

# Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie<sup>1</sup>

Martin Grosse Holtforth & Klaus Grawe

**Zusammenfassung:** In dem Beitrag wird eine Einführung in die Konsistenztheorie nach Grawe (1998), das Konstrukt der Inkongruenz, seine Erfassung sowie seine Bedeutung für die Erstellung konsistenztheoretischer Fallkonzeptionen in der Psychotherapie gegeben. Dazu werden die Begriffe *Motivationale Ziele und Schemata*, *Inkonsistenz* und *Diskordanz* erläutert und in einem funktionalen Modell des psychischen Geschehens zusammengeführt. Dieses Modell und die Konzepte der Konsistenztheorie werden schließlich verwendet, um die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen zu erklären. Im praktischeren Teil wird über die Erfassung und empirische Erforschung der Intensität und Inkongruenz Motivationaler Ziele berichtet, die Interpretation von Inkongruenzprofilen erläutert und es wird aufgezeigt, wie die Identifikation von Inkongruenzquellen zur Erstellung eines konsistenztheoretischen Fallkonzepts beitragen kann.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Inkongruenz, Konsistenztheorie, Fallkonzeption

## Incongruence and case formulation in psychological therapy

**Summary:** An introduction into the main concepts of Consistency Theory (Grawe, 2002) is given. Incongruence as a central concept as well as its measurement and role in case formulations are explained. Other important concepts being explained are *motivational goals*, *motivational schemata*, *inconsistence* and *discordance*. The concepts are used to formulate an integrative model of psychological functioning. The model as well as the basic concepts are used to explain the etiology and maintenance of psychological disorders. In a more practical part, the assessment of the intensity and incongruence of motivational goals is shown and explained how incongruence profiles can be interpreted. The identification of sources of incongruence is presented as the central step in case formulation and preparation of treatment planning according to Consistency Theory.

**Key words:** psychotherapy, incongruence, Consistency Theory, case formulation

Im vorliegenden Artikel wird eine Übersicht zur Rolle der Inkongruenz im psychischen Geschehen nach der Konsistenztheorie sowie zu der Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie gegeben. Für ausführliche Darstellungen werden interessierte Leser/-innen auf umfassendere Veröffentlichungen (Grawe, 1998; Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, in Druck) verwiesen.

Nach der Konsistenztheorie (Grawe, 1998) spielt Inkonsistenz im psychischen Geschehen eine Schlüsselrolle bei der Entstehung und Behandlung psychischer Störungen. Grundlegend für das Konstrukt der Inkonsistenz ist die Vorstellung, dass im psy-

chischen System jeweils viele Prozesse gleichzeitig ablaufen. Alle diese Prozesse haben eine Funktion, entweder eine interne zur Aufrechterhaltung oder Herstellung bestimmter Systembedingungen oder eine externe zur Außenanpassung an die Umgebungsbedingungen. Je mehr die gleichzeitig ablaufenden Prozesse miteinander konsistent sind, je mehr sie also gut vereinbar miteinander und gut aufeinander abgestimmt sind, sich gegenseitig fördern und in die gleiche Richtung zielen, desto erfolgreicher ist das Individuum in seiner Auseinandersetzung mit der Umgebung.

Erfolgreich ist die Außenanpassung des Individuums dann, wenn ihm eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse gelingt, die jedem Menschen mit seinem Menschsein als Aufgabenstellungen mitgegeben sind. In Anlehnung an Epsteins Cognitive-Experiential Self-Theory (Epstein, 1990) unterschei-

<sup>1</sup> Teile des Artikels sind aus dem Manual zum Inkongruenzfragebogen (INK; Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, in Druck) übernommen.

det die Konsistenztheorie vier menschliche Grundbedürfnisse, nämlich Bedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, Bindung und Anschluss, Selbstwert-erhöhung und Selbstwertschutz sowie Lustgewinn und Unlustvermeidung.

### Motivationale Ziele und Schemata

Jeder Mensch bildet im Laufe seiner Sozialisation Ziele und Mittel heraus, um diese Grundbedürfnisse zu befriedigen. Im Unterschied zu den Grundbedürfnissen, die allen Menschen gemein sind, sind die Ziele und Mittel, die zu ihrer Befriedigung entwickelt werden, höchst individuell. Genetische Bereitschaften und Präferenzen, kulturelle und gesellschaftliche Lebensbedingungen sowie die konkreten individuellen Sozialisationsbedingungen innerhalb der jeweiligen Gesellschaft nehmen darauf Einfluss, welche Ziele dem Individuum wichtig werden und welche Mittel zu ihrer Realisierung es entwickelt. Diese individuellen Ziele und Mittel zur Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse werden in der Konsistenztheorie als *Motivationale Schemata* bezeichnet. Die Motivationalen Schemata des Individuums sind seine individuellen Möglichkeiten zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse. Motivationale Ziele sind die zentralen Komponenten Motivationaler Schemata.

Grundbedürfnisse können befriedigt, aber auch verletzt und frustriert werden. Wiederholte Verletzungen eines Grundbedürfnisses führen zur Ausbildung von *Vermeidungszielen* und vorwegnehmenden Vermeidungsstrategien, die dem Schutz vor erneuten Verletzungen dienen. Es bilden sich daher im Laufe der individuellen Sozialisation zwei Gruppen von Motivationalen Schemata aus, nämlich *Annäherungsschemata* zur Herbeiführung von bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen und *Vermeidungsschemata* zum Schutz vor bedürfnisverletzenden Erfahrungen. Vermeidung ist dabei nicht einfach das Gegenteil von Annäherung. Nach Carver und Scheier (1998) und vielen weiteren Autoren (Coats, Janoff-Bulman & Alpert, 1996; Elliot, Sheldon & Church, 1997; Emmons, 1996) ist davon auszugehen, dass es im psychischen System zwei funktional voneinander relativ unabhängige Subsysteme der Selbstregulation gibt, nämlich ein *Annäherungssystem* und ein *Vermeidungssystem*. Das Annäherungssystem ist auf eine Maximierung bedürfnisbefriedigender Erfahrungen ausgerichtet, das Vermeidungssystem auf eine Minimierung bedürfnisverletzender Erfahrungen. Beide Systeme können gleichzeitig aktiviert werden, und dies

durchaus nicht nur ausnahmsweise. Wenn ein Annäherungsschema aktiviert ist, z.B. starker Appetit bei einem verführerischen Bankett, sind bei den meisten Menschen gleichzeitig Vermeidungsschemata aktiviert, die dem Selbstwertschutz dienen, wie nicht zu dick zu werden, nicht als gierig oder unkontrolliert dazustehen usw. „Zivilisiertes“ Verhalten im Sinne von Elias (1936) ist in der Regel gleichzeitig von Annäherungs- und Vermeidungsschemata bestimmt. Bei einem gut entwickelten Repertoire Motivationaler Schemata wird nicht ein Bedürfnis auf Kosten der anderen befriedigt, sondern es wird eine optimale Bilanz hinsichtlich aller gleichzeitig aktivierten Motivationalen Ziele angestrebt.

