

# Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS)

---

Deutsche Übersetzung des Ratermanuals von H.H.Strupp und  
und Mitarbeitern des "Vanderbilt Psychotherapy Research  
Project"

---

Dr.phil.Bernhard Strauß  
Abt.Psychotherapie und Psychosomatik  
Zentrum Nervenheilkunde des Klinikums der  
Christian-Albrechts-Universität  
Niemannsweg 147, D 2300 Kiel 1

## Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS)

Ein Instrument zur Identifikation von Faktoren, die den Fortschritt einer zeitlich begrenzten, dynamischen Psychotherapie verzögern.

### Manual für die Beurteiler

#### Grundlagen

Psychotherapie wird allgemein als interpersonaler Prozeß verstanden, der dazu dienen soll, Veränderungen in den Gefühlen, Kognitionen und Verhaltensweisen herbeizuführen, die zum einen relativ von Dauer sind, zum anderen durch den Patienten oder Klienten als gewinnbringend (therapeutisch) erlebt werden. Einige der "aktiven Ingredienzen" einer Therapie sind nach wie vor unklar; sicher ist aber, daß eine therapeutische Veränderung zum großen Teil das Produkt der komplexen Beziehungen zwischen Patient und Therapeut ist, die über einen längeren Zeitraum auftreten und sich entwickeln. Allgemeiner gesagt wird eine Psychotherapie, insbesondere eine Psychotherapie, die sich auf psychodynamische Prinzipien stützt, am ehesten positive Veränderungen zur Folge haben, wenn in wichtigen Punkten die Beziehung oder Interaktion zwischen Patient und Therapeut gekennzeichnet ist durch das Bestreben nach Zusammenarbeit. Dieses Phänomen bezeichnet man als therapeutische Allianz, als therapeutische Arbeitsbeziehung oder Arbeitsallianz. Auf der anderen Seite gelten Defizite in der therapeutischen Allianz zunehmend als ernsthafte Hindernisse für den therapeutischen Fortschritt. Wenn diese Defizite nicht korrigiert werden, können sie dazu beitragen, daß die Therapie zu einer Einbahnstraße wird, die kein Ende findet, zum Auftreten nicht überwindbaren Widerstandes, vorzeitiger Beendigung, Machtkämpfen zwischen Patient und Therapeut, Wut/Ärger oder andere Gegenübertragungsreaktionen auf der Seite des Therapeuten, einer Verschlechterung des Zustandes des Patienten oder einem Fehlen bedeutsamen Fortschrittes innerhalb der Therapie. Für die hier geschilderte Anwendung werden Merkmale des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktion, die zu derartigen Entwicklungen führen, als "negative Indikatoren" bezeichnet.

Die Etablierung einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Therapeut wird als wesentlich für den Erfolg einer Kurzzeitpsychotherapie angesehen und dürfte insgesamt ein kritischer Faktor sein für alle anderen Formen von Psychotherapie. Es erscheint naheliegend, daß mit einem negativen Therapieergebnis zu rechnen sein dürfte oder mit einem Mangel an positiven Veränderungen, wenn sich keine gute Arbeitsbeziehung in frühen Phasen der Therapie entwickeln kann oder wenn Hindernisse für diese gute Arbeitsbeziehung nicht rechtzeitig beseitigt werden können. Aus diesem Grund wird es bedeutsam, tatsächliche oder potentielle Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung in frühen Stadien der Begegnung zwischen Patient und Therapeut zu identifizieren.

Auf der Grundlage langjähriger Forschung innerhalb des Vanderbilt-Psychotherapie-Projektes läßt sich vermuten, daß sich negative Indikatoren in frühen therapeutischen Interviews analysieren lassen (vgl. Strupp et al, 1980). Diese Analysen werden durch unabhängige klinische Beobachter durchgeführt, die Therapiesitzungen systematisch daraufhin prüfen. Die VNIS basiert auf der allgemeinen Arbeitshypothese, daß das Vorhandensein einer bedeutenden Anzahl negativer Indikatoren in frühen therapeutischen Gesprächen einen schlechten Therapieerfolg vorhersagen kann. Es wird vermutet, daß zu diesen Effekten beitragen:

- a) Patientenvariablen,
- b) Therapeutenvariablen,
- c) Technikvariablen und
- d) Variablen, die sich auf die Beziehung und Interaktion von Patient und Therapeut beziehen.

Gegenwärtig durchgeführte Studien haben zum Ziel, die Skala zu verfeinern und den Charakter, die Anzahl, Häufigkeit, Intensität und Kombination von Variablen festzulegen, die von besonderem Vorhersagewert für ein negatives Therapieergebnis sind.

Die VNIS ist demnach nicht konstruiert, um Merkmale der therapeutischen Interaktion zu erheben, die man im allgemeinen als Beitrag zu einem positiven Therapieergebnis ansieht. Ebenso soll sie nicht dazu dienen, ein Gleichgewicht zwischen positiven und negativen Indikatoren zu erheben. Vielmehr ist ihr Schwerpunkt die

Identifikation der negativen Indikatoren im psychotherapeutischen Prozeß. Es wird vermutet, daß das Ergebnis einer Therapie mangelhaft, uneindeutig oder negativ sein wird, wenn, wo dies überhaupt möglich ist, die therapeutische Beziehung nicht auf eine sinnvolle Weise korrigiert wird.

### **Entwicklung der VNIS**

Die VNIS basiert auf Studien der Vanderbilt-Gruppe, die sich mit dem Problem negativer Effekte in der Psychotherapie befaßte (Strupp et al., 1977). Der Iteminhalt leitet sich weitgehend ab aus aktuellen Expertenmeinungen zu diesem Thema (vgl. Hadley & Strupp, 1976). Einige Items leiten sich aus ausführlichen klinischen Beobachtungen von Therapiestunden ab, die zum einen zu positiven, zum anderen zu negativen Ergebnissen führten, und die im Vanderbilt-Psychotherapieforschungs-Projekt durchgeführt wurden (vgl. Strupp & Hadley, 1979; Strupp, 1980a, b, c, d).

Gomes-Schwartz entwickelte die Grundkonzeption der VNIS und prüfte die Interraterreabilität und die Power des Instruments bei der Unterscheidung positiver und negativer Therapieergebnisse (Gomes-Schwartz, 1978).

Mit einer etwas von der hier beschriebenen abweichenden Beurteilungsprozedur wurden dabei einigermaßen verlässliche Daten erhoben. Einige Items der Originalversion der VNIS trennten statistisch bedeutsam zwischen erfolgreichen und erfolglosen Fällen im Vanderbilt-Projekt (vgl. Gomes-Schwartz, 1978).

