

## **Explorative Mikroanalyse von Prozessen der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung**

Jan Glaserapp<sup>1+2</sup>, Ulrich Elbing<sup>1</sup>, Barbara Moschner<sup>2</sup>, Ulrich H. Rohmann<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Stiftung Haus Lindenhof, Schwäbisch Gmünd

<sup>2</sup> Universität Bielefeld, Abteilung für Psychologie

<sup>3</sup> Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Viersen

## **Zusammenfassung**

In der vorliegenden Studie werden wechselseitige Nachahmungsprozesse als Merkmal der Beziehungsgestaltung untersucht, die in zwei Therapien von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen zu beobachten waren. Der Auswertung liegen videografierte Therapiesequenzen mit der Instruktion für den Therapeuten zugrunde, das Verhalten der Klienten konsequent nachzuahmen. Die Ergebnisse der computergestützten mikroanalytischen Auswertung werden in Zeitreihen visualisiert. Deren deskriptive Analyse läßt für die beiden Therapiepaare in unterschiedlichem Maße Phasen erkennen, in denen sich Klient und Therapeut im Verhalten synchronisieren. Darüber hinaus finden sich Phasen mit zeitlich versetzter, wechselseitiger Nachahmung. Die Ergebnisse werden als mögliche und empirisch überprüfbare Operationalisierung von Beziehung und Dialog bei Menschen mit geistiger Behinderung diskutiert und in den Kontext neuerer Erkenntnisse der Psychotherapieforschung und des aktuellen Standes der Therapieforschung gestellt.

**Schlüsselworte:** geistige Behinderung – Doppeldiagnose – Psychotherapie-Prozeß-Forschung – Beziehungsgestaltung – Dialog – Nachahmung – Imitation – Mikroanalyse

## **Abstract**

### **The process of forming a therapeutic relationship with mentally handicapped persons: An explorative microanalysis.**

This study investigates the therapies of two persons with mental handicap and additional problem behavior and focusses on mutual imitation processes as a significant part of the therapeutic relationship and its forming process. The analysis is based on videotaped therapy sessions under the instruction for the therapist to imitate closely the behavior of the client. The computer based microanalysis of mutual imitation is visualized as time series graphics. This descriptive analysis shows processes of behavioral synchronizing and of mutual imitation with characteristic time lags. The results are interpreted as a reliable and provable way to operationalize relationship process and dialogue with mentally handicapped persons. This view is then embedded in new psychotherapy research findings and insights.

**Key words:** mental handicap - mental deficiency - dual diagnosis - psychotherapy - process oriented research - therapeutic relationship - dialogue - imitation - microanalysis

## Problem

### *Grundlagen der Psychotherapie-Prozeß-Forschung*

Psychotherapieforschung ist ein ungemein dynamisches Forschungsfeld mit einer langen Tradition an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis (Jaeggi, 1994; Kriz, 1996; Meyer, 1990; Rudolf, 1996, 1998). In der jüngeren Vergangenheit erfolgt zunehmend eine Zuwendung zu der Erforschung der Prozesse innerhalb des Therapieverlaufs (Bastine, Fiedler & Kommer, 1989; Czogalik, Ehlers & Teufel, 1985; Fiedler, 1987; Greenberg, 1986; Schindler, 1996). In einem Überblick fassen Schiepek, Schütz, Köhler, Richter und Strunk (1995) die Positionen der neueren Psychotherapie-Prozeßforschung zusammen. Folgenden Punkte sind für die vorliegende Untersuchung relevant:

1. „Psychotherapie ist zunächst einmal eine spezielle Art zwischenmenschlicher Begegnung im professionellen Kontext, und von der Qualität dieser Begegnung hängt das Therapieergebnis in entscheidender Weise ab“ (ebd., S. 2). Die Bedeutung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient gilt als empirisch bestgestützte Aussage der Psychotherapieforschung (Czogalik, 1990). Hierbei stellt die Beziehungsgestaltung nicht nur den Rahmen dar, innerhalb dessen Veränderung stattfindet, sondern sie bewirkt selber, als „Beziehungsarbeit“ verstanden, therapeutische Veränderung. Dieses ergibt sich daraus, daß „psychische Störungen zu einem wesentlichen Teil als Beziehungsstörungen aufgefaßt werden können bzw. aus zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen und Psychotherapie daher ebenfalls zu einem wesentlichen Teil als Behandlung von Beziehungsstörungen aufgefaßt werden sollte“ (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 776).
2. Statt von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren ist eher von Prozessen innerhalb eines komplexen zwischenmenschlichen Geschehens auszugehen. „Was dabei als spezifisch oder unspezifisch gelten kann, stellt sich primär als eine Frage der Leitdifferenzen und des theoretischen Interesses des Beobachters dar“ (Schiepek et al., 1995, S. 2). Im Gegensatz zum linearen Verständnis der Effektivitätsforschung bemüht sich dabei die Prozeßforschung, von komplexen Wechselwirkungen oder Kreiskausalitäten zwischen den beteiligten Variablen auszugehen. Bastine, Fiedler und Kommer (1989) unterscheiden die „Typ-A-Forschung“ (S. 7) mit der Suche nach den Wirkfaktoren von der „Typ-B-Forschung“, nach der „therapeutische Veränderung ... unter dem Einfluß von miteinander in Wechselbeziehung stehenden Bedingungen [stattfindet]; ein jeweils erreichter Entwicklungsmoment bildet jeweils neue Voraussetzungen für nachfolgende Veränderungsschritte“ (ebd.).
3. Psychotherapie wird zunehmend als dynamisches bio-psycho-soziales System interpretiert, wodurch eine entsprechende Mehrebenen-Betrachtung nötig wird. Darüber hinaus kann Therapie als komplexer sozialer Interaktionsprozeß verstanden werden. Im Mittelpunkt der Psychotherapieprozeßforschung stehen somit Mikroanalysen der therapeutischen Interaktion, wobei kommunikative, intrapsychische und psychobiologische Prozesse erfaßt werden sollen. Daneben sollen ebenfalls Makroanalysen durchgeführt werden, die sich auf die soziologischen, lebensweltlichen und institutionellen Kontextbedingungen von Psychotherapie richten (vgl. auch Baumann, 1984).
4. Zur Konsequenz einer dynamisch-strukturellen Betrachtung des therapeutischen Prozesses gehört auch, daß Zeitstichproben aus Therapiesitzungen bzw. die Auswahl nur einzelner Stunden als unzureichend gelten muß. Im Gegensatz zur Untersuchung erfolgsrelevanter Episoden wird daher eine Vollzeiterfassung des therapeutischen Prozesses angestrebt. So hat jede Psychotherapie ihre eigene zeitliche Binnenstruktur und jede Intervention ihr spezifisches, sinnvolles Timing.
5. Die Prozeßforschung und die Entwicklung theoretischer Modelle psychotherapeutischer Prozesse stehen noch relativ am Anfang. Hypothesentestende Strategien sollen daher ergänzt werden um Strategien, „die sich um vertieftes Verstehen und phänomenologische

Durchdringung bemühen“ (Schiepek et al., 1995, S. 3; vgl. zum Überblick explorativer Untersuchungen in der Prozeßforschung Hill, 1990). Darüber hinaus erfordert die Prozeßforschung „hinsichtlich Datengenerierung, Datenanalyse und Modellierung eine relativ sophistizierende Methodologie“ (ebd., S. 4). Einfache experimentelle Designs und Korrelationsstudien greifen dabei oft zu kurz.

6. Qualitative und quantitative Einzelfallforschung ist vielfach die Methode der Wahl (vgl. auch Grawe, 1988). Grawe (1992) betont, daß „fast alle neueren mikro- wie makroanalytischen Ansätze zur Untersuchung der Prozeßdynamik in Psychotherapien zunächst einmal auf der Ebene des Einzelfalls ansetzen“ (S. 154).
7. Für die externe und ökologische Validität der Prozeßforschung ist es erforderlich, relativ repräsentative Psychotherapien mit möglichst unselektierten Klienten und Therapeuten zu wählen.

#### *Zum Stand der Psychotherapieforschung für Menschen mit geistiger Behinderung*

Demgegenüber steht die Erforschung von Psychotherapien für Menschen mit geistiger Behinderung förmlich in den Anfängen. Dies liegt zunächst an drei Gründen: (a) Erst seit gut zwanzig Jahren werden Versuche unternommen, die psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung zu öffnen, wobei dies zunächst durch einzelne Psychotherapeuten in größeren Einrichtungen erfolgte. Erst seit gut zehn Jahren beschäftigen sich wissenschaftliche Tagungen bzw. Publikationen mit diesem Thema (vgl. zum Überblick Gaedt, Jäkel & Kischkel, 1989; Görres & Hansen, 1991; Hennicke & Rotthaus, 1993; Lingg & Theunissen, 1993; Lotz, Koch & Stahl, 1994; Lotz, Stahl & Irblich, 1996; Müller-Hohagen, 1993). (b) Die ersten Jahre der wissenschaftlichen Diskussion um die Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung waren neben der Diskussion von Rahmenbedingungen durch die Entwicklung neuer Therapieverfahren, der Übertragung von Therapieverfahren für Menschen ohne geistige Behinderung und die Ausweitung heilpädagogischer Verfahren auf den psychotherapeutischen Kontext bestimmt (vgl. Stahl, 1996). (c) Das Bemühen um angemessene psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung war und ist begleitet durch eine umfassende Diskussion diagnostischer Probleme, mit dem Stichwort der Dualen Diagnose (d.h. Diagnose der geistigen Behinderung und zusätzlich einer Achse-I-Störung) auf der einen und dem Versuch einer verstehenden Diagnostik (d.h. eine entpathologisierte, auf der Entwicklungslogik beruhende, rekonstruierende Diagnostik) auf der anderen Seite (Jetter, 1994). Als Konsens dieser Diskussion kann jedoch gelten, dass die Diagnose einer geistigen Behinderung alleine keine ausreichende Indikation für eine Psychotherapie darstellt, sondern hierzu die Diagnose einer psychischen Störung notwendig ist, die gegenüber der Normalpopulation bei Menschen mit geistiger Behinderung häufiger auftreten (vgl. Meins, 1994).

So gesehen scheint es nicht verwunderlich, dass die empirische Analyse von Psychotherapien bei Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber dem theoretischen Klärungsbedarf in den Hintergrund trat. Die zunehmende Beschäftigung mit Qualitätsaspekten in der psychosozialen Praxis von Menschen mit geistiger Behinderung, die vor allen Dingen durch veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen ausgelöst wurde (vgl. z.B. Rüssmann-Stöhr, 1996), macht nicht zuletzt eine intensiviertere wissenschaftliche Erforschung dieses Tätigkeitsfeldes erforderlich. Dabei schließt die allgemeine Psychotherapieforschung diesen Personenkreis dezent aus, so zum Beispiel erklären Grawe et al. (1994) Studien zur Therapie bei geistig Behinderten „nicht für irrelevant ..., aber sie erscheinen für die Aussage über den Kernbereich der Psychotherapie doch deutlich weniger relevant als die schließlich in die Auswertung einbezogenen Bereiche“ (S. 59).

Insgesamt scheinen Studien zu Psychotherapien bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig noch der „klassischen Phase“ (Meyer, 1990, S. 287) zuzugehören. Sehr ausführliche Beschreibungen einzelner Therapien zeigen in der Regel ein deutliches Veränderungspotential unter verschiedenen therapeutischen Settings und Verfahren, ohne diese jedoch empirisch zu

kontrollieren, womit eine Überprüfung bzw. metaanalytische Auswertung erschwert wird (vgl. Aster, 1993). Somit sind kontrollierte Einzelfallstudien eher selten, auch wenn sie zunehmend gefordert werden (Hettinger, 1996).

### *Hypothese und Fragestellung der vorliegenden Untersuchung*

Gerade in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung gilt, daß die Beziehungsgestaltung mehr ist als der Hintergrund, vor dem sich therapeutische Veränderung ergibt. So ist davon auszugehen, daß bereits das Zustandekommen einer therapeutischen Beziehung Veränderung in gewünschter Richtung bedeutet. Dies scheint nicht zuletzt in den behinderungsbedingten Schwierigkeiten zur Kommunikation und zur Gestaltung sozialer Beziehung begründet zu sein – so steigt mit zunehmendem Ausmaß an geistiger Behinderung die Prävalenz psychischer Störungen (vgl. Meins, 1994). Hierauf deuten auch Studien hin, die den negativen Zusammenhang zwischen Kommunikationsfähigkeit und dem Auftreten von Verhaltensstörungen belegen (Bird, Dores, Moniz & Robinson, 1989; Duker, 1991; Duker, Jol & Palmen, 1991).

Für die vorliegende explorativen Untersuchung ergeben sich somit die Fragestellungen, (a) inwieweit der eingangs beschriebene Stand der Psychotherapie-Prozeßforschung auf die Analyse von Therapien für Menschen mit geistiger Behinderung übertragbar ist und (b) inwieweit die mikroanalytische Auswertung von Prozeßmerkmalen in ausgewählten Therapieausschnitte sinnvolle Hinweise auf die Form der Beziehungsgestaltung zuläßt.

## **Methode**

### *Beschreibung des Settings und der einbezogenen Versuchspersonen*

Für die vorliegende Untersuchung wurde auf vorhandene Videoaufzeichnungen von Therapien mit Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen zurückgegriffen, die im Rahmen des Kompakt-Therapie-Programmes (KTP) in der Stiftung Haus Lindenhof entstanden sind (Elbing & Rohmann, 1990, 1992; Elbing & Letzgus, 1995).

Dieses Programm wurde unter verschiedenen Fragestellungen evaluiert und dabei seine Effektivität hinsichtlich der intendierten Veränderungen bestätigt (Elbing & Rohmann, 1993; 1994a, 1994b).

Während der Intensiv-Therapie-Phase als zentraler Bestandteil des KTP wurde über zwei Wochen täglich eine Therapieeinheit durchgeführt und videografisch dokumentiert. Die Therapien wurden zunächst durch Mitarbeiter des begleitenden Fachdienstes mit unterschiedlicher Berufsausbildung (Diplom Psychologe, Heilpädagogen) durchgeführt und anschließend von Gruppenmitarbeitern fortgeführt. Als Intervention wurde die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT, vgl. Hartmann, Kalde, Jakobs und Rohmann, 1988) und hieraus insbesondere das Spiegeln angewendet. Dabei verfolgt die AIT als Basistherapie das Ziel, „Kommunikation zu ermöglichen, aufrechtzuerhalten und zu verbessern“ (Hartmann, 1986, S. 242) (zur Beschreibung und theoretischen Einbettung des Spiegeln vgl. Glaserapp, 1996; Elbing, Glaserapp, Moschner & Rohmann, 1999, 2000).

Für die weitere Auswertung wurden exemplarisch zwei Therapiepaare (Paar A und B) mit jeweils dem gleichen Therapeuten ausgewählt, die deutlich unterschiedliche Formen der Beziehungsgestaltung erkennen lassen. Die Indikation zur Therapie ergab sich für den männlichen, 15 Jahre alten Klienten in Paar A durch Eskalationen von aggressiven Verhaltensweisen auf Personen sowie Sachzerstörung. Neben einer mäßigen geistigen Behinderung (318.00) wurden eine sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung (299.80), eine atypische Psychose (298.90) sowie funktionelle Enuresis (307.60) und Enkopresis (307.70) diagnostiziert (die Diagnose-Kodes beziehen sich auf das DSM-III-R, als zum Zeitpunkt der Diagnosestellung

aktuelles Diagnosemanual). Für den männlichen, 24 Jahre alten Klienten in Paar B ergab sich die Therapie aus selbstverletzenden Verhaltensweisen mittleren Grades bei Frustration und Ärger. Neben einer schweren geistigen Behinderung (318.10) wurden eine sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung (299.80) und eine atypische Psychose (298.90) diagnostiziert. Für beide Klienten belegt die Evaluationsstudie von Elbing und Rohmann (1993) ein positives Therapieergebnis.

#### *Methodisches Vorgehen und Auswertung*

Für die Videoanalyse der vorliegenden Untersuchung wurden kurze Episoden aus der Anfangsphase der Therapie ausgewählt, als die Klienten erstmalig mit der Intervention Spiegeln konfrontiert waren.

Die Episoden von jeweils insgesamt drei Minuten Länge wurden mit einem Raster von 900 Intervallen von je 0,2 Sekunden analysiert (Time-sampling-Verfahren, vgl. Faßnacht, 1995). Ein hierzu entwickeltes Beobachtungssystem (vgl. Elbing, Glasenapp, Moschner & Rohmann, 2000) ermöglichte die Erfassung auch feiner Bewegungen in diesem kurzen Zeitraster. Das Beobachtungssystem ist hierarchisch aufgebaut, mit einer Beschreibungsebene für den gesamten Körper, acht Ebenen für einzelne Körperteile (Kopfhaltung, Oberkörperhaltung, linker/rechter Arm, linke/rechte Hand, linkes/rechtes Bein) sowie einer Ebene für Lautäußerungen. Die Beschreibungsebenen der Kopfhaltung und des Oberkörpers wurden in Anlehnung an das „Berner System“ von Frey, Hirsbrunner und Mitarbeitern (z.B. Frey, Hirsbrunner, Pool & Daw, 1981) als Kategoriensystem konstruiert, bei dem molekulare Verhaltenseinheiten kodiert werden. Für die übrigen Beschreibungsebenen wurde aufgrund der hohen Zahl an Freiheitsgraden der Bewegung auf ein offenes Indexsystem zurückgegriffen, bei der molare Verhaltenseinheiten nach erstmaliger Beobachtung kodiert und in das Beobachtungssystem aufgenommen wurden (vgl. Faßnacht, 1995).

Der Analyseplan enthält somit folgende Schritte, nach denen eine Videosequenz wiederholt mit Hilfe einer Computer-Video-Kopplung unter der Software Interact (Thiel & Mangold, 1996) analysiert wurde: (1) Kodierung der Verhaltensänderungen des Klienten, (2) Kodierung, ob und gegebenenfalls wie, d.h. mit welcher Variation, aus welcher Position und mit welchem Abstand diese Verhaltensänderungen von dem Therapeuten gespiegelt wurden, (3) Kodierung der Verhaltensänderungen des Therapeuten, (4) Kodierung, ob und gegebenenfalls wie diese Verhaltensänderungen von dem Klienten gespiegelt wurden.

Nach Abschluß der Videoanalyse lagen je Therapiepaar zwei Datensätze vor mit zehn Variablen für die Beschreibung des Verhaltens sowie 900 Meßzeitpunkten, von denen nur die kodiert wurden, bei der eine Verhaltensänderung zu beobachten war. Zusätzlich enthielt jeder Datensatz fünf Variablen, ob und wie eine Verhaltensänderung gespiegelt wurde.

Das Beobachtungssystem und das beschriebene Vorgehen wurde auf Objektivität überprüft. Drei Studenten der Psychologie mit abgeschlossenem Grundstudium und praktischer Erfahrung in klinischer Psychologie kodierten eine gestellte und videografisch dokumentierte Interaktionssequenz von einer Minute Länge bzw. 300 möglichen Meßzeitpunkten. Die Mediane der Kappa-Werte als Maß der Objektivität (vgl. Bortz & Döring, 1995) reichen von .67 für die Beschreibungsebene der Kopfhaltung bis .96 für die Beschreibungsebene des linken Arms und sind als gut bis sehr gut zu betrachten (ebd.).

Die vor diesem Hintergrund durchgeführte mikroanalytische Auswertung der Videoaufnahmen ermöglicht Aussagen zu Prozeßmerkmalen der untersuchten Therapien. Dabei geht es in der vorliegenden Untersuchung darum, diese Prozeßmerkmale zu visualisieren und die so gewonnenen Zeitreihen deskriptiv zu analysieren. Als Indikatoren der Beziehungsgestaltung werden die Zeitreihen der Summe an Verhaltensänderungen über alle Beobachtungsebenen je Beobachtungsintervall, die Zeitreihen der gespiegelten Verhaltensänderungen, ebenfalls summiert über alle Beobachtungsebenen, sowie die Zeitreihen der Beobachtungsebenen mit den insge-

samt häufigsten Verhaltensänderungen, die Ebene der Kopfhaltung und die des rechten Arms, dargestellt.

## Ergebnisse

### Therapiepaar A

Für Paar A ist kennzeichnend, daß für beide Interaktionspartner innerhalb des analysierten Therapieausschnittes häufig Verhaltensänderungen kodiert wurden (insgesamt 297 für den Klienten und 409 für den Therapeuten), die relativ gleichmäßig über die Zeit verteilt sind (vgl. Abbildung 1). Einfache Verhaltensänderungen (d.h. Änderung auf nur einer Verhaltens-ebene zu einem Zeitpunkt, Wert = 1 bzw. -1) überwiegen, werden jedoch häufig durch mehrfache Verhaltensänderungen (d.h. Änderungen auf mehreren Verhaltensebenen zu einem Zeitpunkt) abgelöst. Dabei werden insbesondere für den Therapeuten häufiger mehrfache Verhaltensänderungen kodiert (bis zu einem Wert von -6, also Verhaltensänderungen auf sechs Ebenen innerhalb einer Sequenz von 0.2 Sekunden). Daneben sind bei den Verhaltensänderungen einzelne kurze Pausen erkennbar (Zeitpunkte um 180, um 300, um 600 und um 780).

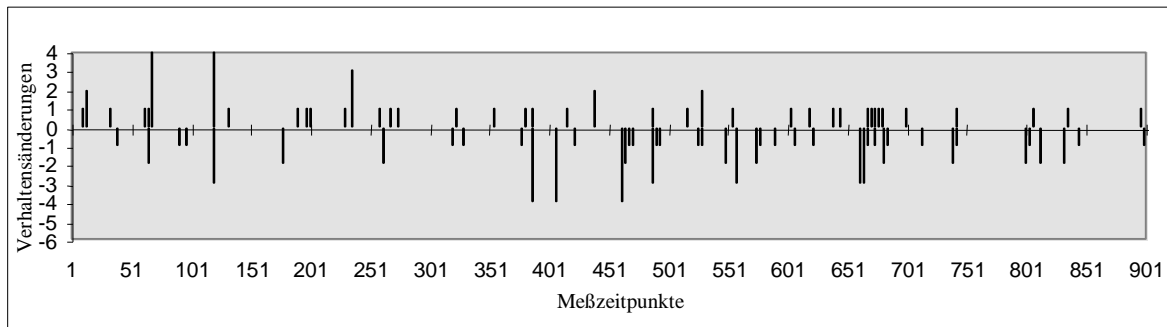


Abbildung 1.

### Zeitreihe der Verhaltensänderungen über alle Beobachtungsebenen von Paar A

Die Y-Achsen-Werte beschreiben die Anzahl an Verhaltensänderungen zu einem Zeitpunkt. Dabei kennzeichnen die positiven Werte die Verhaltensänderungen des Klienten, die negativen Werte die des Therapeuten. Die X-Achsen-Werte stellen die Zeitdimension mit den 900 Meßzeitpunkten von je 0.2 Sekunden Länge dar.

Weiterhin kennzeichnet Paar A, daß sich beide Interaktionspartner relativ häufig gegenseitig spiegeln (der Therapeut spiegelt den Klienten mit 80 Verhaltensänderungen oder 20% aller seiner Verhaltensänderungen, der Klient spiegelt den Therapeut mit 41 Verhaltensänderungen oder 14%). Beide zeigen übereinstimmend zwischen den Zeitpunkten 480 und 570 einen deutlichen Höhepunkt der gespiegelten Verhaltensänderungen (teilweise mit Spiegeln von Veränderungen auf zwei Verhaltensebenen zu einem Zeitpunkt, Wert 2, vgl. Abbildung 2).

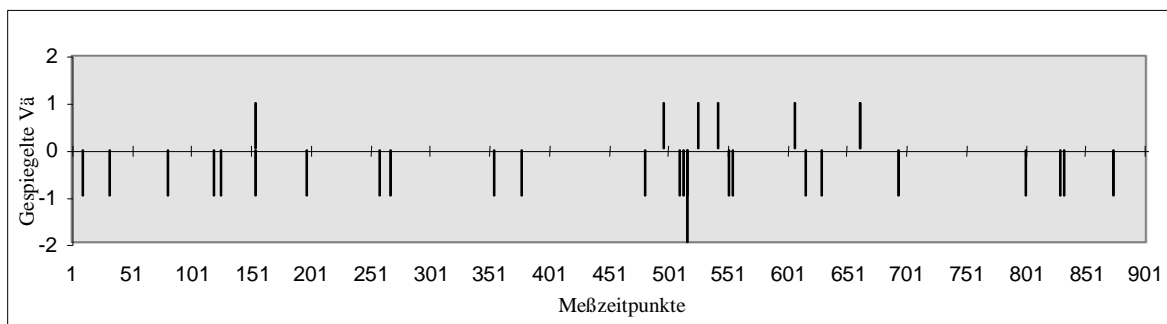




Abbildung 2.

Zeitreihe der gespiegelten Verhaltensänderungen über alle Beobachtungsebenen von Paar A. Die Y-Achsen-Werte beschreiben die Anzahl der gespiegelten Verhaltensänderungen (Vä) zu einem Zeitpunkt. Dabei kennzeichnen die positiven Werte die durch den Klienten gespiegelten Verhaltensänderungen des Therapeuten, die negativen Werte die durch den Therapeuten gespiegelten Verhaltensänderungen des Klienten. Die X-Achsen-Werte stellen die Zeitdimension mit den 900 Meßzeitpunkten von je 0.2 Sekunden Länge dar.

Die Beobachtungsebene der Kopfhaltung umfaßt 24% aller Verhaltensänderungen des Therapeuten und 23% der des Klienten, die Ebene des rechten Arms 25% der Verhaltensänderungen des Klienten und 17% der des Therapeuten.

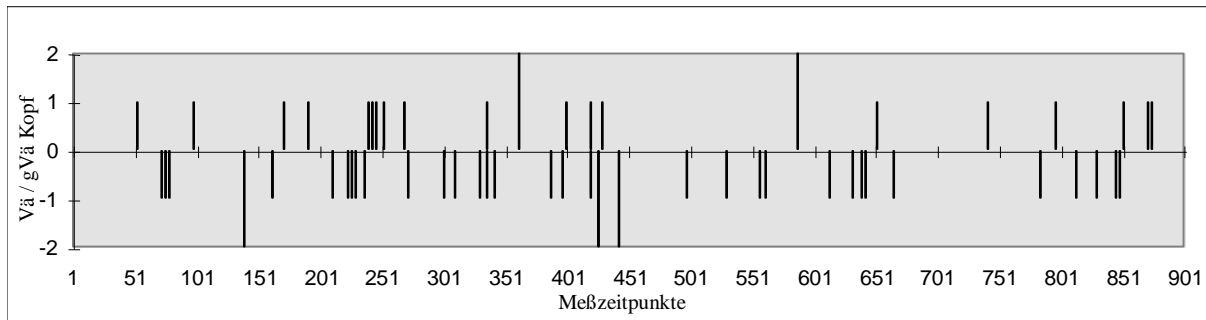


Abbildung 3.

Zeitreihe der Verhaltensänderungen der Beobachtungsebene Kopfhaltung für Paar A. Die Y-Achsen-Werte beschreiben die Anzahl an Verhaltensänderungen (Vä) zu einem Zeitpunkt. Dabei kennzeichnen die positiven Werte die Verhaltensänderungen des Klienten, die negativen Werte die des Therapeuten. Der Wert 2 beschreibt dabei eine Verhaltensänderung, die durch die andere Person gespiegelt wird (gVä). Die X-Achsen-Werte stellen die Zeitdimension mit den 900 Meßzeitpunkten von je 0.2 Sekunden Länge dar.

Vergleichbar der Zeitreihe der Summe aller Verhaltensänderungen zeigt Abbildung 3 eine gleichmäßige Verteilung der Änderung der Kopfhaltung beider Interaktionspartner über die Zeit. Dabei sind für den Klienten etwas häufiger Pausen zu erkennen. Gespiegelten Änderungen der Kopfhaltung (Wert=2) sind für beide erkennbar.

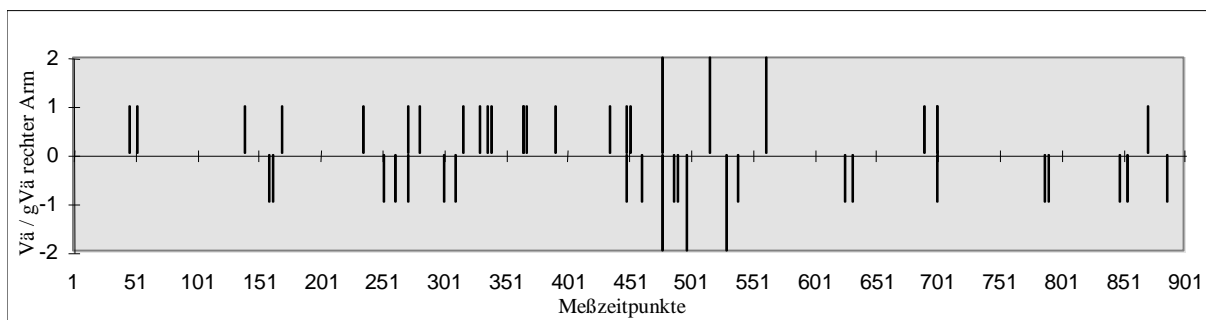


Abbildung 4.

Zeitreihe der Verhaltensänderungen der Beobachtungsebene rechter Arm für Paar A. Anmerkungen vgl. Abbildung 3.

Die Zeitreihe der Änderungen des rechten Arms zeigt für Paar A ein dynamischeres Bild. Hervor treten zwei deutliche Abschnitte, in denen beide Interaktionspartner die Haltung des rechten Arms abwechselnd verändern und sich dabei gegenseitig spiegeln (Zeitpunkte 110-170 und 470-560). Dabei ist in Ansätzen eine zeitliche Mikrostruktur erkennbar, nach der die gespiegelte Veränderung des rechten Arms durch den Klienten wiederum durch den Therapeuten gespiegelt wird (Zeitpunkte 110 folgende). Auch ohne gegenseitiges Spiegeln passen

beide Interaktionspartner ihre Änderungen der Armhaltung aufeinander ab (Zeitpunkte 220-350).

### Therapiepaar B

Gegenüber Paar A wurden für Paar B deutlich weniger Verhaltensänderungen kodiert (122 für den Klienten und 195 für den Therapeuten), die sich unregelmäßiger über die Zeit verteilen (vgl. Abbildung 5).

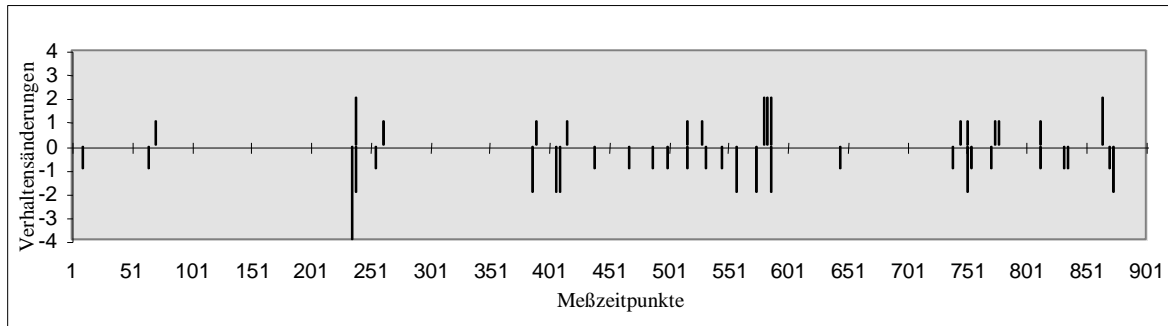


Abbildung 5.

Zeitreihe der Verhaltensänderungen über alle Beobachtungsebenen von Paar B  
Anmerkungen vgl. Abbildung 1.

Phasen mit häufigen Verhaltensänderungen werden durch längere Pausen unterbrochen. In den Phasen mit häufigen Verhaltensänderungen zeigt sich eine deutliche Übereinstimmung zwischen Therapeut und Klient (mit Ausnahme der Phase zwischen den Zeitpunkten 600 bis 730, in denen überwiegend der Therapeut sein Verhalten ändert). Insgesamt überwiegen Verhaltensänderungen auf einer Beobachtungsebene, Änderungen auf mehreren Ebenen treten nur vereinzelt auf (beispielsweise um die Zeitpunkte 230, 400, 550 und 750).

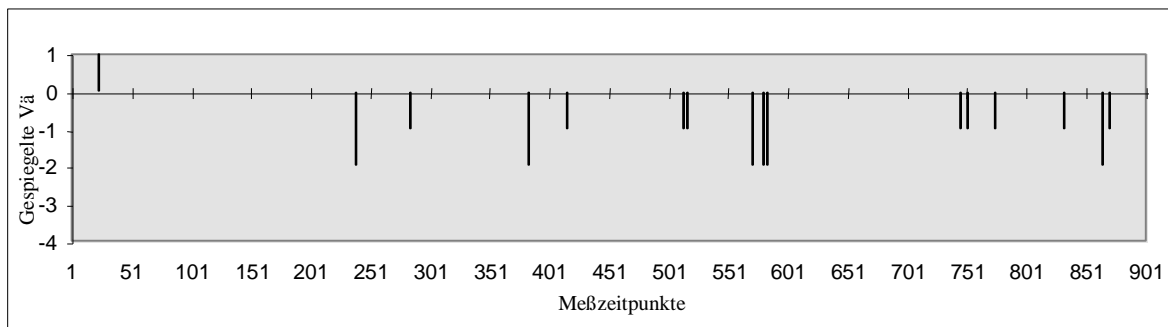


Abbildung 6.

Zeitreihe der gespiegelten Verhaltensänderungen über alle Beobachtungsebenen von Paar B  
Anmerkungen vgl. Abbildung 2.

Deutlich wird der Unterschied zu Paar A auch durch das Spiegelverhalten. Zunächst spiegelt der Klient den Therapeuten nur fünf Mal (4% aller seiner Verhaltensänderungen), wobei eine gewisse Regelmäßigkeit erkennbar ist (in etwa alle 400 Zeitpunkte oder 1,3 Minuten). Der Therapeut spiegelt den Klienten mit Ausnahme der Pausen sehr häufig (insgesamt mit 81 Kodierungen bzw. 42% aller seiner Verhaltensänderungen). Dabei sind bestimmte Schwerpunkte erkennbar, in denen er den Klienten auch auf mehreren Beobachtungsebenen gleichzeitig spiegelt. Diese Schwerpunkte decken sich mit den Schwerpunkten an häufigen Verhaltensänderungen des Therapeuten. Auffällig ist, daß die Schwerpunkte des Therapeuten kurz vor und nach den längeren Pausen liegen.

Die Beobachtungsebene der Kopfhaltung umfaßt bei Paar B 41% aller Verhaltensänderungen des Klienten und 27% der des Therapeuten, die Ebene des rechten Arms 12% der Verhaltensänderungen des Therapeuten und 10% der des Klienten.

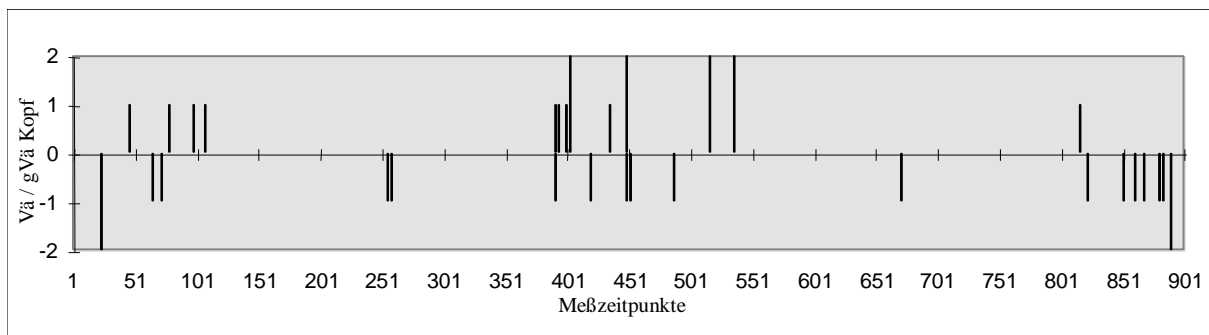


Abbildung 7.

Zeitreihe der Verhaltensänderungen der Beobachtungsebene Kopfhaltung für Paar B  
Anmerkungen vgl. Abbildung 3.

Aus Abbildung 7 wird deutlich, daß alle Spiegelungen des Klienten auf der Ebene der Kopfhaltung zu beobachten waren. Dabei spiegeln beide Interaktionspartner Veränderungen ihrer Kopfhaltung zweimal gegenseitig (Zeitpunkte 20-50 und 400-430). Höhepunkte an Verhaltensänderungen und Pausen sind überwiegend aufeinander abgestimmt.

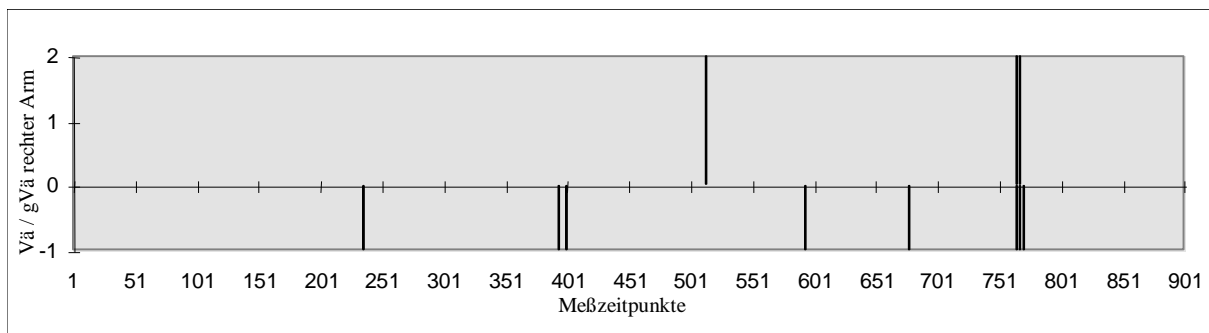


Abbildung 8.

Zeitreihe der Verhaltensänderungen der Beobachtungsebene rechter Arm für Paar B  
Anmerkungen vgl. Abbildung 3.

Der Therapeut spiegelt mit einer Ausnahme (Zeitpunkt 410) alle Veränderungen des rechten Arms des Klienten. Er verändert darüber hinaus häufiger seine eigene Armhaltung. Gemeinsam haben sie einen Schwerpunkt an Veränderungen der Armhaltung zwischen den Zeitpunkten 750 und 775.

## Diskussion

Mit der vorliegenden Untersuchung wurde erstmalig für den Bereich der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung der Versuch unternommen, therapeutische Beziehungsgestaltung empirisch zu erfassen und an Einzelfällen in ihrer mikroanalytischen Struktur zu beschreiben. Trotz aufwendiger Methodik scheint dies ein lohnendes und erfolgreiches Forschungsvorhaben zu sein.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß für Aussagen zur Beziehungsgestaltung relativ einfache Indikatoren der Beziehung ausreichend sind. Dabei konnte für beide dargestellten Thera-

paare gezeigt werden, daß auf der Ebene von beobachtbaren Verhaltensänderungen bei hoher zeitlicher Auflösung Angleichungs- und Abstimmungsprozesse zwischen den im therapeutischen Kontext befindlichen Interaktionspartnern stattfinden.

Zudem konnten Sequenzen nachgewiesen werden, in denen beide, sowohl der durch die gewählte Intervention spiegelnde Therapeut als auch der Klient sich gegen- und wechselseitig spiegelten. Diese Imitationsrichtungsänderungen verstehen wir in ihrer aufeinander bezogenen Reflexivität als empirisch überprüfbare Operationalisierung von Dialog. Die Zeitreihen zeigen aber auch, daß die genannten Abstimmungsprozesse auf der Ebene von Verhaltensänderungen und die gegenseitige Bezugnahme durch Spiegeln zeitlichen Schwankungen an Häufigkeit und Intensität unterliegen. Es läßt sich die Hypothese ableiten, daß beide Interaktionspartner eigenen Rhythmen im Verhalten und im gegenseitigen Spiegeln folgen, die sich annähern und synchronisieren aber dann auch wieder voneinander entfernen.

Diese Ergebnisse sind gerade angesichts der beschriebenen Diagnosen der Klienten bedeutsam. Selbst der als stark autistisch geltende Klient in Paar B spiegelt (wenn auch selten) den Therapeuten. Dies unterstreicht die Notwendigkeit sorgfältiger Beobachtung in der klinischen Praxis.

Es wird deutlich, daß einige der von Schiepek und Mitarbeitern (Schiepek et al., 1995) zusammengefaßten allgemeinen Positionen der Psychotherapie-Prozeßforschung sinnvoll auf die Analyse von Therapien für Menschen mit geistiger Behinderung übertragen werden können.

Auch hier ist von einem komplexen zwischenmenschlichen Geschehen auszugehen, in dem zahlreiche Variablen interagieren. Die therapeutische Intervention lediglich als einen spezifischen Wirkfaktor anzusehen, der quasi als unabhängige Variable den Erfolg oder Mißerfolg der Therapie bestimmt, greift dann zu kurz, da (a) das Ausmaß gespiegelter Verhaltensänderungen des Therapeuten in Abhängigkeit vom Klienten und seinem Verhalten sehr unterschiedlich sein kann, (b) selbst ein sehr häufig und genau spiegelnder Therapeut wie in Paar B nur 66% der Verhaltensänderungen des Klienten spiegelt, (c) die Klienten ebenfalls die Therapeuten spiegeln, was wiederum ein neues Entwicklungsmoment darstellt.

Gleichzeitig konnte mit der vorliegenden Untersuchung einige Positionen der Psychotherapie-Prozeßforschung nicht übernommen werden: (a) Die Systemtheorie stellt mittlerweile methodische Verfahren zur Verfügung, die die Annahme von Komplexität bzw. Nicht-Linearität überprüfen. Der hier gewählte kurze Ausschnitt von drei Minuten Länge aus der Anfangsphase der Therapie reicht hierzu jedoch nicht, so daß eine komplette Erfassung nötig wäre. (b) Als Prozeßmerkmale wurden hier lediglich das Ausmaß an Verhaltensänderungen sowie gespiegelter Verhaltensänderungen erfaßt. Darüber hinaus sind weitere Prozeßmerkmale denkbar (z.B. realisierte Pläne, vgl. Schiepek et al., 1995). Zusätzlich können Makroanalysen (hier z.B. des Lebensumfeldes Wohngruppe) durchgeführt werden. (c) Die Auswahl der analysierten Therapien orientierte sich eher an der Qualität der Videoaufnahmen und der gewählten Intervention Spiegeln als an der Repräsentativität der Therapien bzw. Störungen der Klienten. Die Autoren planen hierzu ein Folgeprojekt, in dem die mikroanalytische Auswertung einer komplett videografisch erfassten Therapie mit nichtlinearen Verfahren analysiert wird.

Mit der vorliegenden Untersuchung wurden Erkenntnisse der Psychotherapie-Prozeßforschung auf die Erforschung von Therapien für Menschen mit geistiger Behinderung übertragen. Damit sollte ein Beitrag geleistet werden zur Praxisorientierung der Psychotherapieforschung einerseits (vgl. Rudolf, 1998) und zur Qualität der psychosozialen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung andererseits. Die gesellschaftspolitische Forderung nach Integration von Menschen mit geistiger Behinderung findet wissenschaftlich ihren Niederschlag in der Anwendung von Erkenntnissen und Methoden, die sich am allgemeinen aktuellen wissenschaftlichen Stand orientieren.

## Literaturverzeichnis

- Aster, M. v. (1993). Geistige Behinderung. In H.-C. Steinhausen & M. G. von Aster (Hrsg.), Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen (S. 47-68). Weinheim: Beltz.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18, S. 3-22.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1984). Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive. Göttingen: Hogrefe.
- Bird, F., Dores, P. A., Moniz, D. & Robinson, J. (1989). Reducing severe aggressive and self-injurious behaviors with functional communication training. American Journal on Mental Retardation, 94, pp. 37-48.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler (2., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer.
- Czogalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse (S. 7-30). Berlin: Springer.
- Czogalik, D., Ehlers, W. & Teufel, R. (Hrsg.). (1985). Perspektiven der Psychotherapieforschung: Einzelfall - Gruppe - Institution. Freiburg: Hochschulverlag.
- Duker, P. C. (1991). Gebärdensprache mit autistischen und geistig behinderten Menschen. Ein Handbuch der Gebärden. Dortmund: modernes lernen.
- Duker, P. C., Jol, K. & Palmen, A. (1991). The collateral decrease of self-injurious behavior with teaching communicative gestures to individuals who are mentally retarded. Behavioral Residential Treatment, 6, S. 183-196.
- Elbing, U., Glaserapp, J., Moschner, B. & Rohmann, U. H. (1999). Spiegeln als Mittel der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Geistige Behinderung, 38, S. 338-347.
- Elbing, U., Glaserapp, J., Moschner, B. & Rohmann, U. H. (2000). Mikroanalyse wechselseitiger Nachahmungsprozesse in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung. Heilpädagogische Forschung, 26, S. 58-67.
- Elbing, U. & Letzgus, G. (1995). Kompakt-Therapie-Programm für verhaltensgestörte Geistigbehinderte. Jugendwohl, 76, S. 327-337.
- Elbing, U. & Rohmann, U. H. (1990). Die Klinik im Heim: Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistischer Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen. In S. Dzikowski & C. Arens (Hrsg.), Autismus heute. Band 2 (S. 103-115). Dortmund: modernes lernen.
- Elbing, U. & Rohmann, U. H. (1992). Das Kompakt-Therapie-Programm zur Behandlung autistisch und geistig Behinderter mit schweren Verhaltensstörungen im vollstationären Bereich. In Lebenshilfe für geistig Behinderte. Landesverband NRW e. V. (Hrsg.), Annehmen und Verstehen - Förderung von Menschen mit sehr schweren Behinderungen. Band 2 (S. 328-337). Hürth: Lebenshilfe.
- Elbing, U. & Rohmann, U. H. (1993). Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen oder psychotischen Verhaltensweisen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 42, S. 248-260.
- Elbing, U. & Rohmann, U. H. (1994a). Auswirkungen eines Intensivtherapieprogramms für verhaltensgestörte Geistigbehinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 43, S. 90-97.
- Elbing, U. & Rohmann, U. H. (1994b). Wechselseitige Imitations- und Modellierungsprozesse in der Behandlung von schweren Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten. Heilpädagogische Forschung, 20, S. 118-126.

- Faßnacht, G. (1995). Systematische Verhaltensbeobachtung. München: Reinhardt.
- Fiedler, P. (1987). Paradigmawechsel in der Psychotherapieforschung. *Universitas*, 42, S. 1055-1064.
- Frey, S., Hirsbrunner, H.-P., Pool, J. & Daw, W. (1981). Das Berner System zur Untersuchung nonverbaler Interaktion: I. Die Erhebung des Rohdatenprotokolls. In P. Winkler (Hrsg.), *Methoden der Analyse von Face-to-Face-Situationen* (S. 203-236). Stuttgart: Metzler.
- Gaedt, C., Jäkel, D. & Kischkel, W. (1989). Psychotherapie bei geistig Behinderten. *Geistige Behinderung*, 28, S. 4-14.
- Glaserapp, J. (1996). *Spiegeln. Explorative Analyse einer Therapieform für Menschen mit geistiger Behinderung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Görres, S. & Hansen, G. (1991). *Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, S. 1-7.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, S. 132-162.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 4-9.
- Hartmann, H. (1986). Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 35, S. 242-247.
- Hartmann, H., Kalde, M., Jakobs, G. & Rohmann U. (1988). Die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT). In C. Arens & S. Dzikowski (Hrsg.), *Autismus heute*. Band 1 (S. 129-137). Dortmund: modernes lernen.
- Hennicke, K. & Rotthaus, W. (Hrsg.). (1993). *Psychotherapie und Geistige Behinderung*. Dortmund: modernes lernen.
- Hettinger, J. (1996). Modelle und Methoden der allgemeinen Psychotherapieforschung und ihre Bedeutung für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.) *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 172-187). Bern: Huber.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp. 288-294.
- Jaeggi, E. (1994). Die problematische Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In M. Buchholz & U. Streeck (Hrsg.), *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung* (S. 107-120). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Jetter, K. (1994). "Verstehende Diagnostik". *Geistige Behinderung*, 33, S. 297-307.
- Kriz, J. (1996). Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 4, S. 163-168.
- Lingg, A. & Theunissen, G. (1993). *Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Erscheinungsformen, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer und psychiatrischer Sicht*. Freiburg: Lambertus.
- Lotz, W., Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.). (1994). *Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*. Bern: Huber.
- Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.). (1996). *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung*. Bern: Huber.
- Meins, W. (1994). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung - Prävalenz und psycho-*

- pathologische Besonderheiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, S. 274-285.
- Meyer, A.-E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, S. 287-291.
- Müller-Hohagen, J. (1993). *Psychotherapie mit behinderten Kindern. Wege der Verständigung für Familien und Fachleute*. Heidelberg: Asanger.
- Rudolf, G. (1996). Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie Forum*, 4, S. 124-134.
- Rudolf, G. (1998). Taxonomie der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, S. 80-91.
- Rüssmann-Stöhr, C. (1996). Zertifizierung nach ISO 9000 für eine Werkstatt für Behinderte: Warum überhaupt und wie anfangen? *Report Psychologie*, 21, S. 910-933.
- Schiepek, G., Köhler, M., Richter, K. & Schütz, A. (1995). Die systemische Analyse der systemischen Therapie. *Familiendynamik*, 20, S. 15-31.
- Schiepek, G., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K. & Strunk, G. (1995). Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. *Psychotherapie Forum*, 3, S. 1-17.
- Schiepek, Strunk, G. & Kowalik, Z. J. (1995). Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil II: Die Ordnung des Chaos. *Psychotherapie Forum*, 3, S. 87-109.
- Schindler, L. (1996). Prozeßforschung. In Ehlers, A. & Hahlweg, K. (Hrsg.), *Grundlagen der Klinischen Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Serie 2. Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Stahl, B. (1996). Zum Stand der Entwicklung in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.) *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 9-13). Bern: Huber.
- Thiel, T. & Mangold, P. T. (1996). *Interact für Windows. Handbuch für Version 5*. Passau: Mangold Software Development.

**Fragen für die hochschuldidaktische Seite:**

1. Was ist das Ziel der Psychotherapie-Prozeß-Forschung? Warum setzt sie zunächst am Einzelfall an?
2. Welches sind die möglichen Probleme bei der Erforschung von Psychotherapien für Menschen mit geistiger Behinderung?
3. Welchen Vorteil bietet die Visualisierung von Daten in Zeitreihen gegenüber der Berechnung von Mittelwerten? Welche Nachteile ergeben sich daraus?
4. Diskutieren Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinsichtlich der Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung in Therapien für Menschen ohne sowie mit geistiger Behinderung.
5. Was bedeutet es, wenn sich Klient und Therapeut wechselseitig Nachahmen? Welche sensorischen, motorischen und kognitiven Voraussetzungen sind erforderlich?