### Inkonsistenz, Diskordanz und Inkongruenz

Haben sich jedoch bei einem Individuum aufgrund verletzender Erfahrungen im Vergleich zur kulturellen und gesellschaftlichen Norm besonders ausgeprägte Vermeidungsziele entwickelt, wird es immer wieder Situationen begegnen, in denen ihm eine Realisierung bestimmter Annäherungsziele ohne gleichzeitige Verletzung der Vermeidungsziele nicht möglich ist. Es kommt zu einer spezifischen Form von Inkonsistenz im psychischen Geschehen: Zwei oder mehrere gleichzeitig aktivierte motivationale Tendenzen sind miteinander so unvereinbar, dass sie sich gegenseitig blockieren und so miteinander interferieren, dass keines der Ziele befriedigend realisiert wird. In der Konsistenztheorie wird diese Form der Inkonsistenz als *Diskordanz* bezeichnet. Man könnte auch von motivationaler Konfliktfähigkeit sprechen. Diskordanz führt dazu, dass die daran beteiligten Motivationalen Ziele nicht befriedigt werden. Die realen Wahrnehmungen, die das Individuum macht, sind nicht in Übereinstimmung mit seinen aktivierten Motivationalen Zielen. Diese Form der Inkonsistenz gleichzeitig ablaufender psychischer Prozesse wird in der Konsistenztheorie als Inkongruenz bezeichnet. Es handelt sich um eine *Inkongruenz zwischen Wahrnehmungen und Zielen*. Das Konstrukt der Inkongruenz entspricht demjenigen der Inkongruenz in der Kontrolltheorie von Powers (1973). Danach ist die psychische Aktivität fortwährend darauf ausgerichtet, Wahrnehmungen im Sinne aktivierter Ziele zu erzeugen. Die Motivationalen Ziele in der Konsistenztheorie wären in Powers' Kontrollhierarchien auf der Ebene der „Prinzipien“ anzusiedeln, also oberhalb der Programmebene, die das Handeln in konkreten Situationen betrifft.

### Funktionales Modell des psychischen Geschehens

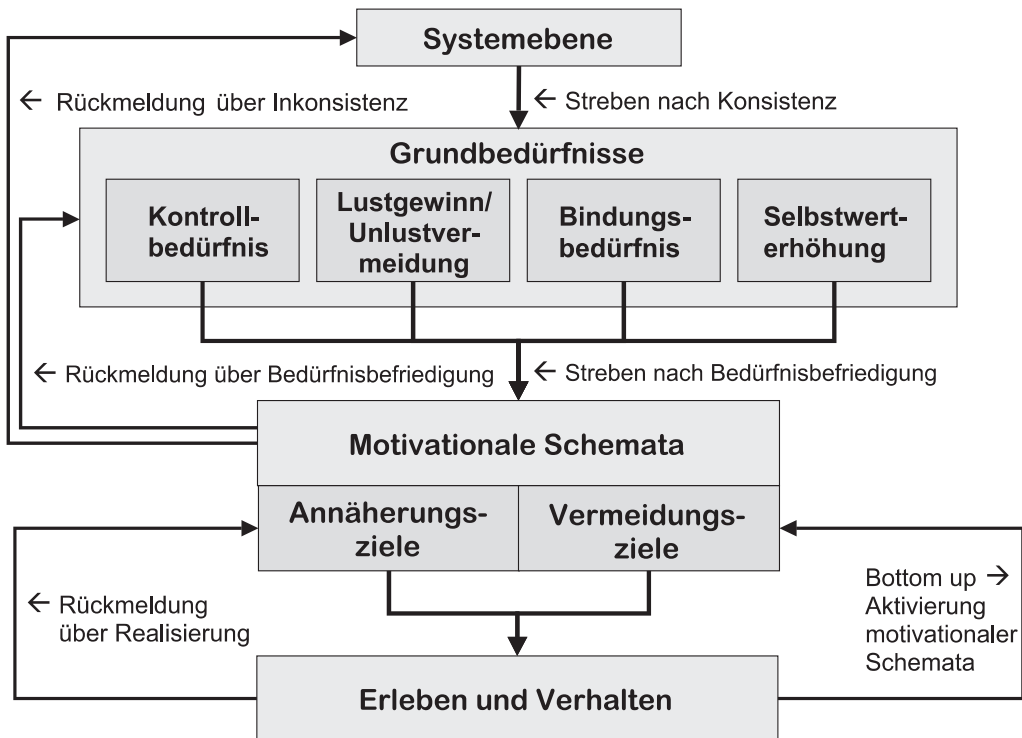
In Abb. 1 sind die bisher angesprochenen Konstrukte der Konsistenztheorie hierarchisch zueinander in Beziehung gesetzt.

Es werden vier Ebenen unterschieden: Die des Selbstsystems, der Grundbedürfnisse, der Motivationalen Schemata und des konkreten Erlebens und Verhaltens in Situationen. Auf oberster Ebene wird als Grundprinzip des psychischen Funktionierens das *Streben nach Konsistenz* der gleichzeitig ablaufenden psychischen Prozesse angenommen. Das Konstrukt der Konsistenz betrifft die Beziehung aller gleichzeitig ablaufenden Prozesse zueinander. Auf der Ebene darunter sind die *menschlichen Grundbedürfnisse* angesiedelt. Es gibt gute Gründe für die Annahme genau dieser vier Grundbedürfnisse (Grawe, 1998). Sie sind durch eine Vielzahl von Forschungsergebnissen untermauert. An der Konsistenztheorie würde sich im Prinzip aber auch wenig ändern, wenn man etwas andere oder eine etwas andere Zahl von Grundbedürfnissen unterschiede.

### Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen

Von Grundbedürfnissen sprechen wir bei Bedürfnissen, die für den Menschen unverzichtbar sind. Wenn solche Bedürfnisse nicht befriedigt werden, können sie nicht einfach ad acta gelegt werden, sondern sie werden durch ihre Nichtbefriedigung erst recht aktuell und dringend. Die Ziele und Mittel, die das Individuum für die Befriedigung des jeweiligen Grundbedürfnisses entwickelt hat, werden dauernd „energetisiert“. Weil um dieses Bedürfnis herum aber starke Vermeidungsziele entwickelt wurden, können die zu schwach entwickelten Annäherungsschemata nicht ungehindert die Oberhand gewinnen und eindeutig die psychische Aktivität bestimmen. Sie werden immer wieder von den gleichzeitig aktivierten Vermeidungsschemata blockiert und gehemmt. Annähernde und vermeidende Tendenzen interferieren miteinander. Die gleichzeitig ablaufenden, stark energetisierten (mit starken Emotionen einhergehenden) Prozesse sind miteinander inkonsistent, keiner kann in eindeutiger, konsistenter Weise die psychische Aktivität bestimm-

Abbildung 1: Funktionsmodell des psychischen Geschehens (Grawe, 1998)



men, es kann sich kein konsistentes Ordnungsmuster etablieren.

In einer solchen Situation der Inkonsistenz wird die psychische Aktivität auf einem hohen Erregungsniveau labilisiert. Sie schwankt zwischen verschiedenen Zuständen, die aufgrund der Beschaffenheit und Vorgeschichte des Systems – oder anders ausgedrückt: auf der Grundlage der zu diesem Zeitpunkt bestehenden neuronalen Erregungsbereitschaften (Grawe, 1998) – möglich sind, bis schließlich, unter dem Einfluss der situativen Bedingungen, einer der möglichen Zustände die Oberhand gewinnt und sich durch positive Rückkoppelung als dominantes Ordnungsmuster etabliert. Dabei kann es sich um einen neuen Ordnungszustand handeln, der so noch nie abgelaufen ist. Dieser sich neu etablierende Ordnungszustand wird dadurch verstärkt, dass er einen Zustand unerträglich gewordener Inkonsistenz beendet. Das gilt auch, wenn dieser neue Ordnungszustand der psychischen Aktivität nicht geeignet ist, die nicht befriedigten Grundbedürfnisse – d.h. die eigentliche Grundlage der Inkonsistenz – besser zu befriedigen. Ein solcher neuer Ordnungszustand der psychischen Aktivität kann z.B. ein Panikanfall sein. Obwohl die Panik sehr unangenehm ist und an und für sich eine Verletzung der Grundbedürfnisse darstellt, beendet sie den systemgefährdenden Zustand der Inkonsistenz und wird dadurch zu einem neuen Mittel der Konsistenzsicherung. Durch den ersten Panikanfall und durch die ihm unter gleich bleibenden inkonsistenz erzeugenden Bedingungen mit zunehmender Wahrscheinlichkeit folgenden Panikanfälle werden neue neuronale Erregungsbereitschaften gebahnt, die schließlich einen leicht aktivierbaren Gedächtnisinhalt darstellen. Dieser Gedächtnisinhalt bleibt bestehen und ist weiter aktivierbar, auch wenn sich die seiner Entstehung zugrunde liegende inkonsistenz erzeugende Konstellation ändern sollte. Er kann durch geeignete Bedingungen wie bestimmte Kognitionen, physiologische Sensationen, Situationen, die Teil des neu gebahnten neuronalen Netzwerkes geworden sind, auch zukünftig ausgelöst werden. Der Panikanfall hat eine funktionale Eigendynamik gewonnen.

Gerät das Individuum jedoch immer wieder in einen Zustand erhöhter Inkonsistenz, wie man es bei stark ausgeprägten Vermeidungsschemata zu erwarten hat, kann das neu gebahnte Ordnungsmuster „Panikanfall“ zusätzlich zu seiner Eigendynamik auch weiterhin dazu dienen, die zu hohe Inkonsistenz herabzuregulieren. Es hat zusätzlich zu seiner Eigendynamik die Funktion eines Mittels zur Konsistenzsicherung und wird mit einiger Wahr-

rscheinlichkeit – abhängig von den sonstigen Mitteln der Konsistenzsicherung, die das psychische System des Individuums entwickelt hat – immer wieder in Momenten erhöhter Inkonsistenz auftreten. Stark ausgeprägte Vermeidungsschemata führen nach diesen konsistenztheoretischen Überlegungen nicht nur zu einer schlechten Bedürfnisbefriedigung und zu schlechtem Wohlbefinden; sie sind die hauptsächlichliche Quelle von Inkonsistenz im psychischen Geschehen und begünstigen damit die Ausbildung psychischer Störungen und anderer ungünstiger Ordnungsmuster der psychischen Aktivität. Die Konsistenztheorie sagt voraus, dass Menschen mit besonders stark ausgeprägten Vermeidungszielen – vermittelt über ein dadurch bedingtes zu hohes Inkonsistenzniveau – mit größerer Wahrscheinlichkeit psychopathologische Symptome und andere psychische Probleme (ungünstige Ordnungsmuster, die bezüglich der Bedürfnisbefriedigung dysfunktional sind) entwickeln werden als Personen, die überwiegend annäherungsmotiviert sind.

### Intensität Motivationaler Ziele

Motivationale Schemata und deren Zielkomponenten können auf verschiedene Weise operationalisiert werden. Bei einer Plananalyse (Caspar, 1996; Grawe & Caspar, 1984) und deren Erweiterung, der Schemaanalyse (Grawe, Grawe-Gerber, Heiniger, Ambühl & Caspar, 1996), werden die Ziele aus dem beobachtbaren Verhalten erschlossen. Das Verfahren ist strikt induktiv, ohne irgendwelche inhaltlichen Vorgaben. Ausgehend von Annäherungszielen und Vermeidungszielen, die von Psychotherapiepatienten von deren Therapeuten im Rahmen detaillierter schemaanalytischer Fallkonzeptionen erschlossen worden waren, entwickelten Grosse Holtforth und Grawe (2000) einen Itemsatz zur Erfassung Motivationaler Ziele, der sich auch für die Selbstbeurteilung von Probanden eignet. Für die Annäherungsziele schätzen die Probanden ein, wie wichtig ihnen dieses Ziel ist; für die Vermeidungsziele, wie schlimm es für sie wäre, wenn sie die betreffende Transaktion mit der Umwelt oder sich selbst erleben müssten. Der aus der Testkonstruktion resultierende *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS)* (Grosse Holtforth & Grawe, 2002a) hat 94 Items, die zu 14 Skalen für Annäherungsziele und 9 Skalen für Vermeidungsziele, zwei Mittelwerten für Annäherung und Vermeidung sowie einem Wert für das Verhältnis von Vermeidungs- zu Annäherungszielen zusammengefasst werden (Tabelle 1).

**Tabelle 1:** *Skalen des FAMOS*

Annäherungsziele	Vermeidungsziele
Intimität/Bindung Geselligkeit Anderen helfen Hilfe bekommen Anerkennung/Wertschätzung Überlegensein/Imponieren Autonomie Leistung Kontrolle haben Bildung/Verstehen Glauben/Sinn Das Leben auskosten Selbstvertrauen/Selbstwert Selbstbelohnung	Alleinsein/Trennung Geringschätzung Erniedrigung/Blamage Vorwürfe/Kritik Abhängigkeit/Autonomieverlust Spannungen mit anderen Sich verletzbar machen Hilflosigkeit/Ohnmacht Versagen
	Zusammenfassende Skalen
	Intensität Annäherungsziele (A) Intensität Vermeidungsziele (V) Vermeidungsdominanz (V/A)

Der FAMOS eignet sich sowohl für die Selbsteinschätzung als auch für die Fremdeinschätzung (z.B. eines Patienten durch den Therapeuten). Man erhält aus diesen Einschätzungen Informationen darüber, welche Motivationalen Ziele für den Probanden besonders wichtig bzw. schlimm sind. Im klinischen Anwendungskontext gibt das FAMOS-Profil der Annäherungsziele dem Therapeuten Anhaltspunkte für motivationale Ressourcen, an die er in der Therapie anknüpfen kann; das Profil der Vermeidungsziele kann ihn auf „wunde Punkte“ (Beier, 1966) des Patienten hinweisen, die in der Therapie bearbeitet werden sollten.

Die Operationalisierung der Zielkomponenten von Motivationalen Schemata durch den FAMOS macht es über die klinische Anwendung im Einzelfall hinaus auch möglich, einige der zentralen Annahmen der Konsistenztheorie zu prüfen. Hierfür sind besonders die Summenwerte für Annäherungs- und Vermeidungsziele und ihr Verhältnis zueinander relevant. Wenn ein Mensch ganz überwiegend annäherungsmotiviert ist, wenn sein Verhalten also nur wenig von Vermeidungszielen bestimmt wird, ist seine psychische Aktivität vor allem darauf ausgerichtet, positive Wahrnehmungen bezüglich seiner wichtigen Annäherungsziele herbeizuführen. Diese sind wiederum seine individuell bevorzugten

Mittel zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse. Es sollte daher bei einem solchen Menschen zu einer besseren Befriedigung seiner Grundbedürfnisse kommen als bei einem Menschen, der überwiegend vermeidungsmotiviert ist. Eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse geht nach der Konsistenztheorie mit gutem Wohlbefinden einher. Wenn jemand dagegen fortwährend darauf ausgerichtet ist, dafür zu sorgen, dass etwas Schlimmes nicht eintritt, dann kann es zwar, wenn dies gelingt, zu einer Realisierung der Vermeidungsziele kommen, aber die Annäherungsziele werden nur schlecht verwirklicht, und entsprechend schlecht wird es um die Befriedigung der Grundbedürfnisse bestellt sein. Noch schlimmer ist derjenige dran, der überwiegend vermeidungsmotiviert ist, dem aber die Vermeidung des Schlimmen nicht gelingt. Er wird nicht nur in seinen Grundbedürfnissen nicht befriedigt, sondern darüber hinaus fortwährend neu verletzt. Für Menschen mit sehr starken Vermeidungszielen und solchen, bei denen die Vermeidung die Annäherung überwiegt, müssen wir davon ausgehen, dass es zu einer schlechten Befriedigung der Grundbedürfnisse kommt, was in schlechtem Wohlbefinden resultiert.

Die Entwicklung des FAMOS hat eine empirische Überprüfung der Hypothese, dass stark aus-

geprägte Vermeidungsziele zu einer schlechten Bedürfnisbefriedigung und zu schlechtem Wohlbefinden führen, ermöglicht. In Untersuchungen von Grosse Holtforth und Grawe (2000, 2002b) korrelierte das Verhältnis von Vermeidung zu Annäherung bei ambulanten Psychotherapiepatienten vor Beginn der Behandlung zu .37 mit dem General Symptom Index (GSI) der SCL 90-R (Franke, 1995), zu .55 mit dem Gesamtwert im Unsicherheitsfragebogen (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1977) und zu .43 mit dem Gesamtwert im Inventar Interpersonaler Probleme (IIP) (Horowitz, Strauss & Kordy, 2000). Alle Korrelationen sind bei einer Stichprobengröße um 70 hochsignifikant. Die Korrelationen mit der absoluten Intensität der Vermeidungsziele lagen geringfügig tiefer.

Starke Vermeidung geht also empirisch tatsächlich mit psychischen Problemen einher. Die Konsistenztheorie legt eine ursächliche Interpretation dieser Korrelationen nahe, dass nämlich Vermeidung über Inkonsistenz zur Ausbildung von Problemen führt. Die empirischen Korrelationen erlauben eine solche Interpretation, schließen aber nicht aus, dass die festgestellten Zusammenhänge auch auf andere Weise zustande gekommen sein könnten. Auch der bei Grosse Holtforth und Grawe (2000, 2002b) berichtete Befund, dass verschiedene Patientengruppen vor der Therapie hochsignifikant intensivere Vermeidungsziele im FAMOS hatten als verschiedene Gruppen von Normalpersonen, legt eine Interpretation im Sinne der Konsistenztheorie nahe. Für die destruktive Rolle von Vermeidungszielen im psychischen Geschehen spricht auch die Tatsache, dass bei erfolgreichen Psychotherapien neben der Symptomreduktion und weiteren positiven Veränderungen auch eine signifikante Abnahme der Intensität von Vermeidungszielen eintritt. Das wurde in Outcome-Studien von Berking, Jacobi und Grosse Holtforth (2003) sowie Grosse Holtforth, Grawe, Egger und Berking (zur Veröffentlichung eingereicht) bei sowohl ambulanten wie auch stationären Psychotherapiepatienten festgestellt.

Die angeführten Befunde zeigen, dass die Motivationalen Ziele, die Menschen zur Befriedigung und zum Schutz ihrer Grundbedürfnisse entwickeln, wichtig für ihr Wohlergehen sind. Zu stark ausgebildete Vermeidungsziele beinhalten ein Risiko für die Entwicklung von psychischen Störungen und Problemen. Die Konsistenztheorie nimmt an, dass dieser Zusammenhang in erster Linie über die aus der Vermeidung resultierende Inkonsistenz im psychischen Geschehen zustande kommt.

## Inkongruenz Motivationaler Ziele

Zur Prüfung der Kernannahmen der Konsistenztheorie müsste die Inkonsistenz im psychischen Geschehen gemessen werden können. Das erscheint jedoch alles andere als leicht. Aufgrund der anzunehmenden Vielzahl gleichzeitig ablaufender Prozesse im psychischen Geschehen sowie aufgrund der Annahme, dass ein Großteil der psychischen Prozesse im impliziten Funktionsmodus, also unbewusst abläuft (Grawe, 1998), wird man Personen nicht einfach nach dem Ausmaß der bei ihnen bestehenden Inkonsistenz fragen und erwarten können, darauf valide Antworten zu bekommen. Inkonsistenzmaße, die auf Fremdbeobachtung und Fremdbeurteilung beruhen, sind von der Erhebung her außerordentlich aufwendig, erfassen immer nur einen kleinen Teil der in Frage kommenden Prozesse und sind mit einer im Vergleich zu anderen Bereichen sehr großen Beurteilungsunsicherheit verbunden (Grosse Holtforth & Grawe, 2003, in Druck; Grosse Holtforth et al., in Druck). Angesichts der großen ungelösten Reliabilitäts- und Validitätsprobleme bei der Operationalisierung der Konsistenz bzw. Inkonsistenz gleichzeitig ablaufender motivationaler Prozesse haben wir uns für einen anderen Messzugang entschieden: Statt zu versuchen, direkt die Inkonsistenz (z.B. die Konflikthaftigkeit) gleichzeitig ablaufender Prozesse zu erfassen, setzen wir mit der Messung beim unmittelbaren Ergebnis inkonsistenter psychischer Prozesse an. Weil sich inkonsistente Prozesse gegenseitig behindern und miteinander interferieren, gelingt es nicht, die Motivationalen Ziele befriedigend zu realisieren. Ziele und wahrgenommene Realität klaffen auseinander. Hohe Diskordanz und Interferenz psychischer Prozesse führen unmittelbar zu Inkongruenz. Auch die Grundbedürfnisse sind schwer unmittelbar durch Beobachtungen oder Messungen zu operationalisieren. Auf der Ebene des Individuums finden sie ihren Ausdruck in dessen Motivationalen Zielen und Schemata. Diese wurden ja – so die Theorie – entwickelt, um die Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzung zu schützen. Inkongruenz kann auch andere Ursachen haben als motivationale Diskordanz, wie etwa einen Mangel an Fähigkeiten und Ressourcen, ungünstige Umgebungsbedingungen und mangelndes Bewusstsein für die wirklichen Determinanten des eigenen Verhaltens. Inkongruenz ist aber selbst die wichtigste Form von Inkonsistenz. Das Konstrukt der Inkongruenz schlägt eine Brücke von der dritten zur vierten Ebene von Abbildung 1, von der Ebene der Motivationalen Ziele zur Ebene des konkreten Er-

lebens und Verhaltens in Situationen. Werden auf dieser untersten Ebene des Modells keine Wahrnehmungen im Sinne der aktivierten Ziele gemacht – sind also aktivierte Ziele und gleichzeitig gemachte Wahrnehmungen miteinander inkonsistent – haben wir es mit der vom Individuum am direktesten erlebbaren Form der Inkonsistenz zu tun. Ob die von ihm erlebte Realität mit seinen Wünschen und Befürchtungen übereinstimmt, kann das Individuum selbst am besten beurteilen. Für die Messung von Inkongruenz ist daher die Selbstbeurteilung die valideste Informationsquelle.

Diese Überlegungen haben uns also dazu geführt, für die in den FAMOS-Items enthaltenen motivationalen Ziele über deren Intensität hinaus eine weitere Einschätzung zu erheben. Im *Inkongruenzfragebogen (INK)* fragen wir die Probanden, in welchem Ausmaß ihre Realität in der letzten Zeit mit dem übereinstimmt, was sie bezüglich des in diesem Item formulierten Zieles am liebsten erreichen würden. Ihre Antworten beinhalten eine direkte Beurteilung und Bewertung der Inkongruenz zwischen wahrgenommener Realität und Zielen. Wenn ein Proband über alle Skalen des FAMOS hinweg sehr hohe Inkongruenz angibt, kann dies als besonders valider Indikator eines hohen Inkonsistenzniveaus angesehen werden – denn einerseits ist Inkongruenz an sich schon ein besonders wichtiger Teil der gesamthaften Inkonsistenz im psychischen Geschehen und andererseits schlagen sich andere Formen der Inkonsistenz wie etwa Diskordanz im Nichterreichen der motivationalen Ziele, also im Inkongruenzwert, nieder. Ein hohes Inkongruenzniveau ist gleichbedeutend mit einer schlechten Bedürfnisbefriedigung. Stark ausgeprägte Vermeidungsziele und motivationale Diskordanz können wichtige Quellen von Inkongruenz sein. Nach der Konsistenztheorie sollte ein hohes Inkongruenzniveau noch direkter mit schlechtem Wohlbefinden, hoher Symptombelastung und anderen psychischen Problemen korreliert sein als Vermeidung und Diskordanz. Der Inkongruenzfragebogen ist das am besten geeignete Maß, um diese Annahmen zu prüfen.

Der INK wurde unter Verwendung der Iteminhalte des FAMOS konstruiert. Er hat wie der FAMOS 94 Items, die zu 14 Primärskalen für Annäherungsziele und 9 Skalen für Vermeidungsziele zusammengefasst werden. Die zwei Sekundärskalen werden aus den Mittelwerten der entsprechenden Skalen für Annäherungs- und Vermeidungsinkongruenz gebildet. Auf abstraktester Ebene wird kein Verhältniswert wie beim FAMOS gebildet, sondern ein

Wert für die Gesamtingkongruenz als Mittelwert der Skalen für Annäherungs- und Vermeidungsinkongruenz. Außerdem existiert eine Kurzversion des Inkongruenzfragebogens (K-INK), mit der die Inkongruenz bezüglich Annäherungs- und Vermeidungszielen sowie die Gesamtingkongruenz effizient und nahezu äquivalent zu den zusammenfassenden Skalen der Langversion des INK ermittelt werden kann.

Der INK wurde in verschiedenen Stichproben empirisch überprüft. Hauptachsenanalysen reproduzieren die Skalenstruktur des FAMOS größtenteils und trennen Annäherungs- und Vermeidungszielskalen. Reliabilitätswerte für INK und K-INK sind größtenteils befriedigend. Inkongruenzwerte sind bei Patienten stärker ausgeprägt als bei Kontrollpersonen und korrelieren hoch mit Symptombelastung, Depressivität, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Neurotizismus, hingegen gering mit FAMOS-Werten (Grosse Holtforth & Grawe, 2003, in Druck). Außerdem konnte eine starke und klinisch bedeutsame Reduktion der Inkongruenzwerte sowohl im ambulanten (Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, zur Veröffentlichung eingereicht) als auch im stationären psychotherapeutischen Setting (Berking, Grosse Holtforth & Jacobi, 2003) gezeigt werden, die mit verschiedenen anderen Erfolgsmaßen korrelieren (Grosse Holtforth & Grawe, 2003; Grosse Holtforth et al., in Druck). INK und K-INK erwiesen sich somit als geeignete Messinstrumente zur Inkongruenzmessung in Forschung und Praxis. Die konsistenztheoretischen Annahmen konnten also in sehr hohem Maße bestätigt werden. Es finden sich ganz ungewöhnlich hohe Korrelationen zwischen Inkongruenz und klinischen Maßen, sowohl was den Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt als auch was Veränderungen während einer Psychotherapie angeht. Die Ergebnisse legen klinische Einsatzmöglichkeiten des Inkongruenzfragebogens im Einzelfall, vor allem bei der Therapieplanung und bei der Veränderungsmessung, nahe.

### **Inkongruenzanalyse als Bestandteil konsistenztheoretischer Fallkonzeptionen**

Im Anschluss soll das generelle Vorgehen bei einer Inkongruenzanalyse als zentraler Bestandteil einer konsistenztheoretischen Fallkonzeption und Therapieplanung (Grawe, 2001) beschrieben werden. Dazu sollen die Auswertung und Interpretation von INK-Profilen sowie die Analyse möglicher Inkongruenzquellen Erläuterung finden.

### Graphische Auswertung und Interpretation von INK-Profilen

Der Inkongruenzfragebogen erfasst den aktuellen Grad der Umsetzung psychotherapeutisch relevanter motivationaler Ziele. Der Schwerpunkt der Interpretation des INK sollte gemäß dem klinischen Anwendungszweck darin liegen, einen schnellen Überblick darüber zu bekommen, in welchem Ausmaß der Patient seine motivationalen Ziele befriedigen kann und in welchen Bereichen ihm diese Befriedigung nur unzureichend gelingt. Bei der Interpretation der Skalenwerte können zwei Strategien parallel verfolgt werden: erstens der Vergleich der Ausprägungen der einzelnen Skalen untereinander und zweitens der Vergleich mit anderen Personengruppen. Der Vergleich mit anderen Personengruppen kann sich z.B. auf die „Normalpersonen“ beziehen. Die Inkongruenzwerte können auch mit den entsprechenden Werten anderer Patientengruppen verglichen werden. Abbildung 2 zeigt ein Beispiel für die figurationsanalytische Auswertung der INK-Daten einer Psychotherapiepatientin vor dem Hintergrund der Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern. In computerisierten Auswertungsprogrammen wie der Figurationsanalyse (Grawe & Baltensperger, 1998) können beliebige andere Stichproben (Normalpersonen, stationäre Patienten etc.) als Referenzgruppe für die Auswertung und graphische Darstellung der Ergebnisse definiert werden.

Für einen Überblick kann man zunächst von der Ausprägung der zusammenfassenden Skalen ausgehen, beginnend mit dem Inkongruenz-Gesamtwert. Hohe Werte (weiter rechts) zeigen eine unbefriedigende Umsetzung der motivationalen Ziele an. Bei Annäherungszielen bedeuten hohe Inkongruenzwerte, dass das Individuum nicht genug bedürfnisbefriedigende Erfahrungen z.B. bezüglich Intimität, Anerkennung, Leistung etc. erfährt. Bei Vermeidungszielen heißen hohe Inkongruenzwerte, dass das Individuum aktuell bedürfnisverletzende Erfahrungen von z.B. Alleinsein, Geringschätzung oder Versagen macht. Der Vergleich der absoluten Skalenwerte des Patienten mit den Werten der Patientenstichprobe hilft einzuschätzen, wie stark sich das Ausmaß an Inkongruenz des Patienten von demjenigen anderer Patienten abhebt. Eine gemeinsame Betrachtung der zusammenfassenden Inkongruenzwerte für Annäherungs- und Vermeidungsziele hilft auch einzuschätzen, wie stark das Ausmaß an Gesamtingkongruenz auf die mangelnde Befriedigung von Annäherungs- oder von Vermeidungszielen zurückzuführen ist.

Im nächsten Schritt sollten die einzelnen Werte der INK-Skalen betrachtet werden. Auch hier können zwei Strategien getrennt oder zusammen verfolgt werden: die Betrachtung von absoluten Werten und der Vergleich mit Referenzstichproben. Bei der Betrachtung von absoluten Werten ist die Frage von besonderem Interesse, welche Annäherungs- und Vermeidungsziele am wenigsten befriedigt sind. Beim Vergleich mit einer Referenzgruppe interessiert vor allem, bezüglich welcher Ziele der Proband/Patient auffallend hohe Werte aufweist. Für diese Beurteilung können z.B. Werte über dem Mittelwert der Referenzstichprobe (z.B. ambulante Psychotherapiepatienten) oder Werte, die eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Referenzstichprobe liegen, betrachtet werden.

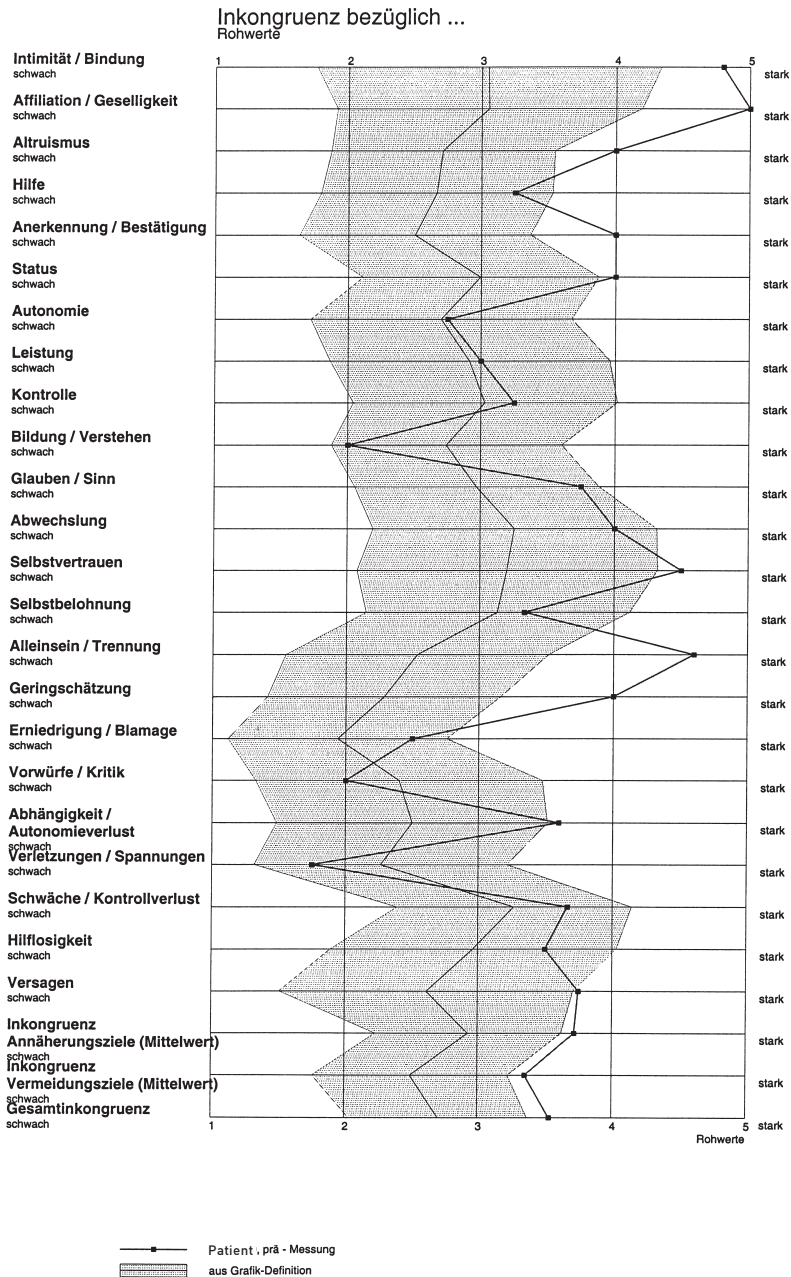
Bei der Betrachtung der Inkongruenzwerte kann das Problem auftreten, dass der klinische Eindruck nur wenig oder gar nicht mit den Angaben des Patienten im Fragebogen übereinstimmt. Mögliche Gründe hierfür können Tendenzen des Patienten sein, sich sozial erwünscht darzustellen, oder Tendenzen, unangenehme Selbstaspekte aus dem Erleben auszublenden (Verdrängung). Diese Vermutungen können mit Hilfe anderer Fragebögen (z.B. SDS-CM/T-MAS; Lück & Timaeus, 1969) überprüft werden. Auf keinen Fall sollte das Ergebnis der Selbsteinschätzung ohne weiteres für eine adäquate Darstellung des Standes der Befriedigung motivationaler Ziele bei diesem Patienten gehalten werden. Es gehört bei Vorliegen einer auffälligen Diskrepanz zwischen Selbstdarstellung und klinischem Eindruck – wie bei anderen Fragebögen auch – zur Aufgabe des Kliniklers, diese Diskrepanz als zusätzliche Information aufzunehmen und sie im Rahmen des Gesamtbildes zu interpretieren. Der klinische Eindruck beruht vermutlich auf Zusatzinformationen, denen daraufhin genauere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte.

Eine von Praktikern vielfach aufgeworfene Frage betrifft das Verhältnis von FAMOS und INK zueinander. Kann man INK-Ergebnisse ohne entsprechende FAMOS-Werte interpretieren, d.h. kann ich Aussagen über die Inkongruenz machen, ohne über die Wichtigkeit desselben Zieles für eine Person zu wissen? Empirisch korrelieren die Inkongruenz- und die Wichtigkeitsdimensionen gemessen mit INK und FAMOS für einzelne Skalen nur schwach miteinander. Theoretisch ist davon auszugehen, dass eine Person bezüglich eines Zielbereiches nur dann hohe Inkongruenzen angibt, wenn dieser Bereich ihr auch etwas bedeutet. Andererseits sagt die hohe Wichtigkeit eines Zielbereiches noch nichts über



Abbildung 2: Inkongruenzprofil

**INK**  
Rohwerte



Anmerkung: Das Inkongruenzprofil wurde mit der Figurationsanalyse erstellt.

dessen Befriedigung in der Realität aus. Wegen dieser asymmetrischen Beziehung ist auch nicht zu erwarten, dass diese beiden Dimensionen hoch miteinander korrelieren. Die Untersuchung dieser Zusammenhänge zwischen Wichtigkeit und Inkongruenz ist Gegenstand unserer weitergehenden Forschung. Da der Inkongruenzfragebogen ein Maß der aktuellen motivationalen Zufriedenheit darstellt und Zufriedenheit als Abweichung des gegenwärtigen Zustandes von einem gewünschten Zustand aufgefasst werden kann, können die Inkongruenzwerte für sich und ohne Bezug zur Intensitätseinschätzung im FAMOS interpretiert werden. Wenn der FAMOS zusätzlich verwendet wird, kann zunächst überprüft werden, ob der Patient/Proband diejenigen motivationalen Bereiche, bezüglich derer er Inkongruenz erlebt, auch für wichtig bzw. schlimm hält. Bei diesbezüglichen Diskrepanzen bleibt es dem Urteil des Kliniklers/Praktikers überlassen, ob er diese für auffällig oder unbedenklich hält und ob er diese weiter ergründen möchte.

**Inkongruenzanalyse**

Nachdem ein Überblick über die Bereiche der aktuellen Inkongruenz geschaffen worden ist, sollte untersucht werden, was die Quellen der aktuellen

Inkongruenz sind. Dieses ist Gegenstand der eigentlichen Inkongruenzanalyse.

Grundsätzlich sollte für jeden vom Patienten hoch eingeschätzten Inkongruenzbereich zunächst überlegt werden, ob und wie die wahrgenommene Inkongruenz von den zu behandelnden psychischen Störungen beeinflusst ist. Diese Inkongruenzen sollten sich zusammen mit der Reduktion der Symptomatik verringern. Ziel der Inkongruenzanalyse ist es jedoch, auch Inkongruenzquellen zu erkennen, die über die Störungen hinaus zur Inkongruenz beitragen. Abbildung 3 benennt mögliche Ursachen fortbestehender Inkongruenz. Der Therapeut sollte zu jedem vom Patienten wahrgenommenen Inkongruenzbereich angeben können, was vermutliche Quellen dieser Inkongruenz sein könnten. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über Inkongruenzquellen und mögliche Informationsquellen bzw. Hilfsmittel zur Erfassung der Inkongruenzquellen. Ziel der Psychotherapie ist es dann, sämtliche Inkongruenzquellen reduzieren zu helfen, um dem Patienten bessere Bedürfnisbefriedigung zu ermöglichen. Dadurch sollte der Aufrechterhaltung und Entwicklung weiterer Störungen der Nährboden entzogen und ein besseres Wohlbefinden des Patienten erreicht werden.

**Abbildung 3: Inkongruenzniveau**



**Tabelle 2:** Inkongruenzquellen und mögliche Informationsquellen

Inkongruenzquellen	Informationsquellen
Ungünstige gegenwärtige Lebensbedingungen (auch Krankheiten und körperliche Beeinträchtigungen)	<i>Interviews mit PatientIn und Angehörigen, Krankenakten</i>
Brachliegende Ressourcen: Fähigkeiten und Möglichkeiten, die der Patient hat, aber nicht nutzt.	<i>Interviews mit PatientIn und Angehörigen</i> <i>Ressourceninventar (FER; Trösken, 2002)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Selbsteinschätzung</i></li> <li>• <i>Angehörigeneinschätzung</i></li> </ul>
Defizite, fehlende Ressourcen: Was kann d. P. nicht, was für die Erfüllung wichtiger Ziele notwendig wäre	<i>Interviews mit PatientIn und Angehörigen, Verhaltensbeobachtung</i> <i>Ressourceninventar:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Selbsteinschätzung</i></li> <li>• <i>Angehörigeneinschätzung</i></li> <li>• <i>Therapeuteneinschätzung</i></li> </ul>
Störungsmuster mit Eigendynamik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ergebnis des SKID (Wittchen, Zaudig &amp; Fydrich, 1997)</i></li> <li>• <i>Therapeuteneinschätzung</i></li> <li>• <i>Angaben des Patienten und seiner Bezugspersonen</i></li> <li>• <i>Störungsspezifische Messmittel</i></li> <li>• <i>Problemanalyse</i></li> </ul>
Probleme und Behandlungsanliegen aus Patientensicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Therapiezielinventar (BIT-C; Grosse Holtforth, 2001)</i></li> <li>• <i>Interview</i></li> <li>• <i>Vereinbarte Therapieziele</i></li> </ul>
Ungünstige reale Beziehungsmuster, ungünstiges Beziehungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>IIP-Selbstbeurteilung (Horowitz et al., 2000)</i></li> <li>• <i>IMI-Fremdbeurteilung (Fingerle, 1998)</i></li> <li>• <i>Schemaanalyse</i></li> <li>• <i>Ablaufmuster aus beobachteten und geschilderten Interaktionen</i></li> <li>• <i>Bindungsstilfragebogen (MAQ; Stöber, 1997)</i></li> <li>• <i>Beziehungsverhalten im Interview</i></li> <li>• <i>Genogramm (McGoldrick &amp; Gerson, 1990)</i></li> </ul>
Ungünstige Bewältigungsformen, ungünstige Emotionsregulation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Konstruktives Denken (CTI; Hoyer, Heidenreich &amp; Lauterbach, 1995)</i></li> <li>• <i>Generalisierte Kompetenzerwartung (GKE; Schwarzer &amp; Jerusalem, 1999)</i></li> <li>• <i>Emotionsregulation (EMOREG; Znoj &amp; Keller, 2002)</i></li> <li>• <i>Verdrängung (MAS / SDS; Lück &amp; Timaeus, 1969)</i></li> <li>• <i>Verhaltensbeobachtung</i></li> <li>• <i>Angaben des Patienten und seiner Bezugspersonen</i></li> </ul>
Zu stark entwickelte Vermeidungsziele, zu schwach entwickelte Annäherungsziele	<i>Art der erschlossenen Vermeidungs- und Annäherungsziele. Stärke der Annäherungs- und Vermeidungsziele im FAMOS (Grosse Holtforth &amp; Grawe, 2002c), insbes. Verhältnis von Vermeidung zu Annäherung</i>
Motivationale Konflikte: Konfliktschemata Schemakonflikte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Empirische Konflikterfassung</i></li> <li>• <i>Schemaanalyse</i></li> </ul>
Problem erhaltendes oder fehlendes Bewusstsein; Problem erhaltende Einstellungen und Auffassungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Äußerungen des Patienten im Interview</i></li> <li>• <i>MAS/SDS</i></li> <li>• <i>Therapeuteneinschätzung</i></li> <li>• <i>Gesamtbewertung aufgrund aller Informationen</i></li> </ul>

Zur Konsistenztheoretischen Fallkonzeption gehört außer der Inkongruenzanalyse eine Beziehungsanalyse, mit Hilfe derer der Therapeut versucht, die wichtigsten interaktionellen Ziele des Patienten zu erschließen. Der Erschließungsprozess innerhalb der Beziehungsanalyse kann wesentlich durch die FAMOS-Ergebnisse unterstützt werden. Die Prinzipien der Beziehungsanalyse wurden bei Grawe (1992; Grawe et al., 1996) und Caspar (1996) im Detail dargelegt, so dass sie hier nicht weiter erläutert werden sollen. Inkongruenz- und Beziehungsanalyse fließen zusammen in die Formulierung eines funktionalen Fallverständnisses ein, aufgrund dessen die detaillierte Therapieplanung vorgenommen werden kann. Oberstes Ziel der geplanten Interventionen sollte sein, die Inkongruenz im psychischen Geschehen des Patienten über die Bearbeitung der identifizierten Quellen der Inkongruenz zu reduzieren. Dazu steht ihm die ganze Bandbreite empirisch fundierter therapeutischer Interventionen zur Verfügung. Ein ausführliches Beispiel für die Anwendung der oben genannten Prinzipien für die Erstellung einer konsistenztheoretischen Fallkonzeption und Therapieplanung geben Itten, Tröskén und Grawe (in diesem Heft).

## Literatur

- Beier, E.G. (1966). *The silent language of psychotherapy. Social reinforcement of unconscious processes*. Chicago, IL: Aldine.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M. & Jacobi, C. (2003). Reduction of incongruence in inpatient psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10 (2), 86–92.
- Berking, M., Jacobi, C. & Grosse Holtforth, M. (2003). Veränderung klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer stationären Verhaltenstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 53 (3/4), 171–177.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). *The self-regulation of behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen*. Bern: Huber.
- Coats, E.J., Janoff-Bulman, R. & Alpert, N. (1996). Approach versus avoidance goals: Differences in self-evaluation and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22 (10), 1057–1067.
- Elias, N. (1936). *Der Prozeß der Zivilisation* (Ausgabe 2001). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Elliot, A.J., Sheldon, K.M. & Church, M.A. (1997). Avoidance, personal goals and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23 (9), 915–927.
- Emmons, R.A. (1996). Striving and feeling. Personal goals and subjective well-being. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Hrsg.), *The psychology of action*. (S. 313–337). New York: Guilford.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 165–192). New York: Guilford.
- Fingerle, H. (1998). *Impact Message Inventory (IMI). Deutsche Neukonstruktion*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Tübingen.
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Gerhard Röttger.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2001). *Konsistenztheoretische Therapieplanung*. Unveröffentlichte Anleitung, Universität Bern.
- Grawe, K. (2002). *Psychological Therapy*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Grawe, K. & Baltensperger, C. (1998). Figurationsanalyse – ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In A.-R. Lairaiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialer Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 179–207). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Grawe, K. & Caspar, F. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektiven*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H. & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*. (S. 189–224). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 33 (2), 241–258.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS).

- Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 29 (3), 170–179.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002a). Bern Inventory of Treatment Goals (BIT), Part 1: Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes (BIT-T). *Psychotherapy Research*, 12 (1), 79–99.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002b). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002c). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 84–87). Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK) – Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (4), 315–323.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (in Druck). Konflikt-diagnostik aus der Perspektive der Konsistenztheorie. In R.W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüssler (Hrsg.), *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M. (zur Veröffentlichung eingereicht). *Reducing the dreaded: Change of avoidance motivation in psychotherapy*.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Tamcan, Ö. (in Druck). *Der Inkongruenzfragebogen (INK) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Tamcan, Ö. (zur Veröffentlichung eingereicht). *Bessere Bedürfnisbefriedigung durch Psychotherapie*.
- Horowitz, L.M., Strauss, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) – Deutsche Version* (2. Auflage). Göttingen: Beltz.
- Hoyer, J., Heidenreich, T. & Lauterbach, W. (1995). *CTI Deutsche Fassung* (Institutsbericht). Frankfurt a.M.: Johann-Wolfgang-Goethe Universität.
- Itten, S., Tröskén, A. & Grawe, K. (2004). Fallkonzeption und Therapieplanung in der Psychologischen Therapie: Ein Beispiel. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36 (1).
- Lück, H.E. & Timaeus, E. (1969). Skalen zur Messung Manifesten Angst (MAS) und sozialer Wünschbarkeit. *Diagnostica*, 15, 134–141.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1990). *Genogramme in der Familienberatung*. Bern: Huber.
- Powers, W.T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Chicago, IL: Aldine.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Stöber, J. (1997). *Measurement of Attachment Qualities (MAQ, Carver, 1997) – deutschsprachige Version*. Halle: Martin-Luther-Universität.
- Tröskén, A. (2002). *Das Berner Ressourceninventar*. Unveröffentlichte Doktorarbeit, Universität Bern.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen*. München: Pfeiffer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)*. Göttingen: Hogrefe.
- Znoj, H.J. & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26 (7), 545–565.

## Zu den Autoren

*Dr. phil. Martin Grosse Holtforth* war bis 2003 Assistent am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern und arbeitet zurzeit als Stipendiat des Schweizerischen Nationalfonds an der Pennsylvania State University. Er war bisher als Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Dozent tätig. Seine Forschungsschwerpunkte sind: Motivationale Faktoren in der Psychotherapie, klinisch-psychologische Diagnostik und therapeutische Beziehungsgestaltung.

*Prof. Dr. Klaus Grawe* ist Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bern. Er leitet den postgradualen Studiengang Psychotherapie an der Universität Bern sowie des Instituts für Psychologische Therapie in Zürich. Er veröffentlichte zahlreiche einflussreiche Forschungsbeiträge in klinischer Psychologie und Psychotherapie und hatte vielfältige Funktionen in der Leitung von psychologischen Fachverbänden und als Herausgeber von Fachzeitschriften inne.

## Korrespondenzadresse

Universität Bern  
 Institut für Psychologie  
 Muesmattstr. 45a  
 3012 Bern  
 Schweiz  
 E-Mail: grosse@ptp.unibe.ch