In einer Pilotstudie von Strupp et al. (1980) wurde die Interraterreliabilität und die Power des revidierten Instrumentes geprüft. Insgesamt deuten die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, daß zufriedenstellende Interraterreliabilitäten mit diesem Instrument erzielt werden können. Es zeigte sich allerdings, daß Merkmale der Beurteiler, wie etwa das Ausmaß, in dem sie einer identischen theoretischen Orientierung angehören, einen deutlichen Einfluß haben auf den Interraterkonsens. Auf der Grundlage einer kleinen Stichprobe von 10 Patienten fanden Strupp et al. (1980) erste Hinweise dafür, daß die revidierte Fassung der VNIS

zwischen erfolgreichen und erfolglosen Fällen zu differenzieren vermag und zwar bereits auf der Grundlage einer sehr frühen (der dritten) Therapiestunde.

### **Merkmale der VNIS**

Die aktuelle Version der VNIS orientiert sich an dynamischer Kurzzeitpsychotherapie, wenngleich viele Items in einem weiteren Kontext anwendbar sein dürften. Dennoch dürfte die Anwendung im Kontext anderer therapeutischer Vorgehensweisen eine mehr oder weniger ausführliche Modifikation des Instruments verlangen.

Die gegenwärtige Version der VNIS umfaßt 42 Items, von denen alle auf Faktoren bezogen sind, die für sich genommen oder in Kombination mit anderen, potentielle Prädiktoren für ein negatives Therapieergebnis sind. Insgesamt sind die Items in fünf Untergruppen aufgeteilt. Vier davon beziehen sich auf vorherrschende Konzepte der wichtigsten erfolgsrelevanten Dimensionen von Psychotherapie; es sind dies persönliche Eigenschaften und Einstellungen des Patienten, persönliche Eigenschaften und Einstellungen des Therapeuten, Fehler in der Therapietechnik und die Patient-Therapeut-Interaktion. Der fünfte Bereich, globale Beurteilung der Sitzung, umfaßt Items, die sich auf allgemeine klinische Eindrücke in Bezug auf Therapiesitzungen beziehen, die als Prädiktoren für ein schlechtes Therapieergebnis gesehen werden. Ein jeglicher Bereich der VNIS wird weiter unterteilt in konzeptuell verschiedene Itemkategorien (vgl. Tabelle 1 in Strupp et al., 1980).

## Instruktionen für die Beurteiler

### Allgemeines Vorgehen bei der Beurteilung

Die VNIS wurde entwickelt für externe Beobachter einer Therapiesitzung, wobei sich das folgende Vorgehen als optimal erwiesen hat:

1. Für klinisch sinnvolle Beurteilungsentscheidungen sollten hinreichend lange Segmente einer Sitzung (z. B. 15 Minuten) oder ganze Therapiesitzungen herangezogen werden.
2. Audiovisuelle Aufzeichnungen (Videobänder) dürften das optimale Medium für die Präsentation einer Therapiestunde sein (vgl. Kiesler, 1979, der vermutet, daß eine wirklich valide Beurteilung der Beziehungsvariablen nur aufgrund der Beobachtung des nonverbalen Verhaltens der Interagierenden erfolgen kann). Die VNIS kann u. U. auch im Zusammenhang mit Tonbandaufzeichnungen benutzt werden, während Transskripte von Therapiesitzungen wahrscheinlich nicht adäquat sein dürften.
3. Die Therapiesitzung wird unterteilt in kurze Segmente (7 1/2 bis 10 Minuten). Jedes Item sollte für jedes Segment beurteilt werden, wobei sich numerische Ratings immer auf ein Gesamtsegment beziehen sollten. Die Beurteilung kurzer Segmente hilft dabei, die Aufmerksamkeit des Beurteilers auf seine eigentliche Aufgabe zu lenken. Es dürfte sinnvoll sein, daß der Beurteiler sich kurze Notizen macht, wenn er einzelne Segmente betrachtet. Dadurch kann die Fehlervarianz reduziert werden; außerdem wird dadurch dem Beurteiler dabei geholfen, die richtigen Items für seine Beurteilung heranzuziehen.
4. Ein akzeptables Maß an Interraterreliabilität ist am wahrscheinlichsten zu erzielen bei klinisch erfahrenen Beurteilern, die mit den theoretischen Konzepten einer Therapie vertraut sind und die Prinzipien und Techniken der psychodynamischen Psychotherapie kennen. Dabei ist auch

wünschenswert, die Literatur zur dynamischen Kurztherapie zu kennen.

5. Um eine ausreichende Interraterreliabilität herbeizuführen, wird eine Trainingszeit unerlässlich sein, wobei das Ausmaß des Trainings wahrscheinlich abhängig sein dürfte vom theoretischen Standpunkt der Beurteiler und der generellen klinischen Erfahrung.

### **Spezifische Beurteilungsinstruktionen**

1. Bei der Beurteilung ist es wichtig, sich sehr eng an die Itemdefinitionen der VNIS, so wie sie sich im Manual finden, zu halten. Diese Definitionen klinischer Konzepte innerhalb des Manuals unterscheiden sich sicherlich von individuellen Urteilen über die einzelnen Konzepte.
2. Nachdem das erste Segment gesehen/gehört/gelesen ist, sollte der Beurteiler das Manual durchsehen, um zu prüfen, welcher negative Indikator für die Beurteilung in Frage kommt. Wenn ein numerisches Rating sinnvoll erscheint, dann wäre eine Beurteilung in der Spalte abzugeben, die mit Segment 1 bezeichnet ist. Am Ende eines 15-Minuten-Intervalls sollte die zuvor getroffene Entscheidung noch einmal überprüft werden. Wenn der Beurteiler immer noch der Meinung ist, daß ein negativer Indikator sichtbar war, dann sollte das adäquate numerische Rating ausgewählt werden. Es ist auch möglich, ein Item zu beurteilen, wenn es keinerlei Hinweis auf einen negativen Indikator in der ersten Hälfte des Segments gab.
3. Zwei Kriterien können die numerischen Ratings beeinflussen:
  1. die Häufigkeit eines Verhaltens oder einer Qualität und
  2. das Ausmaß, in dem sich eine Verhaltensweise oder eine Qualität andeutet. Die nachfolgende Skala ist bei den numerischen Beurteilungen zu benutzen:

0	1	2	3	4	5
nicht	leichte		mittlere		sehr
vorge-	Hinweise		Hinweise		deut-
kommen	(einmal)		(einiger-		liche
(im üb-			maßen häu-		Hin-
lichen			fig)		weise
Rahmen)					(sehr
					häufig)

4. Eine generelle Regel für die Beurteiler sollte sein, konservativ zu sein, d.h.,

a) man sollte sich wirklich auf deutliche Hinweise auf Aspekte verlassen, die im Manual definiert sind, um über eine Beurteilung zu entscheiden. Beurteilungen, die auf Mutmaßungen oder Schlußfolgerungen beruhen, sollten vermieden werden.

b) Minimale Anzeichen für negative Indikatoren sollten ignoriert werden. Als allgemeine Regel gilt, daß man nicht einen idealen Maßstab einer Therapiestunde als Norm betrachten sollte. Ein besserer Standard für den Vergleich ist eine durchschnittliche Therapiestunde. Wenn das Ereignis oder die Qualität innerhalb üblicher Grenzen liegt, dann sollte keine von Null abweichende Beurteilung abgegeben werden.

c) Die Regel, konservativ zu sein, gilt besonders für die Items, die sich auf persönliche Qualitäten und Einstellungen des Patienten beziehen. Patienten sollten nicht bestraft werden für Probleme, die sie dazu veranlaßt haben, psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Statt dessen sollten die auf den Patienten bezogenen VNIS-Items dabei helfen, Verhaltensweisen und Tendenzen des Patienten zu identifizieren, die möglicherweise den Fähigkeiten des Patienten oder dessen Bereitschaft, eine produktive therapeutische Beziehung einzugehen, im Wege stehen.

5. Wenn mehrere Items in Frage kommen, um ein und dieselbe Erscheinung zu beurteilen, sollte man versuchen, ein Item auszuwählen, um das Phänomen zu beschreiben. Bei der Entscheidung sollte man sich dann auf den allgemeinen Itembereich



oder die kategorialen Überschriften beziehen, unter denen die Items subsumiert sind.

Es kann möglich sein, daß der Beurteiler sich nicht zwischen Items entscheiden kann, weil ein jedes einen gleichbedeutenden Aspekt einer Erscheinung beschreibt. In so einem Fall ist es durchaus zulässig, mehrere Items zur Beurteilung heranzuziehen.

Dieses Problem dürfte sich am häufigsten für Items ergeben, die sich auf Qualitäten des Therapeuten und technische Fehler beziehen. Dies hauptsächlich deswegen, weil die persönlichen Qualitäten des Therapeuten und dessen Einsatz von Techniken sich im beobachtbaren Verhalten vernetzen, auch wenn man diese beiden Kategorien des Verhaltens konzeptuell unterscheiden kann. Mit anderen Worten ist die Art und Weise, in der ein Therapeut Techniken anwendet, sowohl beeinflußt durch als auch eine Manifestation von Persönlichkeitsmerkmalen. Für eine Unterscheidung der beiden Aspekte gibt es keine eindeutigen Regeln. Der Beurteiler sollte sich innerhalb dieses Dilemmas bei der Entscheidung darauf stützen, welche Facette des fraglichen Phänomens im Vordergrund steht. Wenn die Entscheidung unmöglich ist, können Items aus beiden Sektionen beurteilt werden. Es kann sein, daß ein Beurteiler ein Ereignis in einer Sitzung als sehr stark bedeutend einschätzt (im Hinblick auf mögliche negative Auswirkungen), sich aber kein Item zu dessen Beschreibung findet. In diesem Fall sollte das Item gewählt werden, das der Einschätzung des Beurteilers am nächsten kommt. Bei der Entscheidung hierfür sollten die Hauptbereiche der Skala und die einzelnen Kategorien hilfreich sein.

## Beurteilermanual

### PERSÖNLICHE EIGENSCHAFTEN UND EINSTELLUNGEN DES PATIENTEN

#### A MANGELNDE MOTIVATION

Mangelnde Therapiemotivation kann beinhalten:

##### 1. 1. Mangel an Leidensdruck (Distress)

Der Patient drückt nicht die Sorge, das Unwohlsein oder den Schmerz über seine Situation aus, die man üblicherweise von einer Person in Psychotherapie erwarten kann. Dieses Item sollte beurteilt werden auf der Basis der Wahrnehmung des Patienten und der Darstellung seiner Probleme und nicht auf der Grundlage der Meinung des Beurteilers, daß der Patient Therapie braucht.

##### 1. 2. Mangelnde Verantwortung für die Probleme

Der Patient erscheint nicht willens, seine eigene Rolle anzuerkennen, die er im Zusammenhang mit seinem Problem inne hat. Hinweise für dieses Item beinhalten:

- a) Der Patient externalisiert seine Probleme, indem er andere Menschen oder Ereignisse in seiner Umgebung verantwortlich macht.
- b) Der Patient glaubt, daß er selbst wenig tun kann, um seine Situation zu beeinflussen oder zu kontrollieren.

##### 1. 3. Passivität in der therapeutischen Interaktion

Der Patient verläßt sich ganz und gar darauf, daß der Therapeut Informationen von ihm erhebt und dafür sorgt, daß das Gespräch im Fluß bleibt. Auch wenn der Patient eine kooperative Einstellung zu zeigen scheint und auf direkte Fragen des Therapeuten antwortet, übernimmt der Patient wenig oder keine Initiative, wenn es darum geht, Themen einzuführen oder auszuarbeiten.

(Dieses Item ist zu unterscheiden von Item 1.12, negative Einstellungen. Wenn die fehlende Initiative des Patienten, Material in die Stunde einzubringen, eine "oppositionelle", negativistische oder passiv-aggressive Qualität hat, sollte das Item 1.12 beurteilt werden.)

#### 1.4. Ambivalenz gegenüber der Therapie

Der Patient erlebt es als Konflikt, in Therapie zu sein. Eine gewisse Ambivalenz im Hinblick auf die eigene Therapie ist immer zu erwarten. Deshalb sollte bei der Beurteilung dieses Items wirklich ein expliziter Hinweis darauf gewertet werden, daß der Patient Vorbehalte im Hinblick auf die kontinuierliche Teilnahme an der Therapie verdeutlicht.

Beispiele:

1. Der Pat. stellt die Nützlichkeit der Therapie direkt in Frage (in diesem Fall wäre eine hohe Beurteilung abzugeben).
2. Der Pat. bringt Faktoren zur Sprache, die es für ihn schwierig machen, an der Therapie weiter teilzunehmen, wie etwa andere zeitliche Verpflichtungen oder das soziale Stigma, das mit einer Psychotherapie verbunden wird.
3. Der Pat. versäumt eine Sitzung unentschuldigt oder mit fadenscheiniger Begründung.

#### 1.5. Mangelnde Introspektion oder mangelndes Bedürfnis nach Selbsterkenntnis

Der Pat. scheint entweder unfähig oder unwillig, sein Bewußtsein von sich selbst zu erweitern. Anstatt seine Verhaltensweisen, Gedanken oder Gefühle zu überprüfen, tendiert der Pat. konsistent dazu, seine Erfahrungen sehr oberflächlich zu diskutieren, bestimmte Vorfälle zu beschönigen und/oder die Bedeutung seines Verhaltens zu minimieren. Dieses Item soll eine allgemeine Tendenz erfassen, eine Selbstprüfung zu vermeiden, in Abgrenzung von "normalem Widerstand". Dieses Item sollte dementsprechend nicht benutzt werden, um Anzeichen dafür zu beurteilen, daß der Pat. die Selbstprüfung nur in umschriebenen Gebieten vermeidet oder im Hinblick auf ganz spezifische Themen.

### B UNZUREICHENDE SELBSTÖFFNUNG

#### 1.6. Ausweichen

Der Pat. vermeidet konsistent die Exploration bestimmter Gefühle, Erfahrungen oder Themen. Der Pat. tendiert dazu, seine Reaktionen auf neutrale Gebiete zu lenken oder vage zu antworten auf Fragen, die von seiten des Therapeuten gestellt werden. Zwei wesentliche Aspekte entscheiden, ob dieses Item benutzt werden sollte oder

nicht:

1. Es bedarf klarer Hinweise auf die Weigerung des Pat., Gefühle etc. zu explorieren, nachdem der Therapeut mehrfach versucht hat, diese Exploration zu initiieren und
2. das Item trifft dann zu, wenn die Weigerung des Pat. lokalisiert oder begrenzt ist auf bestimmte Gebiete ((i.Gegensatz zu 1.5)).

#### **1.7. Offenkundiges sich verstellen**

Der Inhalt der Mitteilungen des Pat. ist widersprüchlich oder inkongruent. Inkonsistenzen im Material, das der Pat. präsentiert, deuten auf Falsifikation, Verwirrung oder absichtliches Zurückhalten von Information.

### **C PROBLEME BEI DER VERBALEN KOMMUNIKATION**

#### **1.8. Probleme mit verbalem Selbstausdruck**

Der Pat. hat beträchtliche Schwierigkeiten bei der Artikulation seiner Gefühle, Gedanken, Sorgen oder Erfahrungen. Die Beschreibungen des Pat. von dessen internen und äußeren Ereignissen sind ungewöhnlich unklar oder unverständlich aus der Perspektive des Zuhörers.

### **D PROBLEME MIT AFFEKTEN**

#### **1.9. Probleme mit Affekten**

Dieses Item bezieht sich auf verschiedene Probleme im Hinblick auf die Erfahrung oder den Ausdruck von Gefühlen und Emotionen. Relevante Probleme in diesem Bereich beinhalten:

a) der Pat. ist nicht in der Lage, seine Gefühle zu identifizieren, sie in Worte zu kleiden oder ihre Gegenwart oder Bedeutung anzuerkennen (obwohl er über emotionale Themen spricht).

b) Der manifeste Affekt, den der Pat. zeigt, ist nicht kongruent mit dem Inhalt des von ihm präsentierten Materials. Diese Inkongruenz kann auf Überkontrolliertheit (z.B. zwanghafte Tendenzen)

oder Unterkontrolliertheit des Affektes hinweisen (z.B. schauspielerische Tendenzen).

c) Der Pat. zeigt eine bemerkenswerte Flachheit von Affekten, d.h., die Einstellung des Pat. ist von einer entfernten, zurückgenommenen oder sehr sanften Qualität.

d) Der Pat. zeigt nur ein sehr eingeschränktes Spektrum an Affekten. Dies kann sich andeuten, wenn die Stimmqualität des Pat. und sein Gefühlszustand nicht zu variieren scheinen.

## **E TENDENZ ZUR SELBSTERNIEDRIGUNG**

### **1.10. Tendenz zur Selbsterniedrigung**

Der Pat. drückt Scham, Selbsthaß aus oder ein Gefühl des Gescheitertseins in einem Ausmaß, das seiner Situation nicht angemessen erscheint. Dieses Item soll masochistische oder hoffnungslose Qualitäten erfassen (im Gegensatz zu einer konstruktiven, hilfesuchenden Einstellung) in den negativen Selbstäußerungen des Pat.. Personen, die Psychotherapie suchen, drücken häufig Unzufriedenheit mit verschiedenen Aspekten ihres Verhaltens aus oder haben Probleme mit ihrem Selbstbild. Dieses Item verlangt, daß der Beurteiler unterscheidet zwischen erwarteten Schwierigkeiten dieser Art und einer Selbsterniedrigung, die mit einer masochistischen oder hoffnungslosen Einstellung gekoppelt ist.

## **F UNREALISTISCHE ERWARTUNGEN ODER GROBE FEHLVORSTELLUNGEN VON PSYCHOTHERAPIE**

### **1.11. Unangebrachte Erwartungen**

Der Pat. drückt unrealistische Erwartungen über die potentiellen Effekte der Psychotherapie aus oder hat falsche Vorstellungen vom therapeutischen Prozeß. Anzeichen von unrealistischen Erwartungen umfassen:

a) Der Pat. gibt Äußerungen ab, die darauf hinweisen, daß er

erwartet, die Therapie könnte seine Belastungen mindern, ohne daß er selbst viel dazu beitragen muß. Diese allgemeine Einstellung kann sich manifestieren in jeglichen Zeichen dafür, daß der Pat. den Therapeuten als jemanden sieht, der ihm ein Heilmittel verschreibt.

b) Der Pat. scheint den Therapeuten als allwissend zu sehen. Dementsprechend glaubt der Pat., daß sich seine Probleme geben, wenn er nur die Vorstellungen des Therapeuten annimmt.

c) Der Pat. erwartet dramatische und anhaltende Veränderungen innerhalb eines kurzen Zeitabschnittes (z.B. nach wenigen Therapiesitzungen).

## G NEGATIVE EINSTELLUNGEN

### 1.12. Negative Einstellungen gegenüber dem Therapeuten oder der Therapie

Der Pat. zeigt Einstellungen gegenüber dem Therapeuten oder gegenüber der Therapie, die die therapeutische Beziehung unterminieren. Folgende Hinweise sollten berücksichtigt werden bei der Einschätzung dieses Items:

1. Es sollte nicht beurteilt werden, wenn die negativen Einstellungen des Pat. nachvollziehbare Reaktionen auf das Verhalten des Therapeuten sind. In solchen Fällen sollte das entsprechende Item aus einer der therapeutenbezogenen Sektionen des Manuals herangezogen werden.

2. Negative Einstellungen gegenüber dem Therapeuten oder der Therapie sind an bestimmten Punkten einer psychotherapeutischen Beziehung durchaus zu erwarten und können auch therapeutisch nützlich sein, wenn der Pat. in der Lage ist, diese zu beobachten und zu prüfen. Damit sollte dieses Item eingeschätzt werden, wenn der Pat. negative Einstellungen zeigt und entweder unfähig oder unwillig zu sein scheint, diese zu überprüfen. Dieses Item ist ganz klar und deutlich heranzuziehen, wenn

a) der Pat. in den Augen des Beurteilers klar negative Einstellungen äußert,

b) der Therapeut den Versuch macht, diese Einstellungen zu explorieren und

c) der Pat. auf diese Versuche nicht reagiert.

Wenn der Pat. die Einstellung zeigt und weder der Pat. noch der Therapeut explizit dazu Stellung nehmen, sollte dieses Item und das Item 3.5 eingeschätzt werden. Beispiele für negative Einstellungen umfassen:

- a) Mißtrauen: Der Pat. scheint gegenüber den Motiven des Therapeuten oder dessen Integrität mißtrauisch zu sein
- b) Negativismus: Der Pat. zweifelt kontinuierlich oder stellt die Beobachtungen und Vorschläge, Anregungen des Therapeuten in Frage.
- c) Neigung zu Kritik: Der Pat. betont entweder direkt oder indirekt Fehler des Therapeuten oder der Therapie.
- d) Ärger: Der Pat. richtet Ärger, Groll oder Frustration ganz spezifisch auf den Therapeuten oder die Therapie.

## **H ICH-SCHWÄCHEN**

Der Patient hat Schwächen in Facetten seiner Persönlichkeit, die man gemeinhin als besonders relevant betrachtet für die Möglichkeit einer Person, von einer zeitlich begrenzten dynamischen Psychotherapie zu profitieren. Die spezifischen Ichfunktionen, die in diesem Zusammenhang bedeutsam sind:

### **1.13. Mangelndes Selbstgefühl oder Gefühl von der Realität**

Der Pat. macht Äußerungen, die darauf hindeuten, daß er sich oder Dinge außerhalb seiner selbst als unreal, nicht konstant oder nicht zusammenhängend empfindet.

### **1.14. Gestörtes Denken, Sprache und Kommunikation**

Der Pat. manifestiert Zeichen dessen, was man traditionell als "formale Denkstörung" bezeichnet. Deutliche Hinweise für die Beurteilung dieses Items wären:

- a) "Entgleisungen", z.B. Gedanken, die in einer eigentlich nicht logischen Sequenz ausgedrückt werden oder die nicht richtig aufeinander bezogen sind,
- b) Tangentialität, d.h. die Antworten des Pat. auf Fragen sind so irrelevant, daß sie dem Zuhörer als sehr bizarr erscheinen.
- c) Zielverlust, d.h. der Gedankengang des Pat. bewegt sich in einer Weise, daß er nie wieder zu seinem Ursprung zurückkehren

kann.

(Eine ausführlichere Definition dieser Denk-Sprach- und Kommunikationsstörung sind im DSM-III zu finden).

#### **1.15. Mangelnde Impulskontrolle**

Der Pat. behält Verhaltensweisen aggressiver, sexueller oder selbstdestruktiver Natur (z.B. Drogen oder Alkoholmißbrauch) bei, die seine Probleme aufrecht erhalten oder hervorrufen.

#### **1.16. Mangel an emotionaler Bindung an andere, schizoide Tendenzen**

Der Pat. drückt ein Gefühl der Isolation, inneren Leere aus, einen Mangel an Empathie und/oder Geringschätzung für die meisten anderen Menschen. Auf einen Mangel an emotionale Bindung kann man auch schließen, wenn des Pat. Beschreibungen seiner Beziehungen auf Distanz hinweisen oder das Fehlen an gegenseitiger Fürsorge. Dieses Item ist nicht zu beurteilen, wenn der Pat. ein Gefühl der Isolierung und/oder schlechter oder weniger Beziehungen beschreibt, sich dadurch aber belastet fühlt und Interesse daran zeigt, seine Beziehungsfähigkeit zu verbessern.

#### **1.17. Defizite in der Autonomie**

Der Pat. erweckt den Eindruck, daß er konsistent unfähig ist, die Verantwortungen zu übernehmen, die mit den für ihn typischen sozialen Rollen verknüpft sind (z.B. den Rollen als Partner, Angestellter, Student oder Elternteil).



## **PERSÖNLICHE EIGENSCHAFTEN UND EINSTELLUNGEN DES THERAPEUTEN**

### **A Defizite in therapeutischen Grundhaltungen**

#### **2.1. Mangelnde Wärme**

Die Reaktionen des Therapeuten auf das vom Pat. präsentierte Material deuten auf mangelnde Fürsorge und geringes Interesse. Auch wenn man Objektivität, Neutralität und einen gewissen Grad an persönlicher Distanz in Rechnung stellt, erscheint der Therapeut kalt und unzugänglich für die Problematik des Patienten.

#### **2.2. Ausbeuterische Tendenzen (Tendenzen zur Ausbeutung)**

Der Therapeut macht Interventionen, die offenkundig primär seinen eigenen psychischen Bedürfnissen und weniger den Therapiezielen dienen. Anzeichen für ein derartiges Ausbeuten des Pat. können sein:

- a) das Interesse des Therapeuten an den Beziehungen oder dem Sexualverhalten des Pat. hat voyeuristische Qualitäten,
- b) der Therapeut gibt Selbstenthüllungen von übermäßig intimer oder auf andere Weise unangemessener Art,
- c) die Interventionen des Therapeuten scheinen primär dem persönlichen Bedürfnis, gemocht zu werden, zu dienen. Aus der Perspektive des Beobachters mag in diesem Fall der Therapeut beispielsweise übermäßig freundlich wirken oder den Anschein erwecken, als versuche er einfach ein "netter Kumpel" zu sein,
- d) die Interventionen des Therapeuten scheinen primär einem persönlichen Bedürfnis nach Bewunderung und Beachtung zu dienen. Das Verhalten des Therapeuten mag dabei eine theatralische Qualität haben oder er kann Bemerkungen machen, die ihn selbst verherrlichen.

### **B ZURÜCKWEISENDE EINSTELLUNGEN: UNGENÜGENDE WERTSCHÄTZUNG DES PATIENTEN**

#### **2.3. Mangel an Respekt für den Patienten**

Der Therapeut verhält sich auf eine Art und Weise, die nahelegt,

daß er den Pat. als ihm unterlegen und nicht gleichwertig betrachtet. Anzeichen für mangelnden Respekt für den Pat. wären unter anderem:

- a) Die Interventionen des Therapeuten oder seine Bemerkungen haben eine herabwürdigende Qualität.
- b) Der Therapeut gibt Kommentare, aufgrund derer der Pat. sehr leicht den Eindruck gewinnen kann, daß ihn der Therapeut als abweichend oder abnorm erachtet.
- c) Der Therapeut macht Kommentare oder verhält sich auf eine Art und Weise, die man in den meisten sozialen Situationen als sehr grob bezeichnen würde (Beispiel: Der Therapeut unterbricht die Stunde ganz abrupt, indem er den Redefluß des Pat. abschneidet).

#### **2.4. Kritische Tendenzen**

Die Kommentare des Therapeuten drücken eine Mißbilligung der Handlungen des Pat., seiner Intentionen, Gefühle oder Vorstellungen aus. Die Beobachtungen des Therapeuten, des Verhaltens oder der Einstellungen des Pat. deuten qualitativ darauf hin, daß er dem Pat. Fehler nachweisen will oder ihn blamieren möchte.

### **C KONTROLLIERENDE TENDENZEN: MANGELNDE WERTSCHÄTZUNG DER AUTONOMIE DES PATIENTEN**

#### **2.5. Moralistische Tendenzen**

Der Therapeut scheint sehr stark ganz spezifischen Werten oder einem spezifischen Lebensstil zu verhaftet. Die starre Verbindung mit dieser persönlichen Philosophie reduziert die Fähigkeit des Therapeuten, es dem Pat. zu erlauben, seine eigenen Werte und Einstellungen zu explorieren. Hinweise für dieses Item wären beispielsweise:

- a) Die Interventionen des Therapeuten haben eine moralisierende und dozierende Qualität.
- b) Der Therapeut bietet dem Pat. unaufgefordert Ratschläge an.

#### **2.6. Tendenz, den Patienten zu dominieren**

Der Therapeut scheint gegenüber dem Pat. eine anmaßende Haltung einzunehmen. Hinweise für dieses Item beinhalten:

- a) Der Therapeut drängt den Pat. dazu, seine Sichtweise oder seine Wahrnehmung zu akzeptieren (Beispiel: Der Therapeut unter-

bricht den Pat., um ganz spezifisch eine Beobachtung oder Interpretation zu bemühen, die der Pat. vorher, während der gleichen Therapiestunde, schon zurückgewiesen hat).

b) Der Therapeut gestattet dem Pat. nicht, an Entscheidungen über die Behandlung teilzuhaben (Beispiel: Der Therapeut sagt dem Pat., daß er entschieden hat, die Anzahl der Stunden pro Woche zu erhöhen anstatt eine höhere Frequenz der Behandlung als Empfehlung vorzuschlagen, der der Pat. zustimmen kann oder nicht).

## **D PROBLEME BEI DER ÜBERNAHME EINER THERAPEUTENROLLE**

### **2.7. Fehlendes Selbstvertrauen**

Der Therapeut ist sichtlich angespannt, unentschlossen oder zögerlich, rechtfertigend oder unsicher.

### **2.8. Abwehrverhalten**

Der Therapeut versucht, Aspekte seines eigenen Verhaltens zu rechtfertigen (explizite Aussagen).

### **2.9. Unzureichendes Verständnis**

Der Therapeut scheint die Bedeutung, die Gefühle, Gedanken oder Erfahrungen für den Pat. haben, nicht zu begreifen. Der Therapeut scheint unzureichend eingestellt auf die Perspektive, aus der der Pat. seine Probleme sieht. Dieses Item sollte beurteilt werden auf der Grundlage der tatsächlichen Äußerungen des Therapeuten und nicht aufgrund "seiner Unterlassungen". Hinweise für unzureichendes Verständnis eines Therapeuten wären beispielsweise:

a) Der Therapeut begreift Elemente der Mitteilungen des Pat. nicht, die für diesen am bedeutsamsten und am wesentlichsten erscheinen: Der Therapeut scheint "daneben zu schießen".

b) Die Bewertungen des Therapeuten der gefühlsmäßigen Zustände des Pat. scheinen ungenau bzw. falsch zu sein.

## **THERAPIETECHNISCHE FEHLER**

### **A Unterlassung notwendiger Interventionen**

#### **3.1. Versäumnis, das Segment zu strukturieren oder zu fokussieren**

Die Sitzung scheint ziellos, es mangelt ihr an Kohärenz. Der Therapeut schafft es nicht, Interventionen zu machen, die dabei helfen würden, den Inhalt und/oder Prozeß der Therapiestunde zu organisieren. Hinweise für dieses Item wären:

- a) Der Therapeut schafft es nicht, die schwerpunktmäßigen therapeutischen Themen zu identifizieren im Material, das der Pat. präsentiert.
- b) Der Therapeut schafft es nicht, das präsentierte Material zu integrieren. Der Therapeut identifiziert keine Themen oder Muster in den Mitteilungen des Pat., in den von ihm berichteten Verhaltensweisen oder in der Art und Weise, wie er mit dem Therapeuten interagiert.
- c) Der Therapeut läßt es zu, daß der Pat. "umhertappt", abschweift und/oder wiederholt Randthemen behandelt.

#### **3.2. Unvermögen, problematische Verhaltensweisen oder verzerrte Auffassungen anzusprechen**

Der Therapeut schafft es nicht, die Aufmerksamkeit auf problematische Verhaltensweisen des Pat. oder ernsthaft verzerrte Auffassungen zu lenken. Hinweise für dieses Item beinhalten beispielsweise:

- a) Der Therapeut schafft es nicht, auf Aspekte im Verhalten oder in den Einstellungen des Pat. hinzuweisen, die mit großer Wahrscheinlichkeit dessen Probleme aufrecht erhalten oder ihm zusätzlich Probleme bereiten (Beispiel: Der Pat. sagt, daß er ohne Warnung seine Arbeit aufgeben möchte und der Therapeut versucht nicht, mit dem Pat. entweder die wahrscheinlichen Konsequenzen dieser Handlung oder die dynamischen Prozesse, die die intendierte Handlung des Pat. bedingen, herauszufinden).
- b) Der Therapeut schafft es nicht, Verzerrungen in den Auffassungen, in der Wahrnehmung des Pat. seiner selbst oder anderer anzusprechen (Beispiel: Der Pat. sagt, daß er wisse, daß Fremde über ihn lachten, wenn er an ihnen vorbeiginge. Der Therapeut

ist nicht in der Lage, hier zu intervenieren und damit den Pat. zu ermutigen, die Hinweise für diese Auffassung genauer zu prüfen und anzusehen).

### **3.3. Unzureichende Prüfung von potentiell schädigenden Verhaltensweisen oder Einstellungen**

Der Therapeut richtet die Aufmerksamkeit des Pat. nicht auf Verhaltensweisen oder Einstellungen, die entweder massiven psychischen Streß für andere bereiten können oder zu körperlichem Schaden beim Pat. oder jemand anderem führen könnten.

### **3.4. Zeichen von Widerstand werden nicht angesprochen**

Der Therapeut schafft es nicht, die Aufmerksamkeit des Pat. auf Verhaltensweisen zu richten, die man gemeinhin als Zeichen der Vermeidung eines therapeutischen Schrittes interpretiert (Beispiel: Der Pat. kommt immer wieder auf Themen zu sprechen, die mehr zum "small talk" gehören (z.B. das Wetter, die Politik) und der Therapeut schafft es nicht, darauf wirklich hinzuweisen).

### **3.5. Unfähigkeit, die Therapeut-Patient-Beziehung zu prüfen und zu betrachten**

Die Interventionen des Therapeuten weisen auf eine nicht adäquate Berücksichtigung problematischer Aspekte in der Therapeut-Patient-Beziehung hin. Hinweise dafür wären beispielsweise:

a) Der Therapeut schafft es nicht, offenkundige Manifestationen einer spezifischen Einstellung des Pat. gegenüber dem Therapeuten anzusprechen, sei es eine Idealisierung des Therapeuten durch den Pat. oder negative Einstellungen des Pat. dem Therapeuten gegenüber.

b) Der Therapeut wird selbst verstrickt in die problematischen Beziehungsmuster des Pat.. Er scheint unfähig zu sein, eine ausreichende Distanz von der Beziehung einzunehmen, um objektiv und neutral reagieren zu können (Beispiel: Der Therapeut reagiert auf die Passivität oder den Widerstand des Pat. (z.B. häufiges Schweigen, kurz angebunden sein) mit einer Zunahme an verbaler Aktivität (z.B. durch vermehrte Fragen).

## D UNANGEBRACHTE INTERVENTIONEN

### 3.6. Oberflächliche Interventionen

Die Interventionen des Therapeuten scheinen nicht förderlich für das Selbstbewußtsein des Pat., führen nicht zu einem neuen Verständnis oder bieten dem Pat. keine neue Sichtweise seines Problems. Anzeichen für derartige Interventionen wären beispielsweise:

- a) Die Interventionen des Therapeuten bestehen vornehmlich aus Wiederholungen der Reaktionen des Pat. (d.h. der Therapeut scheint hauptsächlich die Äußerungen des Pat. nachzuplappern).
- b) Die Interventionen des Therapeuten scheinen mehr soziale Reaktionen zu sein als Beobachtungen, die das Selbstverständnis des Pat. fördern.

### 3.7. Zeitlich deplazierte Interpretationen

Der Therapeut bietet Interpretationen und Beobachtungen an, die zu früh kommen oder sonst zeitlich schlecht plaziert sind. D.h., auch wenn die Interpretationen des Therapeuten richtig erscheinen, werden sie mit großer Wahrscheinlichkeit nicht positiv vom Pat. aufgenommen, da sie nicht mit dessen momentanen affektiven Zustand oder mit seiner gegenwärtigen Sicht seiner Situation übereinstimmen.

## C POTENTIELL SCHÄDIGENDE INTERVENTIONEN

### 3.8. Destruktive Interventionen

Nachhaltige Explorationen oder direkte Konfrontationen des Therapeuten scheinen beim Pat. Angst oder eine erhöhte Abwehr zu bewirken.

### 3.9. Unangemessener Einsatz von Schweigen

Der Therapeut setzt Schweigen in einem Ausmaß ein, daß es eher die Angst des Pat. erhöht oder seine Fähigkeit, wieder zu kommunizieren, einschränkt. Die Spannung, die durch dieses hinausgezögerte Schweigen entsteht, kann dazu führen, daß der therapeutische Dialog unterbrochen wird.

## D UNFLEXIBLER GEBRAUCH THERAPEUTISCHER TECHNIKEN

### 3.10. Unflexibler Gebrauch therapeutischer Techniken

Die Fixierung oder das Anhaften des Therapeuten an spezifische konzeptuelle Rahmenbedingungen oder therapeutische Vorgehensweisen hindern ihn an sensiblen Reaktionen, die flexibel sind oder in einer anderen Weise für den Pat. bedeutsam.

a) Das Interesse des Therapeuten, eine spezifische dynamische Formulierung für das Problem des Pat. abzugeben, führt dazu, daß er ungenügend aufmerksam ist für alternative Konzeptualisierungen bestimmter thematischer Schwerpunkte.

b) Der Therapeut schafft es nicht, seine Standardtechniken den speziellen Anforderungen einer bestimmten Situation oder bestimmten Patientencharakteristika anzupassen. Beispiel:

1. Der Therapeut gibt fortwährend Übertragungsinterpretationen ohne dabei genügend aufmerksam zu sein für dringliche reale Probleme.

2. Die Interventionen des Therapeuten (d.h. die Äußerungen des Therapeuten) sind zu abstrakt oder seine Sprache ist zu technisch, um vom Pat. überhaupt verstanden zu werden.

## IV THERAPEUT-PATIENT-INTERAKTION

### A Mangelhafte therapeutische Beziehung

#### 4.1. Probleme in der therapeutischen Beziehung

Es scheint Störungen im affektiven Klima der Therapeut-Patient-Beziehung zu geben. Bedeutsame Hinweise für Probleme in der Beziehung umfassen folgendes:

- a) Patient und Therapeut scheinen in einem Machtkampf verfangen zu sein, mit dem Ziel, die Kontrolle über die Stunde oder die überlegene Position zu übernehmen.
- b) Patient und Therapeut sind aufeinander mechanisch, d.h. ohne aufeinander einzugehen, bezogen, was dazu führt, daß wirklicher Austausch und Engagement fehlen.
- c) Die Qualität der Interaktion scheint die Intimitätsgrenzen, die man für eine therapeutische Beziehung als angemessen erachtet, zu überschreiten. Dieses Problem kann sich manifestieren in der emotionalen Intensität der Begegnung, dem Inhalt der Diskussion oder Interaktionen, die offenkundig eine ausgeprägte gegenseitige Abhängigkeit fördern.

### B MANGELNDE ZUSAMMENARBEIT

#### 4.2. Inadäquate therapeutische Zusammenarbeit

Der Charakter der Patient-Therapeut-Interaktion deutet darauf hin, daß es wenig Übereinstimmung oder deutliche Gegensätze gibt im Hinblick auf die Identifikation eines Fokus in der Therapie, die Therapieziele oder das therapeutische Vorgehen, das zur Erreichung dieser Ziele eingesetzt wird. Im Gegensatz zu dem Item 4.1. liegt bei diesem Item der Schwerpunkt auf zielbezogenen Dimensionen der therapeutischen Allianz. Relevante Hinweise für diese Problematik beinhalten:

- a) Patient und Therapeut scheinen inkompatible Strategien zu benutzen, um die Problematik des Pat. zu bearbeiten und zu lindern.
- b) Patient und Therapeut haben unterschiedliche Erwartungen, was



die Ziele der Behandlung anbelangt (Beispiel: Der Pat. gibt zu erkennen, daß das wesentliche Ziel der Behandlung die Lösung eines umschriebenen Problemes ist (z.B. seine problematischen Lerngewohnheiten). Dagegen insistiert der Therapeut darauf, daß der Fokus der Therapie die problematischen Beziehungsmuster des Pat. seien).

## V GLOBALE BEURTEILUNG DER SITZUNG

### A Patientencharakteristika und der therapeutische Ansatz passen nicht richtig zusammen

#### 5.1. Patientencharakteristika und der therapeutische Ansatz passen nicht zusammen

Beurteilungen dieses Items sollten den Eindruck des Beobachters wiedergeben, inwieweit der Pat. die Qualitäten und Fähigkeiten hat, die man gewöhnlich als Indikation für eine erfolgreiche dynamische Kurzpsychotherapie erachtet (bei anderen Therapien ist dieses Item unter Umständen zu modifizieren). Das bedeutet, daß sich der Beurteiler fragen sollte, inwieweit negative Aspekte einer Therapiestunde die Funktion davon sind, daß Charakteristika eines individuellen Patienten und der therapeutische Ansatz, den der Therapeut benutzt, zueinander in einem schlechten Verhältnis stehen.

### B ZÄHE INTERAKTION

#### 5.2. Zähe Interaktion

Bei der Beurteilung dieses Items sollte man auf die persönliche Reaktion (als externer Beobachter), auf den Inhalt der Sitzung und die Natur der Kommunikation und Interaktion achten. Eine hohe Bewertung für dieses Item wird dann gegeben, wenn die Interaktion zwischen Pat. und Therapeut mühsam erscheint, langweilig, anstrengend oder ansonsten nicht das Interesse des Beobachters findet.

### C NEGATIVE AUSWIRKUNGEN EINER THERAPEISTUNDE

#### 5.3. Destruktivität der Therapiestunde

Beurteilungen dieses Items spiegeln das Ausmaß wider, in dem der Beobachter vermutet, daß eine spezielle Therapiestunde negative

Effekte auf das psychische Befinden des Pat. haben kann. Bei dieser Beurteilung sollten potentiell schädliche Einflüsse einzelner Interventionen im Kontext der Gesamtstunde bewertet werden.

#### **5.4. Ineffektivität einer Therapiestunde**

Bei der Beurteilung dieses Items sollte die gesamte Produktivität einer Therapiestunde beurteilt werden und zwar im Hinblick darauf, wie sehr sie dazu beigetragen hat, die Behandlungsziele zu erreichen. Höhere Beurteilungen dieses Items deuten darauf hin, daß die Stunde nach dem klinischen Urteil des Beobachters wenig dazu beitrug, sich dem Therapieziel zu nähern.

Beurteiler:

Datum:

Therapie:

/Stunde

**Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS)**  
Form für die Beurteiler

Sektion	Kategorie	Item	1	2	3	4	5	gesamt
			-	-	-	-	-	
Patient	A. MOTIVATION	1.1 Mangel an Leidensdruck						
		1.2 Mangelnde Verantwortung						
		1.3 Passivität						
		1.4 Ambivalenz						
		1.5 Mangelnde Introspektion						
	B. UNZUREICHENDE SELBSTÖFFNUNG	1.6 Ausweichen						
		1.7 Sich-verstellen						
	C. KOMMUNIKATIONSPROBLEME	1.8 Verbaler Selbstaussdruck						
	D. PROBLEME MIT AFFEKTEN	1.9 Probleme m. Affekten						
	E. SELBSTERNIEDRIGUNG	1.10 Selbsterniedrigung						
	F. UNREALIST. ERWARTUNGEN	1.11 Unangebrachte Erwartungen						
	G. NEGATIVE EINSTELLUNGEN	1.12 Negative Einstellungen						
	H. ICH-SCHWÄCHEN	1.13 Mangelndes Selbst- u. Realitätsgefühl						
		1.14 Gestörtes Denken						
		1.15 Mangelnde Impulskontrolle						
		1.16 Mangel an emotion. Bindung						
		1.17 Autonomiedefizite						

Sektion	Kategorie	Item	1	2	3	4	5	gesamt
Therapeut	A. GRUNDHALTUNGEN	2.1 Mangelnde Wärme						
		2.2 Tendenzen zur Ausbeutung						
	B. ZURÜCKWEISENDE EINSTELLUNGEN	2.3 Mangel an Respekt						
		2.4 Kritik						
	C. TENDENZ ZUR KONTROLLE	2.5 Moralistische Tendenzen						
		2.6 Tendenz zur Dominanz						
	D. PROBLEME BEI DER ÜBERNAHME DER THERAPEUTENROLLE	2.7 Fehlendes Selbstvertrauen						
		2.8 Abwehrverhalten						
		2.9 Unzureichendes Verständnis						
Technik	A. UNTERLASSEN NÖTIGER INTERVENTIONEN	3.1 Keine Struktur d. Segments						
		3.2 Unvermögen problem. Verhalten anzusprechen						
		3.3 Unzureichende Prüfung problemat. Verhaltensweisen						
		3.4 Widerstand wird nicht angesprochen						
		3.5 Keine Prüfung der Interaktion						
	B. UNANGEBRACHT E INTERVENTIONEN	3.6 Oberflächliche Interventionen						
		3.7 Schlechtplazierte Interpretationen						
	C. SCHÄDIGENDE INTERVENTIONEN	3.8 Destruktive Interventionen						
		3.9 Unangemessener Einsatz v. Schweigen						

Sektion	Kategorie	Item	1	2	3	4	5	gesamt
Interakt.	D. UNFLEXIBLER GEBRAUCH THERAPEUT. TECHNIKEN	3.10 Unflexibler Gebrauch therap. Techniken						
	A. MANGELHAFTE THERAPEUT. BEZIEHUNG	4.1 Probleme in der therapeutischen Beziehung						
	B. MANGELNDE ZUSAMMENARBEIT	4.2 Mangelnde Zusammenarbeit						
Globale Beurteilungen	A. PATIENTENMERKMALE UND THERAPEUT. ANSATZ DIVERGENT	5.1 Divergenz von Pat.-merkmalen und therapeut. Ansatz	-	-	-	-	-	
	B. ZÄHE INTERAKTION	5.2 Zähe Interaktion	-	-	-	-	-	
	C. NEGATIVE AUSWIRKUNGEN EINER THERAPIESTUNDE	5.3 Destruktivität	-	-	-	-	-	
		5.4 Ineffektivität	-	-	-	-	-	

Kommentare:

