								
41803	a	27.09.12	a								
41905	a				08.10.12	a					
44409	a	18.12.12	a								

Anmerkungen: Nr. = Patientin- bzw. Patientenummer; DS = Datenschutz; BSR, HEKSPa, HEKSPb, HEKSPc und HEKSPd = Durchführungs-Daten der entsprechenden Interviews; Daten = Qualität der Aufnahmen; Spalte „DS“: a = keine besonderen Einschränkungen; b = Therapie wurde im Verlauf des Projekts, aber erst nach der Interview-Durchführung, für die Forschung gesperrt; c = Aufnahmen dürfen ausdrücklich nur von Nicola Ferrari und den Studienleitenden angehört bzw. gesichtet werden; d = wie a, jedoch dürfen die Aufnahmen von Frau Sabrina Stucki nicht angehört bzw. gesichtet werden; Spalten „Daten“: a = alle Aufnahmen (Video-Quelle A, Video-Quelle B und zusätzliche, separate Audio-Aufnahme) vorhanden und defektfrei; b = nur beide Video-Aufnahmen vorhanden und defektfrei; c = nur Video-Quelle A vorhanden und defektfrei; d = nur Audio-Aufnahme vorhanden und defektfrei; e = Nur Video-Quelle B vorhanden und defektfrei; f = Nur Video-Quelle B und Audio-Aufnahme vorhanden und defektfrei; g = Nur Video-Quelle A und Audio-Aufnahme vorhanden und defektfrei; h = nur Aufnahmen mit Defekten.

Interview-Materialien

BSR-Interviews

Teilnehmenden-Information

Beschreibung	Schriftliche Teilnehmenden-Information und zu Beginn von Interviews zu unterschreibende Bestätigung, dass die Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen worden sind.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Möri Martine, Balderer Rhea, Caspar Franz
Speicherort	<u>Unterschriebene Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Teilnehmendeninformationen – Originale <u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Teilnehmendeninformationen – Vorlage. Siehe auch nächste Seite.

Ethik-Kommission

Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät

Universität Bern



Teilnehmerinformation

Die Teilnahme an Interviews und Befragungen im Rahmen des Forschungsprojektes „Korrektive Erfahrungen“ ist freiwillig.

Es ist jederzeit möglich, auch ohne Angabe von Gründen abzubrechen oder einzelne Fragen nicht zu beantworten. Es entstehen durch Nicht-Teilnahme am Projekt keine Nachteile.

Die im Interview gemachten Angaben werden anonym gespeichert und ausgewertet. Es ist auch später möglich, das Vernichten der Daten zu verlangen.

Für die Studie kann auf Therapieunterlagen (z.B. individuelle Zielvereinbarungen) zurückgegriffen.

Die behandelnde Therapeutin / der behandelnde Therapeut wird nur mit Ihrem Einverständnis und nur über einzelne Teile des Interviews informiert.

Ich bestätige, dass ich mit obigen Bedingungen in Kenntnis gesetzt wurde.

Ort, Datum:

Bern,

Vorname, Name, Unterschrift:

.....

Einführung in das Untersuchungsobjekt

Beschreibung	Leitfaden zur Einführung den Gegenstand der korrekativen Erfahrung, wie sie zu Beginn von Interviews erfolgte. Der Leitfaden wurde der bzw. dem Interviewenden und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten angepasst.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Möri Martine, Balderer Rhea, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage auf Deutsch:</u> Korrektive Erfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Einführung in das Untersuchungsobjekt – Vorlage Deutsch. Siehe auch nächste Seiten. <u>Vorlage auf Französisch:</u> Korrektive Erfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Einführung in das Untersuchungsobjekt – Vorlage Französisch

Leitfaden (Deutsche Version):

Einführung ins Thema „neue und möglicherweise verändernde Erfahrungen“ (gültig für BSR und HEKSPb)

Pat-Nr.:

Beginn Therapie:

Begrüssung:

Grüezi Herr/Frau Kommen Sie herein. Nehmen Sie doch bitte auf einem der Stühle Platz.

Zunächst möchte ich mich herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen.

Damit sie wissen mit wem Sie es zu tun haben: Ich bin bald am Ende meines Psychologiestudiums (das ist mein Zweitstudium) an der Universität Bern und führe diese Studie im Rahmen meiner wissenschaftlichen Abschlussarbeit durch. (Neben dem Studium arbeite ich mit Schülern, die unter Prüfungsängsten leiden)/Ich bin Psychologe und habe bereits als Therapeut gearbeitet. Zurzeit arbeite ich an der Universität Bern und führe diese Studie im Rahmen meiner Dissertation durch.

Sollen wir gerade anfangen, oder brauchen Sie noch etwas Pause? Ist es Ihnen bequem, braucht's mehr Licht, möchten Sie etwas Wasser?

Wir schätzen, dass es ungefähr 90 Minuten bis 2 Stunden dauern wird. Sollen wir bis zu einer bestimmten Zeit fertig sein?

Allenfalls erwähnen: Ich werde ab und zu ein bisschen blättern müssen, um den Anleitungen zu folgen.

Hinweis auf Datenschutz und Informed Consent:

Selbstverständlich steht das, was Sie hier erzählen werden, genauso unter Schweigepflicht, wie alles andere, was Sie im Rahmen der Therapie hier über sich preisgeben. Das Gespräch wird aufgezeichnet, die Daten werden dann anonymisiert gespeichert und ausgewertet.

Genauso wie die Therapiedaten. Sie können auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen, dass Ihre im Rahmen des Projekts entstandenen Daten vernichtet werden. Die Universität und die Praxisstelle sind voneinander unabhängig, arbeiten aber zusammen. Auch können Sie das Gespräch jederzeit abbrechen oder eine Antwort auf eine Frage ohne Begründung auslassen. **Herr/Frau ...** wird gegebenenfalls, falls Sie einverstanden sind, über einen Teil des Interviews informiert, auf den ich noch hinweisen werde. Durch Nicht-Teilnahme am Interview entstehen keine Nachteile. Im Rahmen des Projekts wird an einigen Stellen auf Therapieunterlagen, z.B. Ihre individuellen Zielvereinbarungen, zurückgegriffen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie davon in Kenntnis gesetzt worden sind.

Auf allfällige Nachfrage des Patienten: Neben mir haben einige wenige am Forschungsprojekt beteiligte Personen Einsicht in die Daten. Haben Sie noch Fragen dazu?

SAM- Befindenseinschätzung

Bei Einleitung Zwischenkästchen erwähnen. 3. Dimension mit „etwas schwieriger“ einführen. Am Schluss Blatt umdrehen.

Erklärung des Untersuchungsgegenstandes:

In Studien im Gebiet Psychotherapie wird unter anderem versucht herauszufinden, was dafür verantwortlich ist, was sich aus einer Therapie ergibt. Es gibt beispielsweise Studien, die untersuchen, ob es einen Unterschied macht, ob der Therapeut männlich oder weiblich ist oder es gibt Studien, die untersuchen, ob sich die Dauer einer Psychotherapie irgendwie auswirkt. In dieser Studie geht es um die Untersuchung bestimmter Erfahrungen, die im Verlauf einer Psychotherapie gemacht werden können, sogenannte neue und verändernde Erfahrungen.

Damit gemeint sind neue Erfahrungen im Leben einer Person. Also Erfahrungen, Erlebnisse, Sichtweisen oder Verhaltensweisen, die eine Person bis zum Therapiebeginn noch nicht oder nur zu einem geringen Anteil kannte. Diese Erfahrungen sind anders als bisher. Solche Erfahrungen können, vom Gefühl her, zu einer Veränderung führen. Sie können sich direkt innerhalb der Psychotherapiestunden ereignen, aber auch ausserhalb. Doch beschränkt sich unsere Befragung auf die Periode, während derer Sie in Therapie waren.

Wir versuchen nun mit Hilfe dieser Interviews, diesen neuen und eben möglicherweise verändernden Erfahrungen, also diesen neuen Erlebnissen, Gedanken oder Verhaltensweisen, auf den Grund zu gehen.

Klären, ob der Patient alles verstanden hat:

Ist das Ihnen klar geworden, oder haben Sie noch Fragen dazu?

➔ ***Falls es klar ist:*** *Springe zum Interview*

➔ ***Falls Fragen kommen:*** *Möglichst mit bereits gegebener und/oder anhand*

unten stehender Erklärung beantworten

→ Falls es noch nicht klar ist:

Wie genau eine solche neue Erfahrung bei einer Person aussieht, kann von Person zu Person sehr unterschiedlich sein. Gemeint sind alle Arten von Erlebnissen, Gedanken oder Verhaltensweisen, von sich selbst oder von anderen, die für einen neu sind (und zu einer Veränderung beitragen können). Mit neu ist gemeint, dass die Erfahrung anders ist als Erfahrungen, die man gut kennt; also Erlebnisse, Gedanken, Verhaltensweisen, die sich von gewohnten Erlebnissen, Gedanken, Verhaltensweisen auf irgendeine Art unterscheiden.

Nochmals klären, ob der Patient alles verstanden hat:

Ist es mit dieser Erläuterung etwas klarer geworden? Es ist wichtig, dass Sie sich etwas darunter vorstellen können, denn es geht im ganzen Interview um solche neuen und verändernden Erfahrungen. Sonst können Sie immer noch fragen.

Wenn es noch nicht klar ist, Beispiele geben:

Ein mögliches Beispiel aus dem Sportbereich wäre die Erfahrung von einer Person, die ihr ganzes Leben davon überzeugt war, sie könne nie lernen Ski zu fahren und die dann bei einer Probefahrt in einem Skikurs feststellt, dass ihr das Skifahren gar nicht so schwer fällt und sie es wohl tatsächlich lernen kann.

Ein weiteres Beispiel wäre die Erfahrung einer Hobbyköchin, die bis jetzt immer italienisch gekocht hat, welche exotische Gewürze entdeckt und mit grosser Freude ihr Repertoire erweitern kann.

Dies sind bloss Beispiele. Sie sollen Ihnen eine Ahnung vermitteln, worum es alles gehen kann. Im Einzelfall weiss man nicht, was für neue und verändernde Erfahrungen vorkommen und wie diese aussehen, man kann dazu eben den Patienten fragen.

Fühlen Sie sich jetzt sicherer?

**→ Falls nein: Stundenbogen (BSR, siehe unten)
Ev. zusätzlich nötig: Fragenkataloge Sitzung und Therapie**

Hier habe ich den Fragebogen, den Sie nach jeder Sitzung ausfüllen. Ich schaue da kurz etwas an.

→ Falls 0 Items die maximale Ausprägung (positiv/negativ) aufweisen

Fragenkatalog „Therapiesitzung“ verwenden. Wird damit ein Ereignis identifiziert?

- Falls ja: BSR durchführen
- Falls nein: Übergang zu HEKSP (zuerst fragen, ob in der ganzen Therapie solche Erfahrungen stattgefunden haben, evtl. mit Hilfe des Fragenkatalogs Therapie)

→ Falls 1-5 Items die maximale Ausprägung (positiv/negativ) aufweisen:

Sie haben bei [1-5] Fragen in diesem Fragebogen die das Maximum angekreuzt. Die Fragen sind [Items vorlesen]. Können Sie sich an ein Ereignis erinnern, welches besonders dafür verantwortlich ist, dass Sie auf diese Weise angekreuzt haben?

- Falls ja: Ereignis identifizieren und anhand dieses BSR durchführen
- Falls nein: Übergang zu HEKSP (zuerst fragen, ob in der ganzen Therapie solche Erfahrungen stattgefunden haben, evtl. mit Hilfe des Fragenkatalogs Therapie)

➔ **Falls 6 oder mehr Items die maximale Ausprägung (positiv/negativ) ausweisen:**

Sie haben bei mehreren Fragen [Fragebogen aushändigen] die maximale Ausprägung angekreuzt. Können Sie sich an ein Ereignis erinnern, das besonders dafür verantwortlich ist, dass Sie auf diese Weise angekreuzt haben?

- Falls ja: Ereignis identifizieren und anhand dieses BSR durchführen
- Falls nein: Übergang zu HEKSP (zuerst fragen, ob in der ganzen Therapie solche Erfahrungen stattgefunden haben, evtl. mit Hilfe des Fragenkatalogs Therapie)

Fragenkatalog „Sitzung“

Beschreibung	Hilfsfragen zur Identifizierung einer korrektiven Erfahrung, die gestellt werden konnten, falls mit dem Leitfaden zur Einführung in das Untersuchungsobjekt keine identifiziert werden konnte. Es wurden verschiedene Blätter vorbereitet, bei denen die Reihenfolge der Fragen jeweils nach Zufallsprinzip variiert wurde.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : Korrektive Erfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Fragenkatalog Sitzung. Siehe auch unten.

Fragenkatalog Therapiesitzung

Ist Ihnen im Rahmen der letzten Sitzung klarer geworden, weshalb Sie gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagieren?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich selbst und Ihre Probleme besser verstehen?

Fühlen Sie sich nach der letzten Sitzung Situationen besser gewachsen, denen Sie sich bisher nicht gewachsen gefühlt haben?

Glauben Sie, dass Sie sich nach der letzten Sitzung besser so verhalten können, wie Sie möchten?

Sehen Sie nach dieser Sitzung bestimmte Dinge in einem neuen Licht? Sind Ihnen Zusammenhänge klar geworden, die Sie bisher nicht gesehen haben?

Welche Erkenntnis in Bezug auf die letzte Sitzung hat Ihnen am meisten Klärung gebracht und Ihre Sichtweise zum Beispiel auf Sie selber, auf andere, auf Ihre Vergangenheit oder Zukunft grundlegend verändert?

Fragenkatalog verwendet am

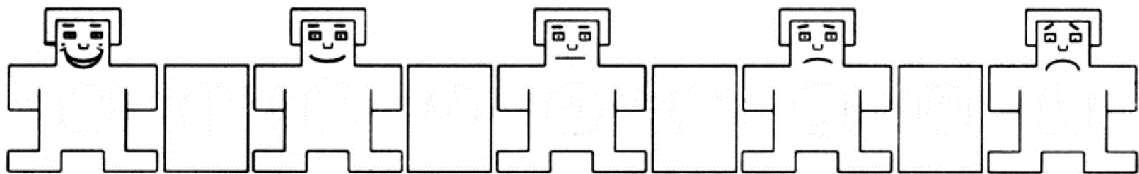
Self-Assessment Manikin

Beschreibung	Fragebogen zur Erfassung des Zustandes der interviewten Person hinsichtlich Zufriedenheit, Arousal und Dominanz zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Interviews. Es wurde der „Self-Assessment Manikin“ nach Bradley und Lang (1994) verwendet.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<p><u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – SAM – Vorlage. Siehe auch nächste Seiten.</p> <p><u>Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – SAM – Originale</p> <p><u>Daten:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – SAM – Daten (nicht vollständig). <i>Anmerkung: Die SPSS-Maske zur Erfassung dieser Daten beinhaltet auch die Daten zum „Emo-Check“ und zu den „Fragen zu den Folgen des Ereignisses“. Es wurden nicht alle Daten erfasst, für Auswertungen müsste also mit den Originalen abgeglichen werden.</i></p>

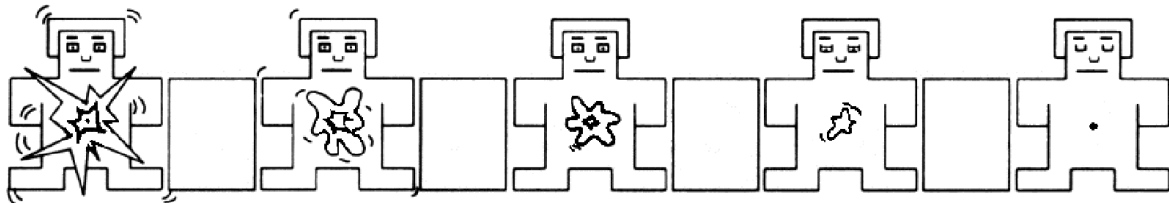
Wie geht es Ihnen gerade jetzt?

Unten sehen Sie drei Reihen unterschiedlich aussehender Männchen. Jede Reihe bezieht sich auf eine Dimension von Gefühlen. Wir bitten Sie mithilfe dieser Männchen anzugeben, wie Sie sich im Moment gerade fühlen.

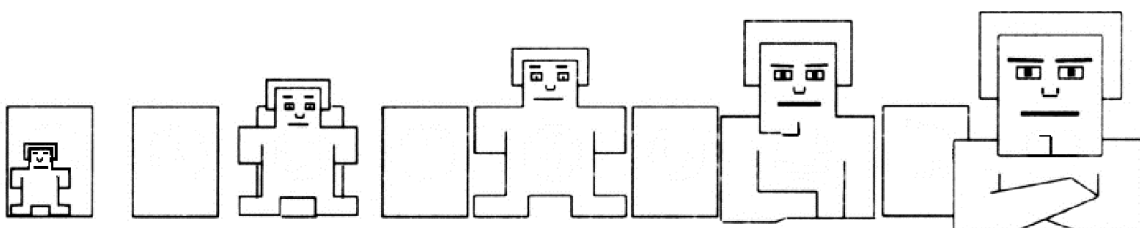
- Die erste Reihe bezieht sich darauf, wie **zufrieden bzw. unzufrieden** Sie sich im Moment gerade fühlen. Wenn Sie sich äusserst unzufrieden/ verärgert/ melancholisch/ verzweifelt fühlen, kreuzen Sie bitte die Figur auf der rechten Seite an. Wenn Sie sich äusserst zufrieden/ frohgemut/ glücklich/ hoffnungsvoll fühlen, kreuzen Sie bitte die Figur ganz links an. Wenn Sie sich sehr neutral fühlen, weder zufrieden noch unzufrieden, kreuzen Sie bitte die dritte Figur in der Mitte an. Wenn Sie sich eher zufrieden oder eher unzufrieden fühlen, können Sie dies angeben, indem Sie eine andere Figur bzw. eines der Kästchen zwischen den Figuren ankreuzen.



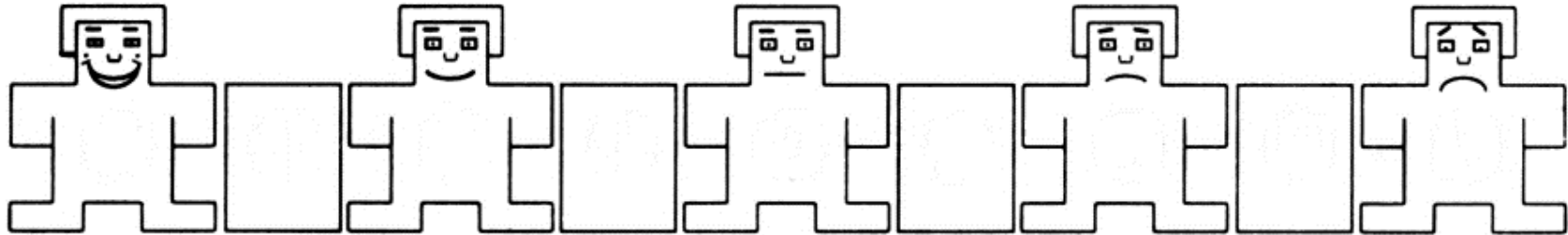
- Die zweite Reihe bezieht sich darauf, wie **angespannt bzw. ruhig** Sie sich im Moment fühlen. Die linke Seite steht für Anspanntheit/ Stimuliertheit/ Erregtheit/ Nervosität. Die rechte Seite steht für Entspanntheit/ Ruhe/ Schläfrigkeit/ Unaufgeregtheit. Um zu beschreiben, wie angespannt bzw. ruhig Sie sich gerade fühlen, kreuzen Sie bitte die dazu am besten passende Figur bzw. ein Kästchen zwischen zwei Figuren an.



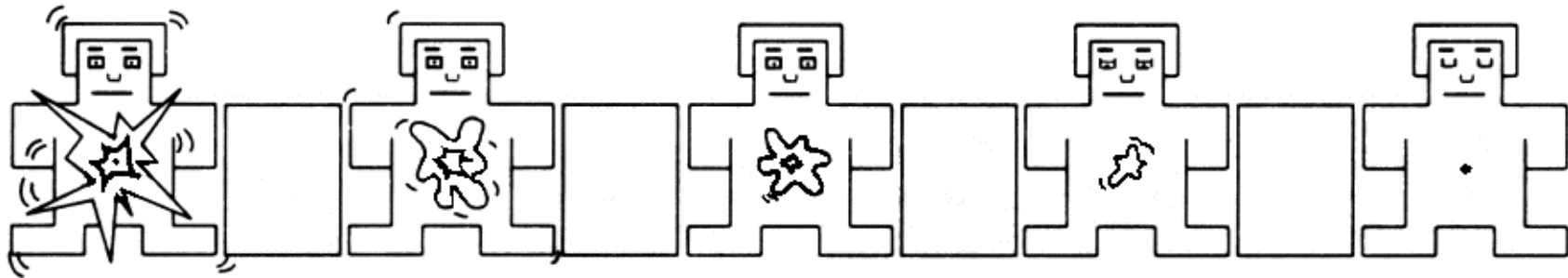
- Die dritte Reihe bezieht sich darauf, wie sehr Sie sich momentan **in Kontrolle der Umgebung fühlen** bzw. wie sehr Sie sich **kontrolliert** fühlen. Wenn Sie sich äusserst kontrolliert/ machtlos/einflusslos fühlen, kreuzen Sie bitte die Figur auf der linken Seite an. Wenn Sie sich als äusserst kontrollierend/ mächtig/ wirksam empfinden, kreuzen Sie bitte die Figur ganz rechts an. Wiederum können Sie Zwischen-Einschätzungen angeben, indem Sie eine der anderen Figuren bzw. ein Kästchen zwischen den anderen Figuren ankreuzen.



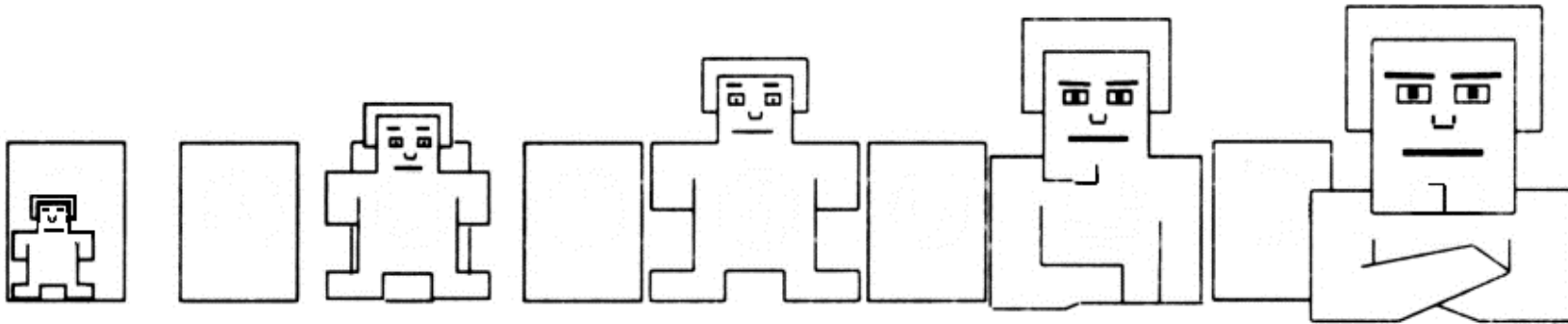
Zufrieden – Unzufrieden



Angespannt – ruhig



Kontrolliert – die Umgebung kontrollierend



Beschreibung	Leitfaden zum Hauptteil der BSR-Interviews. Der Leitfaden wurde den Interviewenden und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten angepasst.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : Korrektive Erfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Leitfaden – Vorlage. Siehe auch nächste Seiten. Diese Vorlage beinhaltet auch die „Fragen zu den Folgen des Ereignisses“ und den „EMO-Check“ (siehe unten).

Brief Structured Recall, deutsche Version

Es gibt verschiedene Art und Weisen, diese neuen und verändernden Erfahrungen zu untersuchen. Man kann zum Beispiel am Ende einer Therapie zurückschauend versuchen zu verstehen, ob solche vorgekommen sind und wie sie waren. Was wir heute machen, ist direkt nach einer Therapiesitzung nach Erfahrungen in dieser Sitzung zu fragen, wo sie noch frisch im Gedächtnis sind.

Offene Fragen:

Glauben Sie, dass Sie während der soeben durchgeführten Stunde eine solche Erfahrung gemacht haben?

Anders gefragt: erlebten Sie in der Therapiesitzung bestimmte Erfahrungen, Gedanken, Gefühle, Sichtweisen oder Verhaltensweisen, die für Sie anders und möglicherweise verändernd waren?

Falls „ja“:

Können Sie diese benennen?

Falls „Es gab eine Erfahrung, aber sie war nicht wirklich neu“ (oder Ähnliches):

Wir werden diese Erfahrung trotzdem näher untersuchen. Können sie diese benennen?

Falls „nein“

- falls vorher nicht verwendet, können die Beispiele ausgeführt werden
- Stundenbogen und/oder Fragenkatalog „Therapiesitzung“ anwenden

Wären Sie damit einverstanden, dass wir dieses Ereignis auf der Videoaufzeichnung der Therapiestunde zu identifizieren versuchen und ich Ihnen im Anschluss daran einige Fragen dazu stelle?

Ungefähr wann im Verlauf der Sitzung kam es zu dem Ereignis?

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Einführung in die Methode des stimulated recall

Wir werden nun die Stelle im Verlauf der Therapiestunde auf dem Videoband der Stunde zu finden versuchen, an der sich die Erfahrung zutrug. Wir schauen uns anschließend die Stelle noch einmal an und ich werde Ihnen im Anschluss ein paar Fragen dazu stellen. Der Grund dafür, dass ich Ihnen das Video noch einmal vorspiele, ist der, dass das Ihnen helfen soll, sich noch besser in die damalige Therapiesituation hineinzusetzen.

Vielleicht wird es für Sie zunächst etwas ungewohnt oder auch komisch sein, sich auf Video zu sehen. Aus Erfahrung wissen wir, dass das bei vielen Menschen, auch Therapeuten, dazu führen kann, dass sie sich darauf konzentrieren, zu überleben „wie ich war“. Das ist ganz normal. Für unsere Forschung wäre es aber am besten, wenn Sie sich mithilfe der Videoaufnahme so gut Sie können in die Therapiestunde zurückzusetzen versuchen würden.

Lokalisierung des Beginns des Ereignisses

„Gut. Ich werde jetzt das Videoband vorspulen, um die Stelle ausfindig zu machen, ab der das Ereignis beginnt. [Procedere situationsangepasst erklären]“.

An bestimmten Stellen 10 – 20 Sekunden-Therapieprozess einspielen. Jeweils Nachfrage an Patient/Patientin: „Hat sich das Ereignis schon ereignet?“ Wie weit, denken Sie, sind wir noch von seinem Anfang entfernt?“

Mit diesem Vorspulen – Anhalten – Sequenz abspielen – Nachfrage an Patientin fährt der Untersucher solange fort, bis Patient/Patientin ihm mitteilt, dass das Event nun beginnt oder sie nun mitten drin sind.

Identifikation des Beginns:

„Können Sie mir sagen, wann genau das Ereignis für Sie beginnt. Mit dieser Aussage ...?“

Wenn Patient/Patientin zögert, ihn/sie ermutigen: *„Das mag für Sie etwas willkürlich sein, aber es gibt hier kein richtig oder falsch: Sagen Sie einfach, was für Sie Ihrer Empfindung nach der Beginn ist. Es gibt kein Richtig oder Falsch. Es geht uns um Ihr Erleben in der Situation. Und da sind Sie die Expertin“.*

Beginn: **Zeit:**

Zeit und erste Aussage laut wiederholen.

Lokalisierung des Endes des Ereignisses

„Wenn ich das Ereignis jetzt abspielen lasse, bitte ich Sie sich so gut Sie können in die damalige Situation hineinzusetzen und mir bitte ein Signal mit Kopfnicken zu geben, Handzeichen oder einer Bemerkung, wenn Ihrer Meinung das Ereignis zu Ende gegangen ist“

„Haben Sie Fragen?“

Ende: **Zeit:**

Zeit und letzte Aussage laut wiederholen.

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Offene Fragen zur Ereignis-Exploration: Erleben in der Situation

Im Folgenden werde ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Erleben während des Ereignisses stellen. Ich würde Sie dafür bitten, sich noch einmal, so gut es geht, in die Therapie-Situation, die wir gerade auf Videoband gesehen haben, hineinzusetzen.

3.0 Könnten Sie mit eigenen Worten schildern, worin die neue und verändernde Erfahrung innerhalb dieses Ausschnittes bestand?

Welche Gedanken oder innere Bilder hatten Sie während des Ereignisses?

Können Sie sich an Veränderungen Ihrer Gedanken während des Ereignisses erinnern? (Diese und die folgenden kleingeschriebenen Fragen nach Veränderungen sollen nicht gestellt werden, falls die erste Frage mit „nein“ beantwortet wird oder falls Schwierigkeiten beim Verstehen auftreten)

Hier muss ggf., mit Hilfe der Untersuchung der Gedanken, eine Einigung stattfinden, worin genau die neue und möglicherweise verändernde Erfahrung besteht. Es muss klar gemacht werden, dass sich die folgenden Fragen darauf beziehen werden. (Obwohl auch Zustände davor und danach interessieren.)

.....
.....
.....
.....

Erlebten Sie während dieser Situation bestimmte Gefühle? Welche?

Kam es zu Veränderungen dieser Gefühle?

Wie war Ihr Verhalten während des Ereignisses?

Spezifische Beispiele geben (z.B. sich konzentrieren, entspannen, nachdenken)

Änderten Sie an einer Stelle Ihr Verhalten?

Hatten Sie bestimmte Absichten? Versuchten Sie, etwas zu tun?

Wollten Sie was erreichen? Hatten Sie was vor? Hatten Sie eine Absicht? Wollten Sie was machen oder hat es sich so ergeben? Hatten Sie was vor? (Konkreter Fall: Herz ausschütten oder ich muss nun der Therapeutin was sagen. Wollten Sie ein Problem lösen?)

Änderten sich Ihre Absichten?

Wie erlebten Sie sich während des Ereignisses in Bezug auf **Herrn/Frau ...?** Hatten Sie bestimmte Gefühle/Gedanken, die sich auf **ihn/sie** bezogen?

Kam es an einer Stelle zu Veränderungen dieses Erlebens?

Wie aktiviert/gespannt erlebten Sie sich während des Ereignisses? Empfanden Sie bestimmte körperliche Reaktionen (z.B. Kribbeln, Herzklopfen)?

Änderten diese sich?

Frage 3.7. nur stellen, falls nicht bereits abnbar:

Gibt es Gedanken, Gefühle, Reaktionsweisen – vielleicht diejenigen, die Sie gerade beschrieben haben oder andere, die Sie in der Situation als besonders positiv bzw. negativ (beides erfragen) erlebten?

Tat **Herr/Frau ...** im Verlauf des Geschehens oder kurz zuvor etwas, das Sie als besonders positiv bzw. negativ (beides erfragen) erlebten?

Offene Erfragung der Folgen des Ereignisses auf den Patienten

Im Folgenden werde ich Ihnen einige Fragen zu Folgen und möglichen Folgen des Ereignisses.

Welche Folgen hatte das Ereignis in der Therapiestunde auf Sie?

.....
.....
.....
.....

Welche Wirkung hatte und hat das Ereignis jetzt, nachdem Sie es auf Video angesehen haben und darüber nachgedacht haben?

Was ist der wichtigste Gedanke bzw. das wichtigste Gefühl, das Sie durch das Ereignis gewonnen haben?

(Frage nicht stellen, wenn sie durch obige 2 Fragen bereits beantwortet wurde.)

.....
.....
.....
.....

Wie leicht/schwer fällt es Ihnen, sich in die damalige Therapiesituation hineinzusetzen?

Aushändigen und ankreuzen lassen

Sehr schwer	Schwer	Mittel	Leicht	Sehr leicht
<i>(ich kann es mir kaum vor Augen führen)</i>	<i>(einzelne Inhalte sind mit noch präsent, aber</i>	<i>(ich kann mich noch an mehrere Sachen erinnern,</i>	<i>(Mir kann noch an viele Gedanken und</i>	<i>(ich kann es mir leicht vor Augen führen)</i>

	<i>nicht mehr)</i>	<i>aber ich muss mich sehr dafür anstrengen)</i>	<i>Gefühle denken, mehrere weiss ich aber nicht mehr)</i>	
	1	2	3	4
				5

Offene Fragen zur Ereignis-Exploration

Ich werde Ihnen nun noch einige Fragen stellen. Diese zielen darauf, Sie anzuregen, mir über Dinge zu erzählen, bei denen Sie Bezüge zum ausgewählten Geschehen sehen.

Stellen Sie sich bitte die jeweilige Frage und warten Sie einfach ab, was Ihnen dazu einfällt. Wenn Ihnen dazu etwas in den Sinn kommt, beschreiben Sie es bitte. Wenn Ihnen nichts einfällt oder wenn die Frage nicht zum Ereignis passt, sagen Sie es mir bitte einfach. (Versuchen Sie bitte nicht, eine Antwort zu erzwingen oder etwas zu erfinden, um mir einen Gefallen zu tun.)

Ist Ihnen alles bis hierhin klar oder haben Sie Fragen?

Gut dann beginne ich:

Passierte etwas im vorherigen Verlauf dieser Therapie-Sitzung, zu dem das Ereignis (Ihrer Vermutung nach) in Zusammenhang steht?

Sehen Sie einen Bezug zwischen dem Ereignis und etwas, das sich später in der Therapie zutrug?

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Ereignis und etwas, das sich in den vergangenen Therapiestunden ereignet hat?

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen dem Ereignis und **Herrn/Frau als Person?**

Sehen Sie einen Bezug zwischen etwas, was Sie in der vergangenen Woche oder in einer der letzten Wochen erlebt haben, und dem Ereignis?

Fällt Ihnen etwas ein, das sich früher in Ihrem Leben zugetragen hat, das mit dem Ereignis in Bezug steht? (z.B. in Ihrer Kindheit, in Ihren Beziehungen zu Ihren Eltern, Ihrer Familie, Jugenderfahrungen von Ihnen.)

Falls ja:

Fallen Ihnen hierzu konkrete Erfahrungen (aus ihrer Vergangenheit, Kindheit, Beziehung zu Eltern) ein? Inwiefern unterschied sich das Ereignis von diesen Erfahrungen? Inwiefern sehen Sie Gemeinsamkeiten?

Können Sie an bestimmte Wünsche und Ängste von Ihnen denken, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen?

Falls ja:

Fallen Ihnen im Zusammenhang mit diesen Wünschen/Ängsten bestimmte Erfahrungen ein? Inwiefern unterschied sich das Ereignis von diesen Erfahrungen? Inwiefern sehen Sie Gemeinsamkeiten?

Können Sie einen Zusammenhang zwischen Stärken und Schwächen von Ihnen und dem Ereignis sehen? (Also zwischen Dingen, in denen Sie gut sind oder umgekehrt Dingen, bei denen Sie an Ihre Grenzen stoßen; der Art und Weise, wie Sie auf Probleme reagieren.)

Kommt Ihnen etwas aus Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation in den Sinn, bei dem Sie einen Zusammenhang mit dem Ereignis sehen?

Sehen Sie einen Bezug zwischen Zielen, die Sie in die Therapie formuliert haben, und dem Ereignis?

GAS-Ziele zeigen und lesen lassen

Genau nachfragen inwiefern die Erfahrung welchen Bezug zu welchen Zielen hat.

Beschreiben Sie mögliche Veränderungen infolge des Ereignisses. Versuchen Sie bitte einmal zu spekulieren, was sich möglicherweise für Sie aufgrund des Ereignisses ändern könnte. Welche spezifischen Dinge könnten sich in der nächsten Zeit (nächster Monat, z.B.) für Sie infolge des Ereignisses zutragen?

.....
.....
.....
.....

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Fragebögen „Fragen zu den Folgen des Ereignisses“ und dann „EMO-Check“ verteilen

Abschluss

Nachbesprechung/Briefing:

Wir sind nun am Schluss des Interviews angekommen. Da wir dieses Interview bei weiteren Patienten anwenden möchten, wären wir froh, wenn wir noch besprechen könnten, wie es Ihnen dabei ergangen ist. Wie war es für Sie, interviewt zu werden?

Ev.: Wir sind uns bewusst, dass es anstrengend und/oder persönlich ist, aber es geht nicht anders, wenn wir diese Fragen gut untersuchen möchten.

Denken Sie, dass Sie vom Interview (auch) profitieren konnten oder profitieren werden?

Haben Sie übrigens während der Therapiesitzung daran gedacht, dass das Interview noch folgen würde?

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Sind Sie einverstanden, dass wir **Herrn/Frau ...** ein Transkript und einen Video-Ausschnitt des identifizierten Ereignisses schicken, damit **er/sie** einige Frage dazu beantworten kann?

Danksagung/Kontaktinformation:

Wir sind Ihnen sehr dankbar, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben und uns somit dabei geholfen haben, diese Erfahrungen weiter zu erforschen. Sollen im Nachhinein noch Fragen auftauchen, oder falls Sie noch Ergänzungen anbringen möchten, können Sie **mir/Herrn Ferrari** gerne eine E-Mail schreiben oder auch anrufen (*Kontaktinformationen geben*).

Aushändigung der 30 Franken

Empfangsbestätigung unterschreiben lassen, auf Wunsch Quittung mitgeben

Bereiterklärung Nachfolgeinterview:

Wir planen im Rahmen des Projektes weitere Datenerhebungen nach Abschluss der Therapie, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu untersuchen. Diese sind sehr wichtig, weil man nur über diesen Weg erfahren kann, ob und wie aussagekräftig unter anderem diese erste Interviews sind.

Wären Sie allenfalls dazu bereit, Fragebögen per Post zugeschickt zu bekommen und für ein zweites Interview nochmals kontaktiert zu werden?

Auf Wiedersehen, **Herr/Frau** !

Erfassung Zusammenhänge zwischen korrektiven Erfahrungen und GAS-Zielen

Beschreibung	Mit Hilfe dieser Tabelle wurden Zusammenhänge zwischen den einzelnen korrektiven Erfahrungen und GAS-Zielen erfasst. Diese Tabelle wurde erst erstellt, nachdem ungefähr die Hälfte der Interviews bereits durchgeführt worden war.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : Korrektive Erfahrungen – Interview-Materialien – BSR – GAS – Vorlage. Siehe auch nächste Seite. <u>Ausgefüllte Originale (inkl. GAS-Ziele)</u> : Korrektive Erfahrungen – Interview-Materialien – BSR – GAS – Originale

	Erfahrung Nr. 1	Erfahrung Nr. 2	Erfahrung Nr. 3	Erfahrung Nr. 4
Ziel 1:	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG
Ziel 2:	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG
Ziel 3:	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG
Ziel 4:	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG	<input type="checkbox"/> DIREKT <input type="checkbox"/> INDIREKT <input type="checkbox"/> KEIN ZUSAMMENHANG

Fragen zu den Folgen des Ereignisses

Beschreibung	Mit diesem Fragebogen werden mit 18 Fragen, die mit Likert-Skalen zu beantworten sind, Folgen der korrekativen Erfahrung erfasst. Der Fragebogen wird je nach Geschlecht der Therapeutin bzw. des Therapeuten angepasst. Es handelt sich um eine eigene deutsche Übersetzung der englischen Originalversion von Elliott (1985b).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<p><u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Leitfaden – Vorlage. Siehe auch nächste Seiten. Diese Vorlage beinhaltet auch den „Leitfaden BSR“ (siehe oben) und den „EMO-Check“ (siehe unten).</p> <p><u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Fragen zu den Folgen der Erfahrung.</p> <p><u>Daten:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – SAM – Daten (nicht vollständig). <i>Anmerkung: Die SPSS-Maske zur Erfassung dieser Daten beinhaltet auch die Daten zu den „Self-Assessment Manikins“ (siehe oben) und zu den „EMO-Checks“ (siehe unten). Es wurden nicht alle Daten erfasst, für Auswertungen müsste also mit den Originalen abgeglichen werden.</i></p>

Fragen zu den Folgen des Ereignisses

Instruktionen

Bitte nehmen Sie sich nochmal einen Moment Zeit, um darüber nachzudenken, wie das Ereignis Sie berührte. Sie finden verschiedene Folgen, die Therapie-Ereignisse bei Klienten haben können. Kreuzen Sie bitte jeweils an, wie stark diese Folgen bei Ihnen wegen des Ereignisses auftraten. Wenn eine Aussage nicht zutrifft, können Sie diese streichen.

- spielte in der Szene keine Rolle/überhaupt nicht zutreffend
- ein wenig zutreffend
- mittel zutreffend
- trifft es ziemlich
- trifft es sehr stark

1. Erfahrung von etwas Neuem über mich: Ich gelangte zu einer Einsicht über mich oder verstand etwas Neues über mich. Ich sah, warum ich etwas tat oder fühlte.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

2. Erkennen von etwas Neuem über eine andere Person: Ich gelangte zu einer Einsicht über eine andere Person; ich verstand etwas Neues über einen bestimmten Menschen oder Menschen im Allgemeinen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

3. Bewusstsein/Klarheit über Gefühle/Erfahrungen erlangen: Mir wurde klarer, dass ich bestimmte Gefühle, Gedanken, Erinnerungen oder andere Erfahrungen habe. (Merken Sie: Gemeint ist, ob ich mir klarer wurde über den Inhalt und die Art meiner Gefühle. Es geht nicht so sehr um ein intellektuelles Verständnis der Gründe für bestimmte Gefühle.)

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

4. Definition von Problemen, an denen ich arbeiten möchte: Mir wurde klarer, was ich in meinem Leben ändern muss oder woran ich in der Therapie arbeiten muss; was meine Ziele sind.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

5. **Ich weiss besser, was ich bzgl. meiner Probleme tun muss:** Ich erkannte verschiedene Arten, mit einer bestimmten Situation oder einem bestimmten Problem umzugehen. Ich machte eine Entscheidung oder löste einen Konflikt darüber, was ich tun muss.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

6. **Gefühl, vom Therapeuten/von der Therapeutin verstanden zu werden:** Es kam mir vor, dass Herr/Frau ... wirklich verstand, was ich sagte oder was mit mir im Moment der Sitzung los war/dass Herr/Frau ... verstand, was für eine Person ich bin.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

7. **Gefühl, unterstützt und ermutigt zu werden:** Ich fühlte mich unterstützt, versichert, bestärkt, ermutigt durch Herrn/Frau ...

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

8. **Mich wohler fühlen:** Ich fühlte mich von einem unangenehmen oder schmerzhaften Gefühl erleichtert; ich fühlte mich weniger nervös, gedrückt, schuldig oder wütend über die Sitzung oder im Allgemeinen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

9. **Gefühl, stärker in Therapie involviert zu sein; härter zu arbeiten:** Ich fühlte mich stärker hineingezogen in den Therapieprozess; mein Denken wurde stimuliert; ich fing an, härter zu arbeiten. Ich wurde zuversichtlicher, dass das, was ich in der Therapie tun muss, wirklich helfen wird.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

10. **Gefühl stärkerer Nähe zum Therapeuten/zur Therapeutin:** Ich bekam das Gefühl, dass Herr/Frau ... und ich wirklich zusammenarbeiten, um mir zu helfen. Herr/Frau ... beeindruckte mich als Person; ich begann, ihm/ihr stärker zu vertrauen; mochte ihn/sie (noch) mehr, respektierte, bewunderte ihn/sie. Wir überwand ein Problem zwischen uns.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
-----------------	-----------	--------	----------	------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. (Noch stärker) Von unangenehmen Gedanken gestört/verstärkter Drang, unangenehme Gedanken wegzuschieben: Das Ereignis brachte mich dazu, über unangenehme oder schmerzvolle Ideen, Erinnerungen oder Gefühle nachzudenken, die nicht hilfreich waren. Es löste den Drang aus, bzw. verstärkte den Drang, bestimmte Gedanken oder Gefühle wegzuschieben oder zu vermeiden.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

12. Gefühl von zuviel Druck; ungenügender Orientierung: Ich spürte zu viel Druck auf mir, etwas zu tun, entweder in der Therapiesitzung oder außerhalb von ihr. Ich fühlte mich von **Herrn/Frau ...** alleine gelassen, bzw. mich von **ihr/ihm** zu sehr auf mich selbst gestellt.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

13. Gefühl, von der Therapeutin/vom Therapeuten nicht verstanden zu werden: Ich fühlte mich missverstanden; fühlte, dass **Herr/Frau ...** mich nicht versteht/nicht verstehen kann, was ich **ihr/ihm** sage; ich fühlte mich in dem Moment missverstanden oder grundsätzlich missverstanden.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

14. Gefühl, von der Therapeutin/vom Therapeuten angegriffen zu werden, Gefühl, dass ich der Therapeutin/dem Therapeuten egal bin: Ich fühlte mich kritisiert, negativ bewertet oder abschätzig behandelt. **Herr/Frau ...** erschien mir kalt, gelangweilt oder an mir nicht interessiert.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

15. Gefühl von Verwirrung oder Abgelenkt-Sein: Ich fühlte mich von den Dingen/Themen abgelenkt, die mir wichtig waren. Ich fühlte mich verwirrt durch das, was **Herr/Frau ...** sagte oder tat. **Herr/Frau ...** störte mich bei dem, was ich gerade tat/worüber ich gerade nachdachte.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

16. Ungeduld oder Zweifel am Wert der Therapie: Ich fühlte mich gelangweilt; ich war ungeduldig über den langsamen Fortschritt in der Therapie; ich hatte keine Lust mehr, dieselben Dinge immer und immer wieder durchsprechen zu müssen. Es kam mir so vor, dass die Therapie sinnlos ist oder zu nichts führt.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

17. Andere wichtige Folgen: Beschreiben und bewerten Sie bitte mit der untenstehenden Skala andere Wirkungen, welche als Folge des Ereignisses eintreten könnten. Geben Sie an, in welchem Ausmass sie eintreten könnten:

(1)

(2)

(1)

Gar nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

(2)

Gar nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

(3)

Gar nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

18. Wichtigste Folge: Gehen Sie nun noch einmal alle Ihre Einschätzungen durch und wählen Sie die wichtigste der 17 Folgen, die Sie gerade eingeschätzt haben. Merken Sie: die wichtigste Folge muss nicht unbedingt eine diejenigen sein, welcher Sie die höchste Wertung zugeschrieben haben.

No: _____

EMO-Check

Beschreibung	Mit diesem Fragebogen werden Emotionen und Emotions-Regulationstechniken, wie sie im Ablauf der korrektiven Erfahrung erlebt bzw. angewendet wurden, erfasst. Es handelt sich um einen Fragebogen von Berking und Znoj (2008), dessen Einleitung für eine Anwendung im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts angepasst wurde.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<p><u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Leitfaden – Vorlage. Siehe auch nächste Seiten. Diese Vorlage beinhaltet auch den „Leitfaden BSR“ und die „Fragen zu den Folgen des Ereignisses“ (siehe oben).</p> <p><u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – EMO-Check.</p> <p><u>Daten:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – SAM – Daten (nicht vollständig). <i>Anmerkung: Die SPSS-Maske zur Erfassung dieser Daten beinhaltet auch die Daten zu den „Self-Assessment Manikins“ und zu den „EMO-Checks“. Es wurden nicht alle Daten erfasst, für Auswertungen müsste also mit den Originalen abgeglichen werden.</i></p>

EMO-Check

Anleitung:

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrem emotionalen Befinden während dieses Ereignisses und Ihrem Umgang mit diesem. Bitte beantworten Sie die Fragen spontan, indem Sie die Antwort aussuchen und ankreuzen, die Ihnen am passendsten erscheint.

1. Gefühle & Stimmungen: Während des Ereignisses fühlte ich mich...

		über- haupt nicht	ein wenig	mittel- mässig	ziemlich	sehr		Über- haupt nicht	ein wenig	mittel- mässig	ziemlich	sehr	
1	mutig:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	20	beschämt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2	wertlos:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	21	nervös:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3	dankbar:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	22	durcheinander:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4	aktiv:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	23	ängstlich:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5	interessiert:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	24	sicher:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6	freudig erregt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	25	traurig:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7	stark:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	26	enttäuscht:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8	inspiriert:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	27	zuversichtlich:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9	stolz:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	28	geborgen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10	begeistert:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	29	beunruhigt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11	wach:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	30	niedergeschlagen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12	entschlossen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	31	betrübt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
13	aufmerksam:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	32	angespannt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14	bekümmert:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	33	gestresst:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15	verärgert:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	34	hoffnungslos:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16	schuldig:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	35	optimistisch:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17	erschrocken:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	36	besorgt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18	feindselig:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	37	angeekelt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19	gereizt:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	38	wertvoll:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

2. Umgang mit Gefühlen: Während des Ereignisses ...		über- haupt nicht	selten	manch- mal	oft	fast immer
39)	... achtete ich auf meine Gefühle.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
40)	... konnte ich positivere Gefühle gezielt herbei führen.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
41)	... verstand ich meine emotionalen Reaktionen.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
42)	... fühlte ich mich auch intensiven, negativen Gefühlen gewachsen.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
43)	... konnte ich auch negative Gefühle annehmen.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
44)	... hätte ich klar benennen können, wie ich mich gerade fühle.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
45)	... hatte ich eine gute körperliche Wahrnehmung meiner Gefühle.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
46)	... machte ich, was ich mir vorgenommen hatte, auch wenn ich mich dabei unwohl oder ängstlich fühlte.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
47)	... versuchte ich, mir in belastenden Situationen selber Mut zu machen	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
48)	... konnte ich meine negativen Gefühle beeinflussen.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
49)	... wusste ich, was meine Gefühle bedeuten.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
50)	... schenkte ich meinen Gefühlen Aufmerksamkeit.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
51)	... war mir klar, was ich gerade fühlte.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
52)	... merkte ich gut, wenn mein Körper auf emotional bedeutende Situationen besonders reagierte.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
53)	... versuchte ich mich in belastenden Situationen selber aufzumuntern.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
54)	... konnte ich trotz negativer Gefühle das machen, was ich mir vorgenommen hatte.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
55)	... konnte ich zu meinen Gefühlen stehen.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
56)	... war ich mir sicher, auch intensive, unangenehme Gefühle aushalten zu können.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
57)	... setzte ich mich mit meinen Gefühlen auseinander.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
58)	... war mir bewusst, warum ich mich so fühlte, wie ich mich fühlte.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
59)	... war mir klar, dass ich meine Gefühle beeinflussen kann.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄
60)	... konnte ich wichtige Ziele verfolgen, auch wenn ich mich dabei manchmal unwohl oder unsicher fühlte.	<input type="radio"/> ₀	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄

Empfangsbestätigung Versuchspersonen-Geld

Beschreibung	Schriftliche Bestätigung, dass das Versuchspersonen-Geld in der Höhe von Fr. 30.- empfangen worden ist.
Speicherort	<u>Unterschriebene Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Empfangsbestaetigungen – Originale <u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – BSR – Empfangsbestaetigungen – Vorlage. Siehe auch unten.

b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Bestätigung Empfang 30.- CHF

Ich bestätige den Empfang von 30.- CHF im Rahmen eines Interviews zum Thema „korrektive Erfahrungen“

Ort, Datum: Bern,

Unterschrift:

HEKSP-Interviews

Die folgenden Unterlagen waren identisch oder sehr ähnlich mit denjenigen der BSR-Interviews, so dass sie zwar im Archiv der Abteilung „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ abgespeichert, im vorliegenden Anhang jedoch nicht präsentiert werden:

- Teilnehmenden-Information;
- Einführung in das Untersuchungsobjekt;
- Self-Assessment Manikin;
- Erfassung der Zusammenhänge zwischen korrektiven Erfahrungen und GAS-Zielen;
- Empfangsbestätigung Versuchspersonen-Geld.

Fragenkatalog „Therapie“

Beschreibung	Hilfsfragen zur Identifizierung einer korrektiven Erfahrung, die gestellt werden konnten, falls mit dem Leitfaden zur Einführung in das Untersuchungsobjekt keine identifiziert werden konnte. Es wurden verschiedene Blätter vorbereitet, bei denen die Reihenfolge der Fragen jeweils nach Zufallsprinzip variiert wurde.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – HEKSP – Fragenkatalog Therapie. Siehe auch unten.

Fragenkatalog Therapie

Sehen Sie nach der Therapie bestimmte Dinge in einem neuen Licht? Sind Ihnen Zusammenhänge klar geworden, die Sie bisher nicht gesehen haben?

Welche Erkenntnis in Bezug auf die Therapie hat Ihnen am meisten Klärung gebracht und Ihre Sichtweise zum Beispiel auf Sie selber, auf andere, auf Ihre Vergangenheit oder Zukunft grundlegend verändert?

Glauben Sie, dass Sie sich nach der Therapie besser so verhalten können, wie Sie möchten?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich selbst und Ihre Probleme besser verstehen?

Ist Ihnen im Rahmen der Therapie klarer geworden, weshalb Sie gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagieren?

Fühlen Sie sich nach der Therapie Situationen besser gewachsen, denen Sie sich bisher nicht gewachsen gefühlt haben?

Fragenkatalog verwendet am

Leitfaden HEKSP

Beschreibung	Leitfaden zum Hauptteil der HEKSP-Interviews. Der Leitfaden wurde den Interviewenden und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten angepasst.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Balderer Rhea, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Interview-Materialien – HEKSP – Leitfaden – Vorlage. Siehe auch nächste Seiten.

Halbstandardisiertes Interview zur Exploration Korrektiver Erfahrungen aus Sicht des Patienten

Offene Fragen

Einführende Fragestellung

Glauben Sie, dass Sie im Rahmen der Therapie solche Erfahrungen gemacht haben? (*Ggf. auflisten und Erfahrungen nacheinander einzeln bearbeiten.*)

Falls „ja“:

Würden Sie diese benennen? Wir schauen sie dann alle einzeln an.

Falls „nein“

- a) Falls vorher nicht verwendet, können die Beispiele ausgeführt werden.
- b) Fragenkatalog „Therapie“ anwenden.

Falls weiterhin nichts identifiziert wird

Warum glauben Sie, keine neue und verändernde Erfahrungen gemacht zu haben?

Dann: Zu s. 208 Springen. Frage nach dem Bezug zu den Erfahrungen kann nicht gestellt werden.

Spezifizierungsfragen:

Ergänzen im Hinblick auf noch unklare Elemente, d.h. jede Frage nur dann stellen, wenn sie mit der spontanen Schilderung nicht bereits beantwortet wurde.

Was passierte genau?

Hier muss eine Einigung stattfinden, worin die neue und möglicherweise verändernde Erfahrung genau besteht. Es muss klar gemacht werden, dass sich die folgenden Fragen darauf beziehen werden. (Obwohl auch die Zustände davor und danach interessieren.)

.....
.....
.....
.....

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Was dachten Sie dabei?

Was fühlten Sie dabei?

Hilfsfragen zur Identifizierung der Gefühle:

- *Haben Sie irgendwelche besonderen körperlichen Empfindungen verspürt?*
- *Wo im Körper spürten Sie diese Empfindung?*
- ➔ *Wie lange hielt dieses Gefühl ungefähr an?*

Was hatten Sie dabei vor?

Wie verhielten Sie sich dabei?

Ereignete sich das während der Therapiesitzungen?

Passierte das (auch) zwischen den Therapiesitzungen?

Handelte es sich bei dieser Erfahrung um eine einzelne Episode oder um mehrere die aber wiederholt vorkamen?

Haben Sie die Erfahrung/die Erfahrungen als eher intensiv oder eher weniger intensiv (vom Gefühl her) in Erinnerung?

Wissen Sie noch, wann im Therapieverlauf die Erfahrung stattfand?

Inwiefern glauben Sie, dass diese Erfahrung mit **Herrn/Frau** als Person zu tun hat?

Glauben Sie, dass diese Erfahrung eine dauerhafte Veränderung in Ihrem Leben mit sich gebracht hat?

Wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....

Glauben Sie, dass sich die Erfahrung, die Sie machen konnten, in Zukunft auswirken wird?

Wenn ja, wie?

.....
.....
.....
.....

Glauben Sie, dass Sie Wiederholungen dieser Erfahrung brauchen werden, bis Sie einen positiven Effekt derselben wahrnehmen können?

Glauben Sie, dass noch Weiteres dazu kommen muss, damit Sie von dieser Erfahrung in Zukunft profitieren oder noch mehr profitieren können?

Wie unterscheidet sich diese Erfahrung von früheren Erfahrungen, die Sie in diesem Bereich gemacht hatten?

Falls der Patient diesbezüglich nicht selber berichtet:

- Können Sie eine vergangene Erfahrung im selben Bereich schildern? Sehen Sie einen Unterschied zwischen vergangenen Erfahrungen in diesem Bereich und der Erfahrung, die Sie gemacht haben?
- ➔ Handelte es sich bei diesen früheren Erfahrungen um Einzelepisoden oder um wiederholte Erfahrungen?
- ➔ Haben Sie die Erfahrung/die Erfahrungen als eher intensiv oder eher weniger intensiv (vom Gefühl her) in Erinnerung?

Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig erscheint? Etwas, was ich noch hätte fragen sollen?

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Übergang zur nächsten korrektiven Erfahrung:

Dann gehen wir zur nächsten Erfahrung über, die Sie am Anfang erwähnt haben. (*Springe zurück zu Punkt 2, S.204*).

Weitere Anstossfrage:

Interpersonelle vs. intrapersonale korrektive Erfahrungen:

Bis jetzt ging es um Erfahrungen, welche Sie spontan identifizieren konnten. Zur Ergänzung erkläre ich ein weiteres Charakteristikum solcher Erfahrungen.

In der Forschung wird häufig unterschieden zwischen solchen Erfahrungen, bei welchen eher eine Interaktion mit anderen Menschen im Vordergrund steht und solchen, die jemand für sich alleine macht.

Fallen Ihnen nach diesem Hinweis weitere Erfahrungen ein, an die Sie bis jetzt noch nicht gedacht hatten? (*Springe zurück zu Punkt 2, S.204*)

Ergänzungen

Ergänzung Erwartungen:

GAS-Ziele:

Ich habe Ihre individuellen Zielvereinbarungen am Anfang Ihrer Therapie herausgesucht (*GAS-Blätter zeigen und vorlesen lassen*).

Glauben Sie, dass Sie ihre Ziele zum Teil oder vollständig erreicht haben?

Wenn ja:

Glauben Sie, dass dies mit den geschilderten Erfahrungen zu tun hat? Mit welchen und inwiefern?

Falls sich Kl. noch in Therapie befindet:

Haben sich Ihre Erwartungen an die Therapie im Laufe derselben verändert?

Wenn ja:

Glauben Sie, dass dies mit den geschilderten Erfahrungen zu tun hat? Mit welchen und inwiefern?

Hatten die geschilderten Erfahrungen (auch) weitere Folgen?

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Ergänzung „negative Erfahrungen“:

Es kann selbstverständlich auch dazu kommen, dass während den Psychotherapiesitzungen oder in der Periode einer Psychotherapie Erfahrungen gemacht werden, die sich eher verschlechternd auswirken als verbessernd. Oder es kann auch sein, dass zuerst negative Erlebnisse notwendig sind, bevor dann eine Verbesserung stattfinden kann. Man hat dann vielleicht den Eindruck, etwas Neues erfahren zu haben, was nicht unbedingt hätte sein müssen. Auch diese Arten von Erfahrungen interessieren uns. (*Springe zurück zu Punkt 2, S.204*)

Abschluss

Nachbesprechung/Briefing:

Wir sind nun am Schluss des Interviews angekommen. Da wir dieses Interview weiterhin anwenden möchten, wären wir froh, wenn wir noch besprechen könnten, wie es Ihnen dabei ergangen ist.

Wie war es für Sie, interviewt zu werden?

Dachten Sie während der Therapie an die Studie bzw. das erste und das kommende Interview?

Denken Sie, dass Sie vom Interview (auch) profitieren konnten oder profitieren werden?

SAM-Befindenseinschätzung

Am Schluss Blatt umdrehen.

Danksagung/Kontaktinformation:

Wir sind Ihnen sehr dankbar, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben und uns somit dabei geholfen haben, diese Erfahrungen weiter zu erforschen. Sollen im Nachhinein noch Fragen auftauchen, oder falls Sie noch Ergänzungen anbringen möchten, können Sie **mir/Herrn Ferrari** gerne eine E-Mail schreiben oder auch anrufen (*Kontaktinformationen geben*).

Bereiterklärung Nachfolgeinterview:

Wir planen im Rahmen des Projektes weitere Datenerhebungen nach Abschluss der Therapie, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu untersuchen. Diese sind sehr wichtig, weil man nur über diesen Weg erfahren kann, ob und wie aussagekräftig unter anderem diese erste Interviews sind.

Wären Sie allenfalls dazu bereit, Fragebögen per Post zugeschickt zu bekommen?

Aushändigung der 30 Franken

Empfangsbestätigung unterschreiben lassen

Auf Wiedersehen, **Herr/Frau** !

Zwischen- und Follow-up-Messungen

Beschreibung	<p>Vom Autor und Martine Möri entwickelte Fragebögen zur Erfassung von Auftreten und Nachhaltigkeit der unmittelbaren und mittelfristig erwarteten Folgen korrektiver Erfahrungen (Möri, 2012). Die Fragebögen wurden den Interviewenden und der Therapeutin bzw. dem Therapeuten angepasst.</p> <p>Datenerfassungen zu folgenden Zeitpunkten:</p> <p><u>BSR- und HEKSPb-Interviews:</u> 6 und 12 Monate nach der Interview-Durchführung (Zwischenmessungen) und 6 und 12 Monate nach Therapieende (Follow-up-Messungen);</p> <p><u>HEKSPa-/c-/d-Interviews:</u> 6 und 12 Monate nach Therapieende (Follow-up-Messungen).</p>
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Möri Martine, Caspar Franz
Speicherort	<p><u>Vorlagen:</u></p> <p>BSR: KorrektiveErfahrungen – Zwischen- und Follow-up-Messungen – BSR – Vorlagen. Siehe auch nächste Seiten (Vorlage einer Follow-up-Messung für BSR-Interviews).</p> <p>HEKSP: KorrektiveErfahrungen – Zwischen- und Follow-up-Messungen – HEKSP – Vorlagen</p> <p><u>Ausgefüllte Originale:</u></p> <p>BSR: KorrektiveErfahrungen – Zwischen- und Follow-up-Messungen – BSR – Originale.</p> <p>HEKSP: KorrektiveErfahrungen – Zwischen- und Follow-up-Messungen – HEKSP – Originale.</p> <p><u>Daten:</u></p> <p>BSR: KorrektiveErfahrungen – Zwischen- und Follow-up-Messungen – BSR – Daten. <i>Es wurden nicht alle Daten erfasst, für Auswertungen müsste also mit den Originalen abgeglichen werden.</i></p> <p>HEKSP: KorrektiveErfahrungen – Zwischen- und Follow-up-Messungen – HEKSP – Daten. <i>Es wurden nicht alle Daten erfasst, für Auswertungen müsste also mit den Originalen abgeglichen werden.</i></p>

Forschungsprojekt „Korrektive Erfahrungen“

Im Laufe Ihrer Psychotherapie mit **Frau Therapeutin** haben Sie an einem Forschungsprojekt der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern teilgenommen. Sie wurden am **1. Juni 2010** von **Herrn Nicola Ferrari** **ein erstes Mal** zum Thema „neue und verändernde Erfahrungen“ in der am selben Tag durchgeführten Psychotherapiesitzung interviewt.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie zusätzlich noch einige Fragen zu diesem Interview beantworten könnten.

1. Wie gut können Sie sich an das am **1. Juni 2010** durchgeführte Interview erinnern (Kontaktaufnahme, Durchführung, an **den** Interviewer, grob an die berichteten Inhalte)?

Überhaupt nicht (Ich kann mich nicht an das Interview erinnern)	Ein wenig (Ich erinnere mich ans Interview, aber nicht mehr genau, um was es ging)	Mittel (Ich kann mich an einige Inhalte und Situationen erinnern)	Ziemlich (Ich kann mich ziemlich genau an Interview und Interviewer erinnern)	Sehr (Inhalte und Interviewer, die ganze Situation ist mir noch sehr präsent)
1	2	3	4	5

Im Interview identifizierten Sie eine neue und möglicherweise verändernde Erfahrung, die Sie während der zuvor stattgefundenen Sitzung erlebten. Diese fassen wir wie folgt zusammen:

„Ich konnte einfach meine Gefühle spüren, selbst wenn sie schwierig waren. Es war schmerzhaft. Frau Therapeutin war einfach da, ich war ihr dafür dankbar.“

Haben Sie dazu Ergänzungen / Korrekturen / Anmerkungen?

.....

.....

.....

2. Ist Ihnen diese Erfahrung noch präsent?

Überhaupt nicht (Ich kann mich nicht mehr an diese Erfahrung erinnern)	Ein wenig (Ich kann mich vage an diese Erfahrung erinnern)	Mittel (Ich kann mich an die Erfahrung erinnern, aber ohne Details)	Ziemlich (Ich kann mich ziemlich gut an die Erfahrung erinnern, sie ist mir noch recht präsent)	Sehr (Die Erfahrung ist mir noch sehr präsent, ich habe noch mehrmals darüber nachgedacht)
1	2	3	4	5

Sie berichteten, wie diese Erfahrung für den Rest der Therapiesitzung und/oder gleich danach die Wirkung hatte, eine **Nähe zu Ihren Gefühlen herzustellen** und/bzw.

3) Wie lange **hielt diese Wirkung / hielten diese Wirkungen** an? (Bitte auf der Linie ankreuzen)

Zeitpunkt der noch an		Hält heute Erfahrung
------------------------------	--	-----------------------------

Sie berichteten, **dass diese Erfahrung in den folgenden Monaten dazu führen könnte, dass Sie besser auf Ihre Gefühle achten und diese einfacher zulassen könnten.**

4) Traf dies in den letzten **yy** Monaten tatsächlich ein?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr stark
1	2	3	4	5

5) Inwieweit führen Sie dies auf die erwähnte Erfahrung während der Sitzung am **1.6.2010** zurück?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr stark
1	2	3	4	5

Sie berichteten, wie diese Erfahrung mit ihrem Therapieziel „**Selbstwert**“ zu tun habe.

6) Wie hoch schätzen Sie heute den Einfluss dieser Erfahrung im Hinblick auf das Erreichen dieses Zieles ein?

Keinen Einfluss	Geringen Einfluss	Mittleren Einfluss	Ziemlich grossen Einfluss	Sehr starken Einfluss
1	2	3	4	5

Ebenso berichteten Sie, dass diese Erfahrung mit Ihrem Therapieziel „**Umgang mit Depressionen des Ehemannes**“ zu tun habe.

9) Wie hoch schätzen Sie heute den Einfluss dieser Erfahrung im Hinblick auf das Erreichen dieses Zieles ein?

Keinen Einfluss	Geringen Einfluss	Mittleren Einfluss	Ziemlich grossen Einfluss	Sehr starken Einfluss
1	2	3	4	5

10) Wiederholten oder vertieften Sie in den letzten yy Monaten diese Erfahrung in den Psychotherapiesitzungen, die auf das Interview folgten?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr stark
1	2	3	4	5

11) Inwiefern halfen diese Wiederholungen oder Vertiefungen der Erfahrung dem Erreichen des Therapiezieles „Selbstwert“?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

12) Inwiefern halfen diese Wiederholungen dem Erreichen des Therapiezieles „Umgang mit Depressionen des Mannes“?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

13) Wiederholten oder vertieften Sie in den letzten yy Monaten diese Erfahrung ausserhalb der Therapiesitzungen?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

14) Inwiefern halfen die Wiederholungen ausserhalb der Sitzungen dem Erreichen des Therapiezieles „Selbstwert“?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

15) Inwiefern halfen die Wiederholungen ausserhalb der Sitzungen dem Erreichen des Therapiezieles „Umgang mit Depressionen des Ehemannes“?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel)	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

16) Kam Weiteres (Erfahrungen innerhalb oder ausserhalb der Therapie, Lebensbedingungen im weitesten Sinne, ...) hinzu, welches das Ausmass Ihrer erreichten Therapieziele erklären könnte?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bitten senden Sie uns diesen Fragebogen mit dem beigelegten frankierten Retourcouvert zurück.

Fragebögen für Therapeutinnen und Therapeuten

TER-Fragebogen

Beschreibung	<p>Übersetzte und angepasste Version des Fragebogens „Therapist Event Recall“ (TER) (Elliott, 1990), wobei Therapeutinnen und Therapeuten Transkript und Video der von der Patientin oder vom Patienten identifizierten korrektiven Erfahrung erhielten. Der Fragebogen umfasste die folgenden vier Teile:</p> <ul style="list-style-type: none">– Fragebogen „Absichten und Gefühle während des Ereignisses“ (19 Fragen mit Likert-Skalen, 1 offene Frage).– Fünf offene Fragen zum Kontext des Ereignisses.– Zwei offene Fragen zur Wirkung des Ereignisses.– Fragen zu den Folgen des Ereignisses für den Patienten (Dies entspricht der Version für Patienten; 19 Fragen mit Likert-Skalen, eine offene Frage, Frage, in wie fern die Therapeutin oder der Therapeut durch die Wahl der KE durch die Patientin oder den Patienten überrascht wurde, drei offene Fragen zu erwartenden mittelfristigen Wirkungen der korrektiven Erfahrung).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<p><u>Vorlagen (Therapeut, Therapeutin, Englische Originalversion)</u>: KorrektiveErfahrungen – Frageboegen Therapeuten – TER – Vorlagen. Siehe auch unten (Version Therapeut).</p> <p><u>Ausgefüllte Originale</u>: KorrektiveErfahrungen – Frageboegen Therapeuten – TER – Originale.</p> <p><u>Daten</u>: KorrektiveErfahrungen – Frageboegen Therapeuten – TER – Daten. <i>Es wurden nicht alle Daten erfasst, für Auswertungen müsste also noch mit den Originalen abgeglichen werden.</i></p>

Therapist Event Recall Form (deutsche Übersetzung)

Patienten-Nr.:

Sitzungsnummer:

Datum der Sitzung:

Wir danken Ihnen für die Bereitschaft, an unserer Studie zum Thema „korrektive Erfahrungen“ teilzunehmen. Die Befragung wird ca. 45 Minuten dauern.

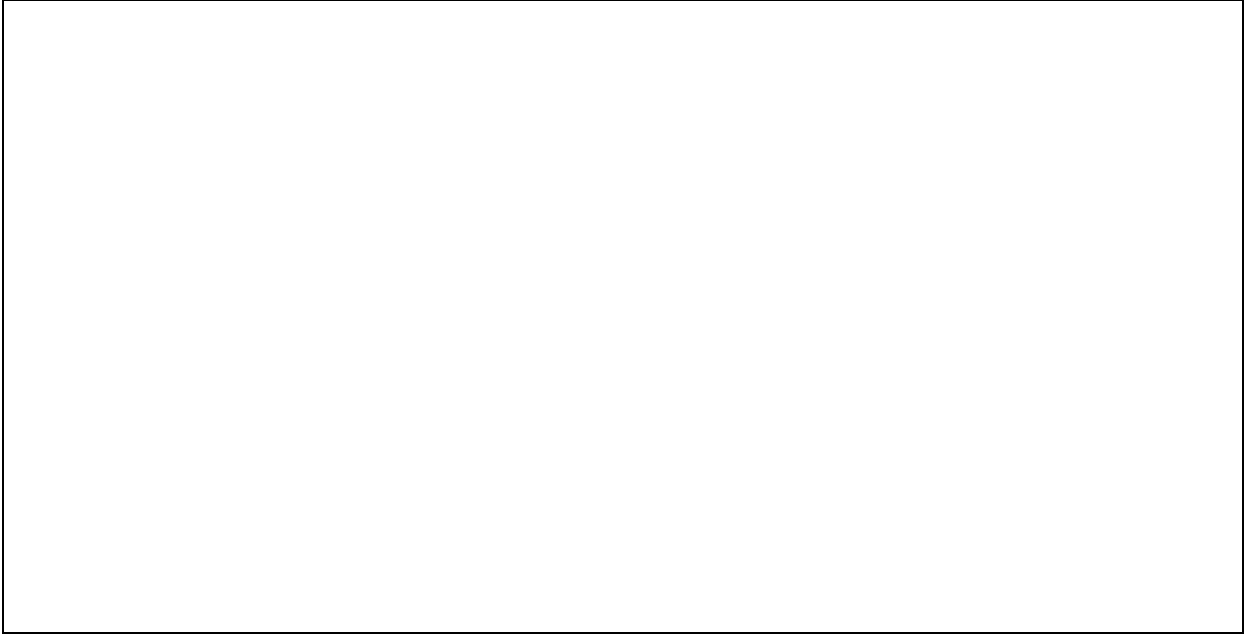
Ihr Patient wurde im Anschluss an der letzten Therapiesitzung im Hinblick auf korrektive Erfahrungen während dieser Stunde interviewt. Er identifizierte ein Ereignis, auf welches nun diese Befragung basiert, und war damit einverstanden, dass Sie über dieses Ereignis in Kenntnis gesetzt werden. Das Ereignis können Sie mittels des untenstehenden Transkripts sowie mittels der angehängten CD anschauen (siehe Instruktionen).

Instruktionen:

Bitte lesen Sie das Transkript auf S. 2 und versuchen Sie, sich in die Situation des Ereignisses hineinzusetzen. Sie können auch das Video auf der angehängten CD anschauen. Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie jedoch, die CD ausschliesslich in den Therapieräumen der PTP zu visionieren. Es folgen geschlossene und offene Fragen über Ihr Erleben während des Ereignisses und weitere Überlegungen von Ihnen. Im Laufe der Befragung können Sie das Transkript auch wiederholt durchlesen oder das Video erneut anschauen.

Bitte legen Sie nach dem Ansehen die CD in der Praxisstelle ins Fach Nr. 21 (Nicola Ferrari).
Besten Dank.

Transkript



Teil A: Absichten und Gefühle während des Ereignisses

Beschreiben Sie bitte Ihre Absichten während des Ereignisses und benutzen Sie hierzu die folgenden Items. Versuchen Sie, sich genau an Ihre Absichten zu erinnern. Dabei muss nicht jeder Satz in der gegebenen Definition für Ihre Absicht genau treffen. Schätzen Sie also bitte ein, welche Aussagen Ihre Absicht am besten beschreibt.

1. Grenzen definieren: Struktur schaffen, Vereinbarungen machen, Behandlungsziele aufstellen, Methoden vorstellen, um Ziele zu erreichen, Erwartungen über die Behandlung korrigieren, Regeln bestimmen (Zeit, Kosten, Abbruchsbestimmungen, Hausaufgaben).

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

2. Informationen erlangen: Spezifische Tatsachen über die Geschichte des Patienten, sein Funktionieren, seine zukünftigen Pläne erlangen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

3. Informationen geben: Psychoedukative Aufklärung, Fehlwahrnehmungen oder Fehlinformationen berichtigen, Ihr Verhalten oder das Vorgehen begründen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

4. Unterstützung: Eine warme, unterstützende, empathische Umgebung schaffen; das Vertrauen und den Rapport stärken und eine Beziehung aufbauen; Dem Patienten dabei helfen, sich stärker akzeptiert, verstanden, weniger ängstlich, besser zu fühlen; zwischenmenschliche Beziehungen fördern.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

5. Fokus: Dem Patienten helfen, wieder auf die Spur zu kommen; das Thema wechseln; die Diskussion strukturieren/kanalisieren, falls Der Patient unfähig erscheint, zu beginnen oder konfus erscheint.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

6. Klären: Eine tiefere Elaboration, Konkretisierung erreichen, als der Patient vage, verwirrt, widersprüchlich erscheint oder nicht hörbar spricht.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

7. Hoffnung: Dem Patienten die Erwartung vermitteln, dass eine Veränderung möglich und wahrscheinlich ist; dass Sie fähig sein werden, dem Patienten zu helfen; die Moral des Patienten wiederaufzubauen oder stärken; das Vertrauen vom Patienten stärken, Veränderungen machen zu können.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

8. Katharsis: Erleichterung von Spannung oder unglücklichen Gefühlen fördern; dem Patienten eine Chance geben, sich zu öffnen oder Gefühle und Probleme durchzusprechen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

9. Kognitionen: Maladaptive, unlogische oder irrationale Gedanken oder Einstellungen identifizieren.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

10. Verhalten: Unangemessenes, maladaptives Verhalten und Konsequenzen identifizieren beziehungsweise dem Patienten darüber eine Rückmeldung geben; eine Verhaltensanalyse machen; auf Interaktionsmuster des Patienten aufmerksam machen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

11. Selbstkontrolle: Den Patienten ermutigen, ein Gefühl von Kontrolle (über seine Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen, Impulse) zu ermöglichen; dem Patienten helfen, sich angemessener verantwortlich für seine Rolle zu fühlen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

12. Gefühle: Gefühle identifizieren, verstärken und ihr Akzeptieren erleichtern; den Patienten ermutigen oder dazu anzuregen, zurückgehaltener Gefühle bewusster zu werden, Gefühle zu vertiefen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

13. Einsicht: Ein Verstehen von Gründen, Dynamiken, Annahmen, unbewussten Motivationen für Kognitionen, Verhaltensweisen, Einstellungen, Gefühlen ermöglichen. (Kann ein Verstehen der Reaktionen des Patienten auf Verhalten von anderen einschließen.)

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

14. Veränderung: Adaptivere Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Kognitionen im Umgang mit anderen bzw. sich selbst aufbauen und entwickeln. (Kann die Vermittlung von neuen, adaptiveren Modellen, Erklärungsrahmen, Konzeptualisierungen einschließen.)

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

15. Veränderung stärken: Positives Verstärken oder Rückmeldung über Versuche, etwas Behaviorales, Kognitives oder Emotionales zu ändern; die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Veränderungen fortgesetzt bzw. aufrechterhalten werden; den Patienten zu größerem Risiko und neuen Verhaltensweisen ermutigen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

16. Widerstand: Hindernisse, die Fortschritt/Veränderung behinderten, überwinden. (Kann die Ansprache von Versäumnissen einschließen, sich an die therapeutischen Prozeduren zu halten. Dies bezogen auf die Vergangenheit oder präventiv, um in Zukunft Rückfälle zu verhindern.)

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

17. Herausfordern: Den Patienten aus einem bestimmten Zustand herausholen; Überzeugungen, Gefühle erschüttern, die Gültigkeit, Realitätsangemessenheit von Überzeugungen, Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen testen; dem Patienten helfen, die Notwendigkeit in Frage zu stellen, bestimmte alte Muster aufrechtzuhalten.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
-----------------	-----------	--------	------	------------

TEIL B: Therapeutenstundenbogen

Unten finden Sie den Ihnen schon bekannten Therapeutenstundenbogen abgebildet. Dieser ist normalerweise auf die gesamte Stunde bezogen. Wir würden Sie nun aber bitten, sich in Ihren Antworten ausschließlich auf die Situation des Ereignisses zu beziehen.

Anleitung:

Wie haben Sie die **das oben geschilderte Ereignis** erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohlgeföhlt.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
2. Der Patient und ich verstehen einander.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
3. Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
4. Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
5. Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
6. Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärtsgekommen.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
7. Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
8. Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte.	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
9. Redete der Patient von sich aus offen über seine Geföhle und Wünsche mit Ihnen?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
10. Verhielt sich der Patient eher abwartend und reaktiv?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
11. Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau
12. Nahm der Patient Mühen in Kauf, um die von Ihnen geforderten Hausaufgaben durchzuführen oder neue bzw. veränderte Verhaltensweisen zu erproben?	überhaupt -3 nicht	-2 nein	eher -1 nicht	weder 0 noch	eher 1 ja	2 ja	ja, ganz 3 genau

13. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

14. Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

15. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient für ihn schwierige Situationen besser bewältigen kann.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

16. Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

17. Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des Patienten zu verbessern.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

18. Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

19. Heute habe ich an wunde Punkte des Patienten gerührt.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

20. Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

21. Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass der Patient sich einem bestimmten Problem besser gewachsen fühlen kann als bisher.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

22. Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinem positiven Selbst aufzuwerten.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

23. Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient Gefühle erlebt, die er sonst vermeidet.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

24. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

25. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann.

überhaupt 0 nicht	stimmt 1 eher nicht	stimmt 2 zur Hälfte	stimmt 3 weitgehend	stimmt 4 vollkommen
-------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

26. Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

27. Heute habe ich mich ausdrücklich darum bemüht, einen Bezug zur realen Lebenssituation des Patienten herzustellen.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

Wodurch?

a) Durch konkrete Simulation realer Lebenssituationen im Therapieraum (z.B. durch Rollenspiel)

0	1
nein	ja

b) Durch "Hausaufgaben"

0	1
nein	ja

c) Durch Einbezug von Bezugspersonen des Patienten in die Therapie

0	1
nein	ja

d) Durch Aufsuchen von Situationen ausserhalb des Therapieraums

0	1
nein	ja

e) anderes

0	1
nein	ja

Ergänzung Therapeutenstundenbogen 2000

1. Der Patient scheint mir klärungsmotiviert.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

2. Der Patient scheint mir bewältigungsmotiviert.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

3. Heute fühlte ich mich in meinem Vorgehen durch die Studie eingeschränkt.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

4. Ich glaube, dass diese Studie für diesen Patienten angemessen ist.

überhaupt	stimmt	stimmt	stimmt	stimmt
0	1	2	3	4
nicht	eher nicht	zur Hälfte	weitgehend	vollkommen

TEIL C: Kontext des Ereignisses

In diesem Abschnitt werden Sie gebeten, den relevanten Kontext zu beschreiben, in dem das vom Patienten gewählte Ereignis stattfand. Mit anderen Worten: Welche Faktoren sind Ihrer Meinung nach dem Ereignis vorausgegangen und/oder haben dies herbeigeführt? (Dies kann auch Ihre Entscheidung einschließen, so zu intervenieren, wie Sie interveniert haben.) Beschreiben Sie den möglichen Kontext bitte nicht erschöpfend sondern geben Sie bei jeder Frage die wichtigsten Faktoren an. Sie können die gewählten Alternative kommentieren oder mit weiteren Angaben ergänzen.

1. Welche generellen Merkmale des Patienten oder der Situation des Patienten helfen, das Ereignis zu erklären (einschließlich Ihrer Entscheidung, so zu intervenieren, wie Sie es taten)?

- Konflikte
- Selbstbild
- Coping-Stil
- Ressourcen
- Patienten-Geschichte
- Derzeitige Lebens- bzw. berufliche Situation Patienten

.....

.....

.....

.....

2. Welche generellen Merkmale von Ihnen als Person oder Ihrem Therapieansatz halten Sie für wichtig im Zusammenhang mit dem Ereignis?

- Ihre grundsätzlichen oder spezifischen Ansichten über den therapeutischen Prozess
- Persönliche Themen oder Lebensereignisse

.....

.....

.....

.....

3. Welche Ereignisse in vorangegangenen Stunden mit dem Patienten haben zu dem, was in der ausgewählten Sequenz passierte, geführt / es beeinflusst? (Z.B. frühere Arbeit mit demselben Material; besondere Ereignisse in früheren Stunden; der Zustand der Patient-Therapeut-Beziehung vor der Sitzung.)

.....

.....

.....

.....

4. Kennen Sie Ereignisse, die der Patient kürzlich erlebt hat, die zu dem Ereignis geführt oder helfen, dieses zu erklären? (Z.B. wichtige kürzlich positive oder belastende Ereignisse außerhalb der Therapie, einschließlich Situationen, die noch immer fortbestehen.)

.....
.....
.....
.....

5. Kennen Sie andere Ereignisse im vorherigen Verlauf der Sitzung, die zum Ereignis beigetragen bzw. helfen, das Ereignis zu erklären?

.....
.....
.....
.....

Teil D: Wirkung des Ereignisses

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Wirkungen, die das Ereignis Ihrer Wahrnehmung nach beim Patienten hatte.

1. Bemerkten Sie Veränderungen in der Stimmung des Patienten, seinem Verhalten oder dem Niveau seiner Beteiligung zwischen dem Anfang und dem Ende dieses Geschehens?

Ja

Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Beeinflusste das Ereignis, was später in der Sitzung geschah?

Ja

Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Schätzen Sie bitte im Folgenden für jeden der aufgeführten Effekte jeweils ein, wie sehr dieser Ihrer Meinung als Folge des Ereignisses beim Patienten eintrat.

1. Erfahrung von etwas Neuem über sich. Der Patient gelangte zu einer Einsicht über sich oder verstand etwas Neues über sich. Der Patient erkannte eine Verbindung oder sah, warum er etwas tat oder fühlte (was er zuvor so nicht gesehen hatte/eine Erkenntnis, die sich neu anfühlte).

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

2. Realisierung von etwas Neuem über eine andere Person. Der Patient gelangte zu einer Einsicht über eine andere Person; verstand etwas Neues über einen bestimmten Menschen oder Menschen im Allgemeinen (was Der Patient zuvor so nicht gesehen hatte/eine Erkenntnis, die sich neu anfühlte).

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

3. Erlangung von Bewusstsein/Klarheit über Gefühle/Erfahrungen. Der Patient kam seinen Gefühlen, Gedanken, Erinnerungen oder anderen Erfahrungen näher; es wurden Erfahrungen klarer, die er vermieden hatte. Was der Patient wirklich fühlte oder zu sagen versuchte, wurde ihr klarer. (Merke: Gemeint ist eine Klärung in Bezug auf den Inhalt/die Art bestimmter Gefühle, nicht so sehr ein intellektuelles Verständnis der Gründe für bestimmte Gefühle.)

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

4. Definition von Problemen, an denen der Patient arbeiten möchte. Dem Patienten wurde klarer, was er in seinem Leben ändern muss oder woran der Patient in der Therapie arbeiten muss; was seine Ziele sind.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

5. Fortschritt bzgl. des Wissens, was der Patient bzgl. seiner Probleme tun muss. Der Patient erkannte verschiedene Arten, mit einer bestimmten Situation oder einem bestimmten Problem umzugehen; machte eine Entscheidung oder löste einen Konflikt darüber, was er tun muss; bekam Energie, etwas anders zu machen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

6. Gefühl, von Ihnen verstanden zu werden. Es kam dem Patienten vor, dass Sie wirklich verstanden, was der Patient sagte oder was mit dem Patienten im Moment der Sitzung los war/dass Sie verstanden, was für eine Person der Patient ist.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

7. Gefühl, unterstützt und ermutigt zu werden. Der Patient fühlte sich unterstützt, versichert, bestärkt, ermutigt durch Sie; hatte ein besseres Gefühl über sich selbst oder begann sich mehr zu mögen. Begann, sich hoffnungsvoller über sich selbst bzw. seine Zukunft zu fühlen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

8. Sich wohler fühlen. Der Patient fühlte sich von einem unangenehmen oder schmerzhaften Gefühl erleichtert; fühlte sich weniger nervös, gedrückt, schuldig oder wütend über die Sitzung oder im allgemeinen.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

9. Gefühl, stärker in Therapie involviert zu sein; härter zu arbeiten. Der Patient fühlte sich stärker hineingezogen in den Therapieprozess; sein Denken wurde stimuliert; der Patient fing an, härter zu arbeiten; wurde zuversichtlicher, dass das, was der Patient in der Therapie tun muss, wirklich helfen wird; fühlte, dass er offener mit Ihnen sein könnte.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

10. Gefühl stärkerer Nähe zum Therapeuten. Der Patient bekam das Gefühl, dass Sie und er wirklich zusammenarbeiten, um ihm zu helfen; der Patient wurde von Ihnen als Person beeindruckt; begann, Ihnen stärker zu vertrauen; mochte Sie (noch) mehr, respektierte, bewunderte Sie; der Patient hatte Gefühl, ein Problem in der Beziehung zu Ihnen zu überwinden.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

11. (Noch stärker) Von unangenehmen Gedanken gestört/verstärkter Drang, unangenehme Gedanken wegzuschieben. Der Patient wurde dazu gebracht, an unangenehme oder schmerzvolle Ideen, Erinnerungen oder Gefühle nachzudenken, die nicht hilfreich waren. Beim Patienten wurde der Drang ausgelöst, resp. verstärkt, bestimmte Gedanken oder Gefühle wegzuschieben oder zu vermeiden.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

12. Gefühl von zu viel Druck; ungenügender Orientierung. Der Patient spürte zu viel Druck auf sich, etwas zu tun, entweder in der Therapiesitzung oder außerhalb; fühlte sich von Ihnen alleine gelassen, resp. sich von Ihnen zu sehr auf sich selbst gestellt.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

13. Gefühl, vom Therapeuten nicht verstanden zu werden. Der Patient fühlte sich missverstanden; fühlte, dass Sie ihn nicht verstehen/nicht verstehen können; der Patient fühlte sich in dem Moment missverstanden oder grundsätzlich missverstanden.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

14. Gefühl, vom Therapeuten angegriffen zu werden, Gefühl, dem Therapeuten egal zu sein. Der Patient fühlte sich kritisiert, negativ bewertet oder abschätzig behandelt. Sie erschienen ihm kalt, gelangweilt oder an ihm nicht interessiert.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

15. Gefühl von Verwirrung oder Abgelenkt-Sein. Der Patient fühlte sich von den Dingen/Themen abgelenkt, die ihm wichtig waren/sind; fühlte sich verwirrt durch das, was Sie sagten oder taten. Empfund Sie als störend bei dem, was der Patient gerade tat/worüber der Patient gerade nachdachte.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

16. Ungeduld oder Zweifel am Wert der Therapie. Der Patient fühlte sich gelangweilt; war ungeduldig über den langsamen Fortschritt in der Therapie; war ungeduldig, dieselben Dinge immer und immer wieder durchsprechen zu müssen. Es kam ihm so vor, dass die Therapie sinnlos ist oder zu nichts führt.

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

17. Andere wichtige Wirkungen. Beschreiben und bewerten Sie bitte andere positive und negative Wirkungen, welche als Folge des Ereignisses beim Patienten eintreten könnten:

.....

.....

.....

.....

.....

18. Wichtigste Wirkung. Gehen Sie nun noch einmal alle Ihre Einschätzungen durch und wählen Sie die wichtigste der 17 Wirkungen, die Sie gerade eingeschätzt haben. Diese kann, muss aber nicht auch die höchste Wertung bekommen haben. Geben Sie dafür die entsprechende Nummer an.

Nummer: _____

19. Versuchen Sie Beschreiben Sie, bitte in einem Satz den Gedanken oder das Gefühl zu beschreiben, den/das der Patient Ihrer Einschätzung am wahrscheinlichsten als korrektiv (i.S. von „neu und möglicherweise verändernd“) erlebte.

.....

.....

.....

20. Zu welchem Grad kam die Wahl dieses Geschehnisses durch den Patienten für Sie überraschend bzw. erwartet?

Erwartete die Wahl überhaupt nicht; sehr überrascht	Etwas überrascht; hatte ich nicht erwartet	Nicht überrascht; erwartet	Hatte ich eindeutig erwartet
---	--	----------------------------	------------------------------

21. Bitte spekulieren Sie darüber, wie das Geschehnis Ihren Patienten im Verlauf des nächsten Monats, etc. beeinflussen könnte. Welche spezifischen Veränderungen halten Sie für ihn infolge des Geschehnisses für möglich?

➔ Erwartete Veränderung Nummer I:

.....
.....
.....
.....
.....

➔ Erwartete Veränderung Nummer II:

.....
.....
.....
.....
.....

➔ Erwartete Veränderung Nummer III:

.....
.....
.....
.....
.....

Teil E: Abschluss

Das Interview ist nun abgeschlossen. Zur weiteren Planung sind wir dankbar um ein Paar weitere Angaben.

Heutiges Datum:

Wie lange brauchten Sie ungefähr, um die Fragen zu beantworten?

Haben Sie das Transkript gelesen?

Ja

Nein

Haben Sie das Video angeschaut?

Ja

Nein

Dachten Sie während der Therapiesitzung an die Studie?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

Wenn ja, wann und inwiefern?

.....
.....

In der Studie sind am Ende der Therapie ein Patienteninterview und ein Therapeutenbefragungen geplant. Wären Sie bereit, teilzunehmen?

Ja

Nein

Möchten Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden?

Ja

Nein

Wenn ja: Bitte Email-Adresse angeben:

Weitere Bemerkungen (inkl. Unklarheiten oder Unverständlichkeiten):

.....
.....
.....
.....

Bei Fragen oder Wunsch nach weiteren Informationen können Sie Prof. F. Caspar (caspar@psy.unibe.ch, Tel. 031 631 54 16) oder Nicola Ferrari (ferrari@psy.unibe.ch, Tel. 031 631 54 17) kontaktieren.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen mittels dem angehängtem frankiertem Couvert zurück oder legen Sie diesen zusammen mit der CD ins Fach 21. Wir danken Ihnen sehr für die Teilnahme!

HEKST-Fragebogen

Beschreibung	<p>Fragebogen „Exploration korrekativer Erfahrungen aus Sicht des Therapeuten“ (HEKST): Vom Autor, Rhea Balderer und Moritz Pohlmann in Anlehnung an den HEKSP (siehe oben) entwickelter halbstandardisierter Fragebogen zur Erfassung korrekativer Erfahrungen während der Zeiten ganzer Psychotherapien oder Teilen davon. Der Fragebogen umfasste drei Teile:</p> <ul style="list-style-type: none">– Frage, ob aus Therapeutinnen- oder Therapeutensicht korrektive Erfahrungen stattgefunden haben. Falls keine korrektive Erfahrung, Exploration der Gründe (mit offenen und geschlossenen Fragen).– Zu jeder identifizierten korrekativen Erfahrung qualitative Daten über Kognitionen, Emotionen etc. <i>vor</i>, <i>während</i> und <i>nach</i> korrekativen Erfahrungen sowie über Kontext und eingetretene und erwartete Folgen.– Frage, ob negative Erfahrungen stattfanden.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Balderer Rhea, Pohlmann Moritz, Caspar Franz
Speicherort	<p><u>Vorlagen (Therapeut, Therapeutin)</u>: KorrektiveErfahrungen – Frageboegen Therapeuten – HEKST – Vorlagen. Siehe auch unten (Version Therapeutin).</p> <p><u>Ausgefüllte Originale</u>: KorrektiveErfahrungen – Frageboegen Therapeuten – HEKST – Originale. <i>Es wurden nur ausgefüllte Seiten eingescannt.</i></p> <p><u>Daten</u>: KorrektiveErfahrungen – Frageboegen Therapeuten – HEKST – Daten. <i>Es wurde bisher nur eine Maske zur Eintragung von Daten vorbereitet.</i></p>

Exploration korrektiver Erfahrungen aus Sicht des Therapeuten

Patienten-Nr.: xxxxx

Liebe Frau ...,

Ihre ehemalige Patientin Nr. xxxxx hat am 27.07.2010 an einem Interview im Rahmen der Studie „Korrektive Erfahrungen“ teilgenommen. Macht ein Patient mit, so wird der Therapeut gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Wir sind darauf angewiesen, dass jeder Therapeut bei mind. einem Patienten mitmacht und wäre somit sehr dankbar, wenn Sie auch mitmachen würden.

Wir schätzen, dass der Fragebogen ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen wird, da Sie aber zu den ersten Teilnehmern gehören, sind wir darüber noch unsicher. Wir wären dankbar, wenn Sie das Interview trotzdem bis zum Schluss ausfüllen könnten.

Lassen Sie sich durch die grosse Anzahl Seiten dieses Fragebogens nicht erschrecken. Viele Fragen lassen sich schnell beantworten, mehrere Seiten werden Sie nicht betreffen.

Ihre Patientin hat sich bereit erklärt, im Hinblick auf korrektive Erfahrungen (in Sinne von „neuen und möglicherweise verändernden Erfahrungen“) im Laufe der Therapie mit Ihnen interviewt zu werden. Parallel zu diesem Interview haben wir eine Befragung für den behandelnden Therapeuten/die behandelnde Therapeutin entwickelt. Alle Angaben, die Sie in diesen Rahmen machen, werden anonymisiert abgespeichert und nur zu Forschungszwecken verwendet.

Zuerst wird das Untersuchungsobjekt eingeführt, danach wird Ihnen eine Reihe von offenen Fragen gestellt.

Teil A: Erklärung des Untersuchungsgegenstandes

In unserem Projekt geht es um die Exploration von „Korrektiven Erfahrungen“ aus Patienten- und Therapeutesicht.

Damit gemeint sind **neue** Erfahrungen im Leben einer Person. Erfahrungen, Erlebnisse, neue Sichtweisen oder Verhaltensweisen, die eine Person bis zum Therapiebeginn möglicherweise nicht oder noch nicht genug kannte. Diese Erfahrungen können sich direkt innerhalb der Psychotherapiestunden ereignen, aber auch ausserhalb, jedoch während der Periode der Durchführung. Charakteristisch für solche Erfahrungen ist nicht nur, dass sie neu sind, sondern auch dass sie **zu einer Veränderung (im Sinne der Therapieziele) beitragen können.**

Welche der folgenden (weiteren) Gründe kommen fürs Nicht-Auftreten korrektiver Erfahrungen in Frage? (Bitte nach Wichtigkeit nummerieren; es kann eine beliebige Anzahl Gründe angegeben werden.)

- Kein erkennbarer Grund
- Die Therapie ist noch am Anfang / wurde am Anfang abgebrochen oder beendet
- Die Therapie verläuft / verlief allgemein schlecht
- Die Patientin hat / hatte zu starke Widerstände
- Sie schaffen / schafften es bei dieser Patientin (noch) nicht, den richtigen Zugang zu finden
- Wahrscheinlich haben korrektive Erfahrungen stattgefunden, Sie können sich aber nicht daran erinnern
- Die Patient zeigt / zeigte Verbesserungen, diese sind / waren aber auf andere Faktoren als korrektive Erfahrungen zurückzuführen
-
-
-
-
-
-

Weitere Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Springen Sie bitte zur letzten Seite des Fragebogens.

Können Sie eine bis drei wichtige korrektive Erfahrungen, die Ihr Patient im Laufe der Therapie möglicherweise gemacht hat, benennen?

Bitte beschreiben Sie jede korrektive Erfahrung in 1-2 Sätzen.

-
.....
.....
.....
.....

-
.....
.....
.....
.....

-
.....
.....
.....
.....

Teil C-1: Spezifizierungsfragen

Vergegenwärtigen Sie sich bitte die erste der korrektiven Erfahrungen, die Sie auf S. 5 genannt haben. Nehmen Sie sich etwas Zeit, um sich das Ganze nochmals durch den Kopf gehen zu lassen.

Gelingt Ihnen die Vergegenwärtigung dieser korrektiven Erfahrung?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

Bitte schildern Sie die korrektive Erfahrung mit allen möglichen Details.

Sie können bei Bedarf auch die Rückseite oder zusätzliche Blätter verwenden.

Im Folgenden werden Detailfragen gestellt, die Sie vielleicht in der langen Schilderung bereits beantwortet haben. Wenn dies der Fall ist, können Sie die Frage jeweils unbeantwortet lassen und zur nächsten Frage übergehen.

Es ist klar, dass Sie viele der Fragen nicht mit Sicherheit beantworten können. Versuchen Sie trotzdem, dabei eine Einschätzung in Bezug auf diese korrektive Erfahrung zu geben.

Was waren die Gedanken der Patientin?

.....
.....
.....

Was waren ihre Gefühle?

.....
.....
.....

Was waren ihre Absichten?

.....
.....
.....

Wie war ihr Verhalten?

.....
.....
.....

Was waren ihre eigenen Gedanken, Gefühle, Absichten und Verhaltensweisen während dieser korrektiven Erfahrung?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ereignete sich die korrektive Erfahrung während den Therapiesitzungen und/oder zwischen den Therapiesitzungen?

.....
.....
.....

Waren es einzelne Ereignisse, die als Ganze die korrektive Erfahrung bildeten? Wenn ja, können Sie einschätzen wie viele?

.....

Wie viele dieser Ereignisse würden Sie als „intensiv“ beschreiben, wie viele als „weniger intensiv“?

Intensiv:

Weniger intensiv:

Wissen Sie noch, wann im Therapieverlauf die korrektive Erfahrung stattfand?

.....

Inwiefern glauben Sie, dass diese korrektive Erfahrung mit Ihnen selber zu tun hat?

.....
.....
.....

Denken Sie, dass diese korrektive Erfahrung bereits eine dauerhafte Veränderung im Leben der Patientin mit sich gebracht hat? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass sich diese korrektive Erfahrung, die die Patientin machen konnte, in Zukunft auswirken wird? Wenn ja, wie?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass die korrektive Erfahrung zu Veränderungen in Ihrem eigenen Leben führte oder führen wird? Wenn ja, zu welchen?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass die Patientin Wiederholungen dieser Erfahrung brauchen wird, bis sie einen positiven Effekt derselben wird wahrnehmen können?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass Weiteres dazu kommen muss, damit die Patientin von dieser Erfahrung in Zukunft (noch mehr) profitieren wird?

.....
.....
.....

Wissen sie, ob und inwiefern sich diese korrektive Erfahrung von früheren Erfahrungen unterscheidet, die die Patientin in diesem Bereich gemacht hatte?

.....
.....
.....

Handelte es sich bei diesen früheren Erfahrungen eher um Einzelepisoden, die aber sehr intensiv waren und somit heute noch ihre Spuren hinterlassen haben, oder um nicht so intensive Erfahrungen, die aber wiederholt vorkamen?

.....
.....
.....

Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig erscheint?

.....
.....
.....

Übergang zur nächsten korrektiven Erfahrung

Bitte schauen Sie auf S. 5, ob Sie noch eine zweite korrektive Erfahrung angegeben haben. Falls dies der Fall ist, so machen Sie bitte mit dem Fragebogen auf der nächsten Seite weiter. Ansonsten können Sie zu Seite 256 springen.

Teil C-2: Spezifizierungsfragen

Vergegenwärtigen Sie sich bitte die zweite der korrektiven Erfahrungen, die Sie auf S. 5 genannt haben. Nehmen Sie sich etwas Zeit, um sich das Ganze nochmals durch den Kopf gehen zu lassen.

Gelingt Ihnen die Vergegenwärtigung dieser korrektiven Erfahrung?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

Bitte schildern Sie die korrektive Erfahrung mit allen möglichen Details.
Sie können bei Bedarf auch die Rückseite oder zusätzliche Blätter verwenden.

Im Folgenden werden Detailfragen gestellt, die Sie vielleicht in der langen Schilderung bereits beantwortet haben. Wenn dies der Fall ist, können Sie die Frage jeweils unbeantwortet lassen und zur nächsten Frage übergehen.

Es ist klar, dass Sie viele der Fragen nicht mit Sicherheit beantworten können. Versuchen Sie trotzdem, dabei eine Einschätzung in Bezug auf diese korrektive Erfahrung zu geben.

Was waren die Gedanken der Patientin?

.....
.....
.....

Was waren ihre Gefühle?

.....
.....
.....

Was waren ihre Absichten?

.....
.....
.....

Wie war ihr Verhalten?

.....
.....
.....

Was waren ihre eigenen Gedanken, Gefühle, Absichten und Verhaltensweisen während dieser korrektiven Erfahrung?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ereignete sich die korrektive Erfahrung während den Therapiesitzungen und/oder zwischen den Therapiesitzungen?

.....
.....
.....

Waren es einzelne Ereignisse, die als Ganze die korrektive Erfahrung bildeten? Wenn ja, können Sie einschätzen wie viele?

.....

Wie viele dieser Ereignisse würden Sie als „intensiv“ beschreiben, wie viele als „weniger intensiv“?

Intensiv:

Weniger intensiv:

Wissen Sie noch, wann im Therapieverlauf die korrektive Erfahrung stattfand?

.....

Inwiefern glauben Sie, dass diese korrektive Erfahrung mit Ihnen selber zu tun hat?

.....
.....
.....

Denken Sie, dass diese korrektive Erfahrung bereits eine dauerhafte Veränderung im Leben der Patientin mit sich gebracht hat? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass sich diese korrektive Erfahrung, die die Patientin machen konnte, in Zukunft auswirken wird? Wenn ja, wie?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass die korrektive Erfahrung zu Veränderungen in Ihrem eigenen Leben führte oder führen wird? Wenn ja, zu welchen?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass die Patientin Wiederholungen dieser Erfahrung brauchen wird, bis sie einen positiven Effekt derselben wird wahrnehmen können?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass Weiteres dazu kommen muss, damit die Patientin von dieser Erfahrung in Zukunft (noch mehr) profitieren wird?

.....
.....
.....

Wissen sie, ob und inwiefern sich diese korrektive Erfahrung von früheren Erfahrungen unterscheidet, die die Patientin in diesem Bereich gemacht hatte?

.....
.....
.....

Handelte es sich bei diesen früheren Erfahrungen eher um Einzelepisoden, die aber sehr intensiv waren und somit heute noch ihre Spuren hinterlassen haben, oder um nicht so intensive Erfahrungen, die aber wiederholt vorkamen?

.....
.....
.....

Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig erscheint?

.....
.....
.....

Übergang zur nächsten korrektiven Erfahrung

Bitte schauen Sie auf S. 5, ob Sie noch eine zweite korrektive Erfahrung angegeben haben. Falls dies der Fall ist, so machen Sie bitte mit dem Fragebogen auf der nächsten Seite weiter. Ansonsten können Sie zu Seite 256 springen.

Teil C-3: Spezifizierungsfragen

Vergegenwärtigen Sie sich bitte die dritte der korrektiven Erfahrungen, die Sie auf S. 5 genannt haben. Nehmen Sie sich etwas Zeit, um sich das Ganze nochmals durch den Kopf gehen zu lassen.

Gelingt Ihnen die Vergegenwärtigung dieser korrektiven Erfahrung?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Ziemlich	Sehr
1	2	3	4	5

Bitte schildern Sie die korrektive Erfahrung mit allen möglichen Details.

Sie können bei Bedarf auch die Rückseite oder zusätzliche Blätter verwenden.

Im Folgenden werden Detailfragen gestellt, die Sie vielleicht in der langen Schilderung bereits beantwortet haben. Wenn dies der Fall ist, können Sie die Frage jeweils unbeantwortet lassen und zur nächsten Frage übergehen.

Es ist klar, dass Sie viele der Fragen nicht mit Sicherheit beantworten können. Versuchen Sie trotzdem, dabei eine Einschätzung in Bezug auf diese korrektive Erfahrung zu geben.

Was waren die Gedanken der Patientin?

.....
.....
.....

Was waren ihre Gefühle?

.....
.....
.....

Was waren ihre Absichten?

.....
.....
.....

Wie war ihr Verhalten?

.....
.....
.....

Was waren ihre eigenen Gedanken, Gefühle, Absichten und Verhaltensweisen während dieser korrektiven Erfahrung?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ereignete sich die korrektive Erfahrung während den Therapiesitzungen und/oder zwischen den Therapiesitzungen?

.....
.....
.....

Waren es einzelne Ereignisse, die als Ganze die korrektive Erfahrung bildeten? Wenn ja, können Sie einschätzen wie viele?

.....

Wie viele dieser Ereignisse würden Sie als „intensiv“ beschreiben, wie viele als „weniger intensiv“?

Intensiv:

Weniger intensiv:

Wissen Sie noch, wann im Therapieverlauf die korrektive Erfahrung stattfand?

.....

Inwiefern glauben Sie, dass diese korrektive Erfahrung mit Ihnen selber zu tun hat?

.....
.....
.....

Denken Sie, dass diese korrektive Erfahrung bereits eine dauerhafte Veränderung im Leben der Patientin mit sich gebracht hat? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass sich diese korrektive Erfahrung, die die Patientin machen konnte, in Zukunft auswirken wird? Wenn ja, wie?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass die korrektive Erfahrung zu Veränderungen in Ihrem eigenen Leben führte oder führen wird? Wenn ja, zu welchen?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass die Patientin Wiederholungen dieser Erfahrung brauchen wird, bis sie einen positiven Effekt derselben wird wahrnehmen können?

.....
.....
.....

Glauben Sie, dass Weiteres dazu kommen muss, damit die Patientin von dieser Erfahrung in Zukunft (noch mehr) profitieren wird?

.....
.....
.....

Wissen sie, ob und inwiefern sich diese korrektive Erfahrung von früheren Erfahrungen unterscheidet, die die Patientin in diesem Bereich gemacht hatte?

.....
.....
.....

Handelte es sich bei diesen früheren Erfahrungen eher um Einzelepisoden, die aber sehr intensiv waren und somit heute noch ihre Spuren hinterlassen haben, oder um nicht so intensive Erfahrungen, die aber wiederholt vorkamen?

.....
.....
.....

Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig erscheint?

.....
.....
.....

Teil D: GAS-Ziele

Am Anfang der Therapie wurden im Goal Attainment Scaling folgende Ziele formuliert (siehe Kopie auf der nächsten Seite).

In welchem Ausmass glauben Sie, dass Ihr Patient die Ziele erreicht hat?

Ziel 1 „Soziale Kontakte“:

-2	-1	0	1	2	3	4
----	----	---	---	---	---	---

Ziel 2 „Freizeit“:

-2	-1	0	1	2	3	4
----	----	---	---	---	---	---

Ziel 3 „Ich selber“:

-2	-1	0	1	2	3	4
----	----	---	---	---	---	---

Ziel 4 „Partnerschaft“:

-2	-1	0	1	2	3	4
----	----	---	---	---	---	---

Wenn es Veränderungen gegenüber dem Ausgangszustand gibt:

Glauben Sie, dass dies mit den geschilderten korrektiven Erfahrungen zu tun hat? Mit welchen? Inwiefern?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GAS-Ziele kopieren!!

Teil E: Negative Erfahrungen

Es kann auch dazu kommen, dass während den Psychotherapiesitzungen oder in der Periode einer Psychotherapie Erfahrungen gemacht werden, die sich eher verschlechternd auswirken als verbessernd. Der Patient hat dann vielleicht den Eindruck, etwas Neues erfahren zu haben, was nicht unbedingt hätte sein müssen. Diese Erfahrungen interessieren uns ebenfalls.

Können Sie sich an eine oder mehrere negative Erfahrungen erinnern?

Wenn ja: Bitte schildern Sie mit allen möglichen Details.

Sie können bei Bedarf auch die Rückseite oder zusätzliche Blätter verwenden.

Teil F: Abschluss

Das Interview ist nun abgeschlossen. Zur weiteren Planung sind wir dankbar für weitere Angaben.

Heutiges Datum:

Wie lange brauchten Sie ungefähr, um die Fragen zu beantworten?

Dachten Sie während der Therapie an die Studie?

Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel	Sehr	Sehr stark
1	2	3	4	5

Möchten Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden?

Ja Nein

Wenn ja: Bitte Email-Adresse angeben:

Weitere Bemerkungen (inkl. Unklarheiten oder Unverständlichkeiten):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bei Fragen oder Bedarf weiterer Informationen können Sie Prof. Dr. Franz Caspar (caspar@psy.unibe.ch, Tel. 031 631 54 16) oder lic. phil. Nicola Ferrari (ferrari@psy.unibe.ch, Tel. 031 631 54 17) kontaktieren.

Bitte senden Sie uns den Fragebogen mittels angehängtem frankierten Couvert zurück. Wir danken Ihnen sehr für Ihre Teilnahme!

Emotionsratings

Beschreibung	Ratings der Emotionen gemäss <i>Studie 2</i> .
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Daten</u> : KorrektiveErfahrungen – Emotionsratings.

Interview-Auswertungen

Topographische Daten

Beschreibung	Topographische Daten gemäss <i>Studie 1</i> .
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlagen zur Datenerfassung:</u> BSR-Interviews: KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Topographie – BSR – Vorlage. HEKSP-Interviews: KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Topographie – HEKSP – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale:</u> BSR-Interviews: KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Topographie – BSR – Originale. HEKSP-Interviews: KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Topographie – HEKSP – Originale. <i>Die Zahlen bei den Dateinamen stehen für die codierenden Studierenden:</i> <i>01 = Eva Marti</i> <i>02 = Franziska Dähler</i> <i>03 = Matthias Rusch</i> <i>04 = Philip Woitas</i> <i>05 = Silja Renggli</i> <u>Daten:</u> BSR-Interviews: KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Topographie – BSR – Daten. HEKSP-Interviews: KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Topographie – HEKSP – Daten.

Interrater-Reliabilität der Variable „Adaptivität korrekativer Erfahrungen“

Beschreibung	Eine der erfassten topographischen Eigenschaften (siehe oben) war die „Adaptivität korrekativer Erfahrungen“. Dazu wurde die Interrater-Reliabilität berechnet (siehe <i>Studie 1</i>). Die Rohdaten zu deren Bestimmung werden archiviert.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Daten</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Topographie – IRR.

Erwartungshaltungen

Beschreibung	Erfassung von Erwartungshaltungen zu Projektfragestellungen. Die Erwartungshaltungen wurden zwei-mal erfasst, und zwar vor Beginn des Trainings für die Auswertungen (1. Erfassung) und ungefähr in der Mitte derselben (2. Erfassung). Die offenen Fragen wurden von den fünf Studierenden beantwortet, die an den Auswertungen gemäss <i>Studie 3</i> beteiligt waren (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Erwartungshaltungen – Vorlage. Siehe auch nächste Seiten. <u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Erwartungshaltungen – Originale.

Fragebogen zur Erfassung von „Biases“ und „Expectations“ im Rahmen des Forschungsprojekts „Korrektive Erfahrungen“

Definitionen

Biases: „Personal issues that make it difficult for researchers to respond objectively to the data“ (Hill et al., 1997, S. 539).

Expectations: “Beliefs that researchers have formed based on reading the literature and thinking about and developing the research questions” (p. 538).

S.a. Kap. 5 in Hill, C.E. (Ed.) (2012). *Consensual Qualitative Research*. Columbia: United Book Press.

Wie würdest Du “korrektive Erfahrungen” (KE) persönlich definieren?

Wie häufig glauben Patientinnen und Patienten, dass sie KE

A) in Sitzungen

B) in Therapien

machen, wenn sie nach Sitzungen bzw. am Therapieende gefragt werden?

Wie könnten Patientinnen und Patienten ihre KE selber beschreiben? Gibt es häufig vorkommende Themen?

Inwiefern glaubst Du, dass KE zu nachhaltigen adaptiven Veränderungen führen können?

Was könnten Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Rolle von KE für die Realisierung nachhaltiger adaptiver Veränderungen glauben?

Wie detailliert glaubst Du, dass Patientinnen und Patienten Auskünfte über KE geben können? (Können sie z.B. nebst der ausführlichen Schilderung von Gedanken und Gefühlen auch ihre Absichten, frühere und aktuelle Bezüge zwischen ihrem Leben und den berichteten KE angeben?)

Was könnten, laut Patientinnen und Patienten, Auslöser von KE sein? (Was passiert im Vollzug von Sitzungen bzw. ganzen Therapien passiert, was früher nicht passiert war, damit die KE stattfinden konnten?)

Hast Du Vorstellungen über kognitive Modelle, die zum Verständnis von KE verwendet werden können?

Was ist für Dich ein „Bewusstseinszustand“ (state of mind)?

Was ist für Dich ein „Landschaftsmodell“?

Was bedeuten die Begriffe „Lokales Minimum“ und „instabiler Zustand“?

Was ist für Dich ein Verhaltensmuster?

Wie nützlich ist Deiner Meinung nach das „Landschaftsmodell“, um KE zu verstehen?

Spannungslandschaften

Schritt 1a: Individuelle Notizen

Beschreibung	Beim Betrachten bzw. Anhören der Video- oder Audioaufnahmen der Interviews verfassten die fünf Studierende Notizen, die der nachfolgenden Bildung von Zuständen dienten. Diese konnten von Transkripte bis hin zu groben Zusammenfassungen variieren, je nach Relevanz der Inhalte. Da die fünf Studierenden im Rahmen ihrer Masterarbeiten zusätzlich individuelle Schwerpunkte setzten, konnten sie speziell individuell relevante Notizen fett markieren. Für die meisten Interviews existieren je zwei Notiz-Dateien, da die Zustände zwecks Bestimmung der Beurteilenden-Übereinstimmung von je zwei Studierenden gebildet wurden. Die Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1a_Notizen – Vorlage. Siehe auch unten. <u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1a_Notizen – Originale. <i>Beispiel Dateiname: 13123_BSR_03_Notizen = Patientenummer_Interviewart_Rater Matthias Rusch_Notizen.</i>

Notizen / Individuelle Fragestellung

Zeit	Notiz / Notiz für individuelle Fragestellung

Schritt 1b: Von R1 und R2 individuell erstellte Zustände

Beschreibung	Individuell erstellte Zustände gemäss <i>Studie 3</i> . Für die meisten Interviews existieren je zwei Dateien, da die Zustände zwecks Bestimmung der Beurteilenden-Übereinstimmung von je zwei Studierenden (R1 und R2) gebildet wurden. Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1b_Zustaende – Vorlage. Siehe auch unten. <u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1b_Zustaende – Originale. <i>Beispiel Dateiname: 13123_BSR_03_Zustaende = Patientenummer_Interviewart_Rater Matthias Rusch_Zustände.</i>

Zustände 00000_ Wählen Sie ein Element aus. / Wählen Sie ein Element aus.

Zustand Wählen Sie ein Element aus. – Titel Zustand x	
Kognition	
Emotion	
Verhalten	
Motivation	
Beziehungsebene	

Beurteilenden-Übereinstimmung

Beschreibung	Beurteilenden-Übereinstimmungen der Zustandsbildung gemäss <i>Studie 3</i> . Nachdem die Zustände als Ganze (siehe Kap. 7.3.3.2.2.1) von einzelnen Studierenden auf ihre Übereinstimmung hin überprüft wurden (siehe Originale – Schritt 1_ Grobe Übereinstimmung INDIVIDUELL), fand eine Konsensbildung statt (siehe Originale – Schritt 1_ Grobe Übereinstimmung KONSENS), da die Überprüfung der Zustandsinhalte (siehe Kap. 7.3.3.2.2.2 und 7.3.3.2.2.3) davon abhängig war. Die drei beurteilenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Christina Strahm, 02 = Daniela Wittwer, 03 = Nicola Simon). Für genauere Informationen siehe Wittwer (2013).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1b_Zustaeende – Beurteilenden_Uebereinstimmung – Vorlage. Siehe auch Kap. 7.3.3.2.2.1 bis 7.3.3.2.2.3). <u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1b_Zustaeende – Beurteilenden_Uebereinstimmung – Originale – Schritt1/2/3. <i>Beispiel Datei-Name: 13123_BSR_03_iRgrob = Patientenummer_Interviewart_Raterin Nicole Simon - Prüfung der Übereinstimmung der Zustände als Ganzes.</i>

Übereinstimmung der Beurteilenden-Übereinstimmung

Beschreibung	Die Beurteilenden-Übereinstimmungen (siehe oben) wurden ihrerseits nach einem analogen Vorgehen auf Übereinstimmung hin geprüft.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1b_Zustaende – Beurteilenden_Uebereinstimmung – Uebereinstimmung der Uebereinstimmungsbeurteilungen.

Schritt 1c: Von R1 und R2 individuelle erstellte Spannungslandschaften

Beschreibung	Individuell erstellte Spannungslandschaften im Rahmen der Bildung von Zuständen. Diese Versionen der Spannungslandschaften wurden im Rahmen von <i>Studie 3</i> nicht präsentiert, ermöglichten jedoch eine zusätzliche Absicherung der Datenqualität durch einen zusätzlich möglichen Vergleich. Für die meisten Interviews existieren die Dateien von je zwei Studierenden (R1 und R2). Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1c_Spannungslandschaften – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 1 – Schritt 1c_Spannungslandschaften – Originale. <i>Beispiel Datei-Name: 13123_BSR_03_Landschaft = Patientenummer_Interviewart_Rater Matthias Rusch_Spannungslandschaft.</i>

Schritt 2a: Von R1 und R2 im Konsens erstellte Zustände

Beschreibung	Im Konsens zwischen R1 und R2 erstellte Zustände gemäss <i>Studie 3</i> . Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 2 – Schritt 2a_Konsenzustaende – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 2 – Schritt 2a_Konsenzustaende – Originale. <i>Beispiel Datei-Name: 13123_BSR_k0305_Zustaende = Patientenummer_Interviewart_Ratende Matthias Rusch (03) und Silja Renggli (05)_Zustände.</i>

Schritt 2b: Von R1 und R2 im Konsens erstellte Spannungslandschaften

Beschreibung	Im Konsens zwischen R1 und R2 erstellte Spannungslandschaften. Diese Versionen der Spannungslandschaften wurden im Rahmen von <i>Studie 3</i> nicht präsentiert, ermöglichten jedoch eine zusätzliche Absicherung der Datenqualität durch einen zusätzlich möglichen Vergleich. Sie wurden bei der Bestimmung der Beurteilenden-Übereinstimmungsprüfung berücksichtigt (siehe Wittwer, 2013). Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 2 – Schritt 2b_Konsenslandschaften – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 2 – Schritt 2b_Konsenslandschaften – Originale. <i>Beispiel Datei-Name: 13123_BSR_k0305_Landschaft = Patientenummer_Interviewart_Ratende Matthias Rusch (03) und Silja Renggli (05)_Zustände.</i>

Schritt 3a: Von R3 und R4 individuell erstellte Spannungslandschaften

Beschreibung	Zwei neue Ratende (R3 und R4) erhielten die im Konsens von R1 und R2 erstellten Zustandslösungen. Auf dieser Basis bildeten sie Spannungslandschaften gemäss <i>Studie 3</i> . Dieser Schritt erfolgte meistens durch zwei Studierende (R3 und R4), teilweise jedoch nur durch eine Studentin oder einen Studenten (R3). In diesem Fall wurde die Reliabilität aufgrund des Vergleichs dieser Lösung mit der Konsenslösung von R1 und R2 (Schritt 2b) ermittelt. Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3a_Landschaften_individuell – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3a_Landschaften_individuell – Originale. <i>Beispiel Datei-Name: 13145_BSR_ue01_Landschaft = Patientenummer_Interviewart_Raterin Eva Marti_Spannungslandschaft („ue“ meint „Ueberprüfung“ der Konsenslösung von R1 und R2).</i>

Beurteilenden-Übereinstimmung

Beschreibung	Beurteilenden-Übereinstimmungen der Bildung von Spannungslandschaften gemäss <i>Studie 3</i> . Die Dateien sind in einer Ordner-Struktur abgespeichert, die derjenigen der Kap. 7.3.3.3 bis 7.3.3.6 entspricht. Die drei beurteilenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Christina Strahm, 02 = Daniela Wittwer, 03 = Nicola Simon). Für genauere Informationen siehe Wittwer (2013).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3a_Landschaften_individuell – Beurteilenden_Uebereinstimmung – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3a_Landschaften_individuell – Beurteilenden_Uebereinstimmung – Originale. <i>Beispiel Datei-Name</i> : 13145_BSR_03_iRfein = Patientenummer_Interviewart_Raterin Nicole Simon_ - "Fein-Übereinstimmung" (inkl. Spannungslandschaften). <u>Daten</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3a_Landschaften_individuell – Beurteilenden_Uebereinstimmung – Daten.

Übereinstimmung der Beurteilenden-Übereinstimmung

Beschreibung	Die Beurteilenden-Übereinstimmungen (siehe oben) wurden ihrerseits nach einem analogen Vorgehen auf Übereinstimmung hin geprüft.
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Ausgefüllte Originale</u> : KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3a_Landschaften_individuell – Beurteilenden_Uebereinstimmung – Uebereinstimmung der Uebereinstimmungsbeurteilungen.

Schritt 3b: Von R3 und R4 im Konsens erstellte Spannungslandschaften

Beschreibung	Nachdem R3 und R4 die Spannungslandschaften individuell bildeten (siehe Schritt 3a), erstellten sie eine Konsenslösung. Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3b_Landschaften_Konsens – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 3 – Schritt 3b_Landschaften_Konsens – Originale. <i>Beispiel Datei-Name: 13145_BSR_kue0201_Landschaft = Patientenummer_Interviewart_Raterinnen Franziska Dähler und Eva Marti_Spannungslandschaft („kue“ meint „Konsens in der Ueberprüfung“ der Konsenslösung von R1 und R2).</i>

Schritt 4a: Von R1 und R3 im Konsens erstellte Zustände

Beschreibung	Dieser Schritt erfolgte nur dann, wenn Unterschiede zwischen der Spannungslandschafts-Lösung, die im Konsens zwischen R1 und R2 erstellt worden war und derjenigen, die im Konsens zwischen R3 und R4 erstellt worden war, festgestellt wurden. R1 und R3 erstellten in diesen Fällen eine Konsenslösung der Spannungslandschaften (siehe Schritt 4b) und revidierten dabei bei Bedarf auch die Zustandslösung. Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 4 – Schritt 4a_Zustaende – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 4 – Schritt 4a_Zustaende – Originale. <i>Beispiel Dateiname: 35901_HEKSPc_kk0401_Zustaende = Patientenummer_Interviewart_Rater Philip Woitas und Raterin Eva Marti_Zustände („kk“ meint „doppelter Konsens“).</i>

Schritt 4b: Von R1 und R3 im Konsens erstellte Spannungslandschaften

Beschreibung	Dieser Schritt erfolgte nur dann, wenn Unterschiede zwischen der Spannungslandschafts-Lösung, die im Konsens zwischen R1 und R2 erstellt wurde und derjenigen, die im Konsens zwischen R3 und R4 erstellt wurde, festgestellt wurden. R1 und R3 erstellten in diesen Fällen eine Konsenslösung der Spannungslandschaften. Die ratenden Studierenden wurden durch Kürzel gekennzeichnet (01 = Eva Marti, 02 = Franziska Dähler, 03 = Matthias Rusch, 04 = Philip Woitas, 05 = Silja Renggli).
Wissenschaftlicher Beitrag	Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	<u>Vorlage:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 4 – Schritt 4b_Landschaften – Vorlage. <u>Ausgefüllte Originale:</u> KorrektiveErfahrungen – Auswertungen Interviews – Spannungslandschaften – Schritt 4 – Schritt 4b_Landschaften – Originale. <i>Beispiel</i> <i>Datei-Name: 13145_BSR_kk0401_Landschaft = Patientenummer_Interviewart_Rater Philip Woitas und Raterin Eva Marti_Spannungslandschaft („kk“ meint „doppelter Konsens“).</i>

Sekundäre Auswertungen von Spannungslandschaften

In diesem Kapitel werden die sekundären Auswertungen der Spannungslandschaften vorgestellt, die im Rahmen von Masterarbeiten erfolgten (siehe auch Tabelle 1 auf S. 41). Details dazu befinden sich jeweils in den Masterarbeiten, die zusammen mit allen Originaldaten ebenso im Archiv abgespeichert sind.

Themen korrekativer Erfahrungen

Beschreibung	In der Masterarbeit von Marti (2013) wurden die Inhalte der Zustände, die im Ablauf korrekativer Erfahrungen aktiviert gewesen waren, untersucht.
Wissenschaftlicher Beitrag	Marti Eva, Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	Korrektive Erfahrungen – Sekundäre Auswertungen der Spannungslandschaften – Themen korrekativer Erfahrungen.

Auslöser und erleichternde Bedingungen korrektiver Erfahrungen

Beschreibung	In den Masterarbeiten von Rusch (2013) und Woitas (in Bearbeitung) wurden Auslöser und erleichternde Bedingungen korrektiver Erfahrungen untersucht.
Wissenschaftlicher Beitrag	Rusch Matthias, Woitas Philip, Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	Korrektive Erfahrungen – Sekundäre Auswertungen der Spannungslandschaften – Auslöser und erleichternde Bedingungen.

Übereinstimmung zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten

Beschreibung	In der Masterarbeit von Dähler (2013) wurde die Übereinstimmung zwischen Beschreibungen korrekativer Erfahrungen von Patientinnen und Patienten und denjenigen von Therapeutinnen und Therapeuten untersucht.
Wissenschaftlicher Beitrag	Dähler Franziska, Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	Korrektive Erfahrungen – Sekundäre Auswertungen der Spannungslandschaften – Übereinstimmung Patient Therapeut.

Ausmass an Zustandsveränderung durch korrektive Erfahrungen

Beschreibung	In den Masterarbeiten von Renggli (2013) und Schmid (in Bearbeitung) wurde das Ausmass untersucht, in welchem sich Zustände durch korrektive Erfahrungen verändern.
Wissenschaftlicher Beitrag	Renggli Silja, Schmid Daniela, Ferrari Nicola, Caspar Franz
Speicherort	Korrektive Erfahrungen – Sekundaere Auswertungen der Spannungslandschaften – Veraenderungsausmass.

Erklärung zur Dissertation

Hiermit bestätige ich, dass ich die Dissertation (Titel): „Korrektive Erfahrungen. Eine Untersuchung der Formen, begleitenden Emotionen und Prozesse.“

im Fach Psychologie

unter der Leitung von Prof. Dr. Franz Caspar

ohne unerlaubte Hilfe ausgeführt und an keiner anderen Universität zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht habe.

Datum 30. Juni 2014

Unterschrift

Lebenslauf

von Nicola Ferrari, geboren 18.04.1984, von Mendrisio (TI)

lic. phil. Psychologe (Universität Zürich)

cand. Dr. phil. in Psychologie (Universität Bern)

Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut

Psychotherapeut SBAP.

Aus- und Weiterbildung

2002: D-Matura in Locarno, TI, Schweiz

2002-2008: Abgeschlossenes Studium der Psychologie, Psychopathologie des Erwachsenenalters und der Umweltwissenschaften an der Universität Zürich

2008-2013: Abgeschlossene psychotherapeutische Weiterbildung am Psychoanalytischen Seminar Zürich

Berufserfahrung

2006-2008: Hilfsassistent am Psychologischen Institut der Universität Zürich

2008-2010: Postgraduiertes Psychologe an der Kantonalen Psychiatrischen Klinik in Liestal

2009-2014: Assistent an der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern

Seit 2011: in eigener Praxis als Psychologe tätig

Seit 2013: in eigener Praxis als Psychotherapeut tätig

Sprachen

Italienisch: Muttersprache

Deutsch und Schweizerdeutsch: fließend, Niveau C2 (Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen)

Englisch und Französisch: gut, Niveau C1 (Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen)