

## Der Einfluß der Rolleninduktion auf den Erfolg systematischer Desensitivierung sozialängstlicher Studenten

K. MARQUARDT, L. SICHENEDER und G. SEIDENSTÜCKER

Fachbereich Philosophie-Psychologie-Pädagogik der Universität,  
Universitätsstr. 31, D-8400 Regensburg, Bundesrepublik Deutschland

Eingegangen am 5. Juni 1975

### THE INFLUENCE OF ROLE INDUCTION ON THE SUCCESS OF SYSTEMATIC DESENSITIZATION OF SOCIALLY ANXIOUS STUDENTS

SUMMARY. The so-called nonspecific factors involved in therapy have received little attention up to the present - namely, that of role induction (preparing the clients for treatment by informing them about the rationale of treatment, the treatment process, and their part in therapy). For this reason, we constructed an induction text for systematic desensitization according to the principles of instructional psychology (Ausubel), and proceeded to test it for understandability and therapeutic effectiveness. With a control group design which assured the realization of the independent variable of role induction, the effective results of desensitization with role induction were compared both with those of simple desensitization and those of a waiting control group. The resultant differences in the group with role induction indicate the additional advantages of this technique for therapy. Essentially, role induction seems to manifest itself in terms of a contribution to more active, independent role formation on the part of the client.

KEY WORDS: Role Induction as a Therapeutic Factor - Social Anxiety - Systematic Desensitization - Control Group Design.

ZUSAMMENFASSUNG. Unter den unspezifischen Therapiefaktoren wurde der Rolleninduktion (Therapievorbereitung der Klienten durch Information über Rationale, Ablauf und ihre Rolle in der therapeutischen Zusammenarbeit) bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Für die systematische Desensitivierung haben wir deshalb nach den Regeln der Instruktionspsychologie (Ausubel) einen Induktionstext konstruiert, auf Verständlichkeit geprüft und auf seine therapeutische Effektivität hin untersucht. Im Rahmen eines Kontrollgruppenplans, bei dem die Verwirklichung der unabhängigen Variablen "Rolleninduktion" sichergestellt war, wird das Effektmuster der De-

sensitivierung mit Rolleninduktion dem der einfachen Desensitivierung und dem einer Wartekontrollgruppe gegenübergestellt. Die resultierenden Veränderungen in der Gruppe mit Rolleninduktion sprechen für den therapeutischen Zusatznutzen der Technik. Inhaltlich läuft die Verwirklichung von Rolleninduktion auf einen Beitrag zur aktiveren, selbständigeren Rollengestaltung für die Klienten hinaus.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Rolleninduktion als Therapiefaktor - Sozialangst - Systematische Desensitivierung - Kontrollgruppenplan.

Die Frage nach den notwendigen und hinreichenden Bedingungen des Erfolgs systematischer Desensitivierung wurde bisher sorgfältig erforscht (Paul, 1969; Wengle, 1974). Dabei stand die Untersuchung technischer Details des Entspannungstrainings, der Hierarchienbildung, der Gestaltung der Situationsdarbietung und -vorstellung sowie der eigentlichen Desensitivierung im Vordergrund. Die Klientenrolle war im wesentlichen rezeptiv, auf die Befolgung von Anweisungen des Therapeuten festgelegt. Seit kurzem lässt sich in der Forschung ein Abrücken von der Konzeption des passiven Klienten registrieren. Das macht u. a. Bergold (1969) deutlich, wenn er darauf hinweist, daß die Desensitivierung nicht als einfacher Konditionierungsprozeß erklärt werden kann, sondern "daß im Laufe der Desensitivierungsbehandlung Veränderungen in verschiedenen Bereichen der Persönlichkeit auftreten, so daß sich auch Einstellungen und Einsichten ändern." Damit rücken Aspekte des Therapiegeschehens in den Vordergrund, die die Einstellung, Erwartung, soziale Wahrnehmung und das Wissen des Klienten wie auch das Beziehungsverhältnis Klient - Therapeut betreffen. Das Bild vom aktiven Klienten,

- der über Rationale und Verlauf des Therapieverfahrens informiert ist (Leitenberg et al., 1969; Lomont & Brock, 1971),
- der um die Erfolgschancen der Therapie weiß (McGlynn et al., 1971),
- der zu Bewältigungsvorstellungen angeregt wird und Bewältigungsinitiative entfaltet (Meichenbaum, 1972; Seidenstücker, 1973),
- der über seine Fortschritte in der Therapie informiert und dafür bekräftigt wird (Valins & Ray, 1967; Barlow et al., 1970),
- der seine Fortschritte in alltäglichen Situationen kontinuierlich beobachtet, protokolliert und sich selbst für Erfolge bekräftigt (Rehm & Marston, 1968),
- der zu wesentlichen Teilen die Therapie selbständig durchführt (Migler & Wolpe, 1967; Goldfried, 1971), gewinnt damit an Umriß.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wollen wir hier die Frage untersuchen, inwieweit sich die Effektivität einer Therapieform verbessern lässt, wenn man therapieförderliche Bemühungen der Klienten dadurch anregt, daß man ihnen vorbereitend und unterstützend ein möglichst klares Wissen über Rationale, Ablauf und ihre Rolle in der therapeutischen Zusammenarbeit vermittelt. Die vorliegende Literatur bot zur Rolleninduktion nur wenige und größtenteils indirekte Anhaltspunkte. Dazu gehören in erster Linie die Untersuchungen zur Instruktionswirkung bei Desensitivierung (Agras et al., 1968; Leitenberg et al., 1969; Oliveau et al., 1969). Die dort ver-

wendeten Instruktionen bezogen sich jeweils auf den Zweck der Intervention. In einer therapeutisch orientierten Instruktion wurde den Klienten mitgeteilt, daß das angewandte Verfahren eine wirksame Methode der Angstreduktion darstellt. In der experimentell orientierten Instruktion hingegen wurde die Desensitivierung als Methode zur Erhebung physiologischer Meßwerte bei Vorstellungen und die Relaxation als Verfahren zur Unterstützung der Visualisierung deklariert. Ergebnis: in allen drei Studien war die Desensitivierung mit therapeutischer Instruktion effektiver als die Desensitivierung mit experimenteller Instruktion. In einem faktoriellen Versuchsplan haben Oliveau et al. (1969) die Effektquellen getrennt. Es ergab sich nur ein bedeutsamer Effekt für die Instruktionsart. Verbale Bekräftigung und die Interaktion von Instruktion und verbaler Bekräftigung zeigten keinen erfolgsfördernden Einfluß. Den Befunden von Oliveau et al. (1969) widersprechen die Ergebnisse von McGlynn und Mitarbeitern (McGlynn et al., 1969; McGlynn & Mapp, 1970; McGlynn et al., 1971). Bei McGlynn et al. (1969) wurden zwei Instruktionen bei systematischer Desensitivierung verglichen: die Prozedur sei effektiv versus die Prozedur sei ineffektiv. McGlynn & Mapp (1970) haben zusätzlich eine Gruppe ohne Instruktion in ihre Untersuchung aufgenommen. McGlynn et al. (1971) verglichen eine therapeutisch orientierte Instruktion mit einer experimentellen und einer Gruppe ohne Instruktion. In keiner der drei Untersuchungen ließ sich ein Einfluß der Instruktionsart auf den Erfolg der Desensitivierung sichern. Lomont & Brock (1971) haben auch mit der Darstellung des Desensitivierungsrationale keinen Einfluß auf den Therapieerfolg erzielen können. Allerdings haben sie die Gültigkeit des Therapierationale durch den wiederholten Gebrauch von Floskeln wie "it is believed that ..." eingeschränkt.

Ihrer Intention nach wollen die genannten Untersuchungen in erster Linie einen Beitrag zur theoretischen Frage nach der Erklärung der Desensitivierung liefern und in zweiter Linie zur praktischen Frage nach wirksamer Rolleninduktion. Ihre interne Validität ist u. E. in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. So wird z. B. in keiner Untersuchung geprüft, inwieweit die unabhängige Variable "Instruktionsart" im Sinn des Versuchsplans realisiert wurde. Alle Autoren nehmen ungeprüft an, daß das Wissen der Teilnehmer über die Prozedur und ihren Zweck eindeutig durch den jeweiligen Instruktionstext festgelegt ist. Und dann die Frage nach der Glaubwürdigkeit der Instruktion: in keiner Untersuchung wird geprüft, welches Vorwissen die Teilnehmer bezüglich der Desensitivierung haben. Nur bei "naiven" Personen läßt sich aber die experimentelle Instruktion glaubwürdig machen. Nur Personen, denen der Untersuchungsleiter unbekannt ist, kann man dieselbe Person einmal als Therapeut, einmal als Experimentator vorstellen. Ohne hier auf offenliegende Kritikpunkte zur Repräsentanz der Experimente im Einzelnen einzugehen, läßt sich festhalten, daß aus den zitierten Studien nur wenig Schlüssiges für die theoretische Fragestellung abgeleitet werden kann. Unter dem praktischen Gesichtswinkel optimaler Rolleninduktion sind die Instruktionen zu undifferenziert ausgefallen.

Von größerem praktischen Wert für die Frage der Rolleninduktion ist die Studie von Hoehn-Saric et al. (1964). Dort wird die Klientenvorbereitung in einem ausführlichen Rolleninduktionsinterview verwirklicht: die Erwartungen der Klienten bezüglich der therapeutischen Zusammenarbeit und der

wahrscheinlichen Ergebnisse werden im Vorhinein strukturiert. Unter Prozeß- und Erfolgskriterien schnitten die vorbereiteten Klienten in der nachfolgenden analytischen Therapie besser ab als die unvorbereiteten. Dieses Ergebnis wurde von Sloane et al. (1970) bestätigt.

## 1. FRAGESTELLUNG

Entsprechend der voraufgegangenen Kritik soll unsere Untersuchung folgende Fragestellung klären: Läßt sich eine Effektivitätssteigerung der Desensibilisierung durch ein geeignetes Informationsangebot über Rolle, Rationale und Verlauf der therapeutischen Zusammenarbeit erreichen. Die zugrundeliegende Hypothese lautet: Wenn man Klienten über ihre Rolle in der therapeutischen Zusammenarbeit, das Rationale des Therapieverfahrens und die Therapietechnik detailliert und wiederholt informiert, dann stellen sich bei den gezielt informierten Klienten bedeutsam höhere Änderungen im Sinne des Therapieziels ein als bei den passager informierten. Wir vergleichen also mit unserer Anordnung einen speziell optimierten Informationsmodus mit der üblichen Therapievorbereitung, die im Einleitungsgespräch stattfindet (exemplarisch dazu: Wolpe, 1958).

Als zu modifizierendes Zielverhalten haben wir Vortragsangst bei Studenten gewählt. Unserer Erfahrung nach ist die Angst, sich frei z. B. in einer Lehrveranstaltung zu äußern, relativ weit verbreitet. In einer Stichprobe Regensburger Studenten gaben ca. 25% der Befragten starke bis sehr starke Angst vor Äußerungen in Seminaren, Übungen oder Vorlesungen an. Nun ist diese Angst zweifellos Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zwischen Leiterstil, Gruppeninteraktion und Dispositionen des Einzelnen. Ihr Bestehen dokumentiert u. E. einen erheblichen hochschuldidaktischen Nachholbedarf. Da wir kurzfristig keine Möglichkeit sahen, auf das Leiterverhalten Einfluß zu nehmen, schien uns der Ansatzpunkt, dem Einzelnen einen Teil seiner Angst zu nehmen, ihn zu durchsetzenderem Verhalten zu befähigen und damit auf das Interaktionssystem Lehrveranstaltung einbahnig einzuwirken, vertretbar.

## 2. GESTALTUNG UND ÜBERPRÜFUNG EINES TEXTES ZUR THERAPIEVORBEREITUNG

Bei der Gestaltung einer verständlichen und einprägsamen Darstellung über Rollenverteilung, Rationale und Ablauf der Desensibilisierung haben wir uns auf die Ausubelsche Theorie des sinnzentrierten Rezeptionslernens gestützt (Ausubel, 1963; Seidenstücker & Groeben, 1971). Ausubel geht von der Annahme aus, daß die Existenz einer kognitiven Struktur, die er als Gegliedertheit, Stabilität und Klarheit der Kenntnisse einer Person in einem Gegenstandsbereich definiert, das Lernen und Behalten von bedeutungsvollem Material beeinflußt. Aus der Theorie sind Handlungsanweisungen ableitbar: sie lassen sich vereinfacht auf die Prinzipien der Informationsorganisation und der sequentiellen Darbietung bringen. Im Sinne der Informationsorganisation liegen die Maßnahmen der vorgeschalteten (advancé), begleitenden (concurrent) und nachgeschalteten (post) Textorganisation. Vorgeschaltete Textorganisation heißt die vor die Darstellung eines Sachzusammenhangs gestellte Erläuterung der wichtigsten Konzepte und ihrer gegenseitigen Be-

ziehungen, begleitende Textorganisation die Hervorhebung der wichtigsten Konzepte bzw. Aussagen und ihrer Interrelationen im Text und nachgeschaltete Textorganisation die Zusammenfassung der wichtigsten Konzepte und Beziehungen im Anschluß an einen Text. Sequentielle Anordnung bedeutet, daß bei der Informationsgestaltung jeweils die inklusiven Konzepte zuerst und dann in möglichst stringenter Abfolge über Konzepte und Inhalte mittlerer Abstraktheit zu den Einzeltatsachen in der Darstellung fortgeschritten wird. Die Effektivität der Textorganisation und des sequentiellen Arrangements ist bisher vor allem im pädagogischen Kontext belegt worden (Ausubel & Fitzgerald, 1961, 1962; Gagné, 1962, 1965; Gagné & Paradise, 1961; Groeben, 1972).

Nach den skizzierten Ausubelschen Handlungsanweisungen haben wir mit Hilfe eines Texts über die Rollenbeziehung, Rationale und Prozeß der Desensitivierung einen Teil unserer Klienten auf die Zusammenarbeit vorbereitet und während der Therapie wiederholt informiert. Der Text ist sequentiell aufgebaut und enthält Organisationshilfen.<sup>1</sup> Er fungiert - vor und während der Therapie dargeboten - als advanced organizer für die Desensitivierung. Um sicher zu sein, daß der Informationstext gut verständlich ist, haben wir seinen subjektiven Informationsgehalt ermittelt. Dazu wurde das von Weltner (1970) modifizierte Shannonsche Rateverfahren verwendet. Der so ermittelte subjektive Informationsgehalt des Textes lag bei 1.6 bit/Buchstabe. Verglichen mit den Angaben von Weltner (1970) hat unser Text etwa das Schwierigkeitsniveau eines Lehrbuchtextes. Wenn auch generell eine geringere Schwierigkeit (etwa 1.2 bit/Buchstabe wie bei Lehrprogrammen) wünschenswert wäre, so schien uns doch die vorliegende Textfassung in ihrer Schwierigkeit für unseren Zweck auszureichen.

### 3. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

#### Teilnehmer

Durch Aushang wurden Studenten der Universität Regensburg auf die Möglichkeit hingewiesen, an einem Lernprogramm zur Reduktion von Vortragss angst teilzunehmen. Daraufhin meldeten sich 14 Studentinnen und 20 Studenten aus den Fächern Anglistik, Chemie, Pädagogik, Physik und Psychologie. Ihr Alter lag zwischen 20 und 29 Jahren. Alle Interessenten wurden schriftlich zum ersten Diagnostiktermin eingeladen. In dieser Sitzung wurden die Eingangstests durchgeführt. Außerdem wurde den Teilnehmern ein Vertrag vorgelegt, in dem die Erwartungen und Leistungen von Trainern und Teilnehmern spezifiziert waren. Diese Verträge wurden von allen Beteiligten unterzeichnet. Außerdem hielten alle Teilnehmer einen Probevortrag. Anschließend wurden sie aufgrund ihrer bei der Verhaltensbeobachtung des Vortrags erreichten Werte gematched und randomisiert folgenden drei Gruppen zugewiesen: der Gruppe "Systematische Desensitivierung" (SD-Gruppe mit n = 10) und der Gruppe "Kognitive Strukturierung und Desensitivierung" (KD-Gruppe mit

---

<sup>1</sup> Exemplare des Informationstextes werden auf Anfrage von den Autoren zur Verfügung gestellt.

$n = 10$ ). Um unkontrollierbare therapeutische Einflüsse der normalen Umgebung zu erfassen, wurde eine Wartekontrollgruppe (KO-Gruppe mit  $n = 14$ ) gebildet. Männliche und weibliche Teilnehmer wurden jeweils im gleichen Verhältnis den Gruppen zugeordnet. Um Bezugswerte für die in der Untersuchung erhobenen Variablen zu haben, wurde zusätzlich eine Gruppe von 10 Studenten zusammengestellt, die nach eigenen Angaben keine Vortragsangst hatten. Diese Gruppe nahm an denselben Testsituationen wie die Klientengruppe teil. Der Ergebnisvergleich zwischen ängstlichen und angstfreien Personen sollte u. a. Hinweise auf die differentielle Validität der verwendeten Meßinstrumente liefern.

### Diagnostik

Ziel des Lernprogramms war die Minderung der Vortragsangst. Vortragsangst manifestiert sich in charakteristischen Erlebens- und Verhaltensweisen und einigen physiologischen Veränderungen während freier Äußerung in einer Gruppe (Paul, 1966). Zur Erfassung des Lernziels ist damit gleichermaßen die erlebensmäßige, behavioral-ausdrucksmäßige und die physiologische Meßebene zu berücksichtigen. Aus technischen Gründen mußten wir hier auf eine Operationalisierung über physiologische Indikatoren verzichten. Verhaltensbeobachtung, Fragebögen und Schätzskalen bildeten die Indikatoren für die behaviorale und erlebensmäßige Datenebene.

Es liegt bisher wenig empirisch Gesichertes dazu vor, was das Verhalten eines guten, angstfreien Vortragenden ausmacht. Hingegen weiß man einiges über die Verhaltensmanifestation von Angst während des Redens (Clevenger, 1959; Clevenger & King, 1961). Ähnlich wie bereits Paul (1966) haben wir gestützt auf Clevengers Untersuchungen einen Verhaltensbeobachtungsbogen konzipiert, der mimische, gestische, stimmliche und haltungsmäßige Indikatoren der Vortragsangst erfaßt. Der Verhaltensbeobachtungsbogen (VBB) gibt eine negativ formulierte, behaviorale Lernzieldefinition ab. Die Erlebenskorrelate der Vortragsangst haben wir über Fragebögen operationalisiert (PRCS und FSS-R 6). Vortragsangst bildet einen Teilbereich sozialer Angst und kann mit umfassenderen neurotischen Störungen verknüpft sein. Unter diesem Gesichtswinkel war zu prüfen, inwieweit unser Lernprogramm einen generalisierenden Effekt hat, der sich in der Minderung neurotischer Beschwerden darstellt. Zu diesem Zweck wurden Veränderungen der Sozialangst und der Sexualangst (FSS-R), der leistungshemmenden und leistungsfördernden Angst (AAT), der Nervosität, Depressivität und Gehemmtheit (FPI) und psychosomatischer Beschwerden (PSQ) ermittelt. Über die kriteriumsbezogene Erfolgsbeurteilung hinaus sind zur differenzierten Bewertung der Therapie Prozeßgesichtspunkte zu berücksichtigen. Dabei schien uns die Art, in der die Klienten den Therapeuten und den Therapieprozeß wahrnehmen, von besonderer Bedeutung. Die Klienten haben folglich nach jeder Sitzung das Therapeutenverhalten (SDT) und die Therapiereaktion (GATS) eingeschätzt.

Zu jedem der drei Testtermine hatten die Teilnehmer einen Vortrag zu halten, bei dem sie 4 Minuten zu einem frei gewählten Thema vor 10 Zuhörern sprachen. Der Gebrauch von Notizen war freigestellt. Der Zuhörerkreis setzte sich aus anderen Klienten und zwei Beobachtern zusammen. Die Beobachter hatten die Aufgabe, während des Vortrags das Auftreten von

4 definierten Verhaltensweisen in time sampling Verfahren (Intervalllänge von 30 Sekunden) zu registrieren. Die übrigen 19 Verhaltenskategorien sollten später anhand der Videoaufzeichnung in derselben Weise protokolliert werden. Die Beobachter waren trainiert. Ihre Übereinstimmung lag zwischen .89 im ersten und .94 im dritten Testabschnitt. Zur Beschreibung des Angst-erlebens beim Vortrag wurde der Personal Report of Confidence as a Speaker (PRCS) benutzt. Der Fragebogen umfaßt eine Übersetzung derjenigen 30 Items, die von Paul (1966) anhand ihrer Gütekriterien aus dem ursprünglich von Gilkinson (1942) geschaffenen Instrument ausgewählt wurden. Der Angst-Furcht-Fragebogen (FSS-R) in der hier benutzten Form bezieht sich im Item No. 6 auf die Angst, in der Öffentlichkeit zu sprechen. Der FSS-R wurde an-hand amerikanischer Fear Survey Schedules von Weinberger & Seidenstücke (1974) entwickelt. U. a. enthält der Fragebogen Teilskalen für Sozialangst und Sexualangst. Alpert & Haber (1960) schufen mit dem Achievement Anxiety Text (AAT) ein Instrument zur Erfassung von Prüfungs- und Testangst. Es besteht aus zwei Skalen, die leistungsfördernde bzw. leistungshemmende Angst messen. Zur Operationalisierung der Konstrukte Depressivität, Gehemmtheit und Nervosität haben wir das Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg & Selg, 1970) verwendet. Psychosomatische Beschwerden erfaßt der Present Self Questionnaire (PSQ) von Goldstein (1971). Beim Semantischen Differential für das Therapeutenverhalten (SDT) handelt es sich um 47 Skalen, auf denen Verhaltensmerkmale des Therapeuten eingestuft werden. Die Skalen erwiesen sich nach Allen (1971) als sehr gut zur Unterscheidung zwischen gutem und schlechtem Therapeutenverhalten geeignet. Zur Beurteilung des Therapieverfahrens aus der Teilnehmerperspektive ist die General Attraction to Treatment Skala (GATS) gedacht (Goldstein, 1971). Schließlich wurde die Persuabilität der Klienten mit Hilfe des Persuability Questionnaire (PQ) von Goldstein (1971), der nach dem Prinzip der opinion shift Fragebögen konstruiert ist, erhoben.

#### Vorgehensweise

Abb. 1 vermittelt einen Überblick von unserer Vorgehensweise. Die Eingangsdiagnostik wurde in zwei Abschnitten durchgeführt. Zum ersten Termin hatten die Teilnehmer folgende Fragebögen zu bearbeiten: PRCS, FSS-R, FPI, PSQ, AAT und PQ. In Gruppen von ca. 10 Personen trafen sich die Teilnehmer zum zweiten Termin der Eingangsdiagnostik. In dieser Sitzung sollte jeder Teilnehmer zu einem frei gewählten Thema einen 4-minütigen Vortrag halten, während die übrigen Teilnehmer jeweils im Halbkreis sitzend die Zuhörer bildeten. Die anwesenden Beobachter verhielten sich neutral. Sie steuerten lediglich die Videoanlage und registrierten einige Verhaltenskategorien. Nach der Eingangsdiagnostik erfolgte die randomisierte Gruppenzuweisung. Den Personen der Kontrollgruppe wurde mitgeteilt, daß sie erst nach einer Wartezeit an dem Training teilnehmen könnten, da sich mehr Interessenten gemeldet hätten als im Augenblick an Trainingsmöglichkeiten zur Verfügung stünde. Das Trainingsprogramm umfaßte 9 Sitzungen. Anschließend wurde die Abschlußdiagnostik durchgeführt. Dabei wurden dieselben Instrumente wie bei der Eingangsdiagnostik verwendet. Die Probevorträge erfolgten wiederum in Gruppen, die diesmal aber anders zusammengesetzt waren als zu Beginn. 11 Wochen nach der Abschlußuntersuchung war Follow up Diagnostik.

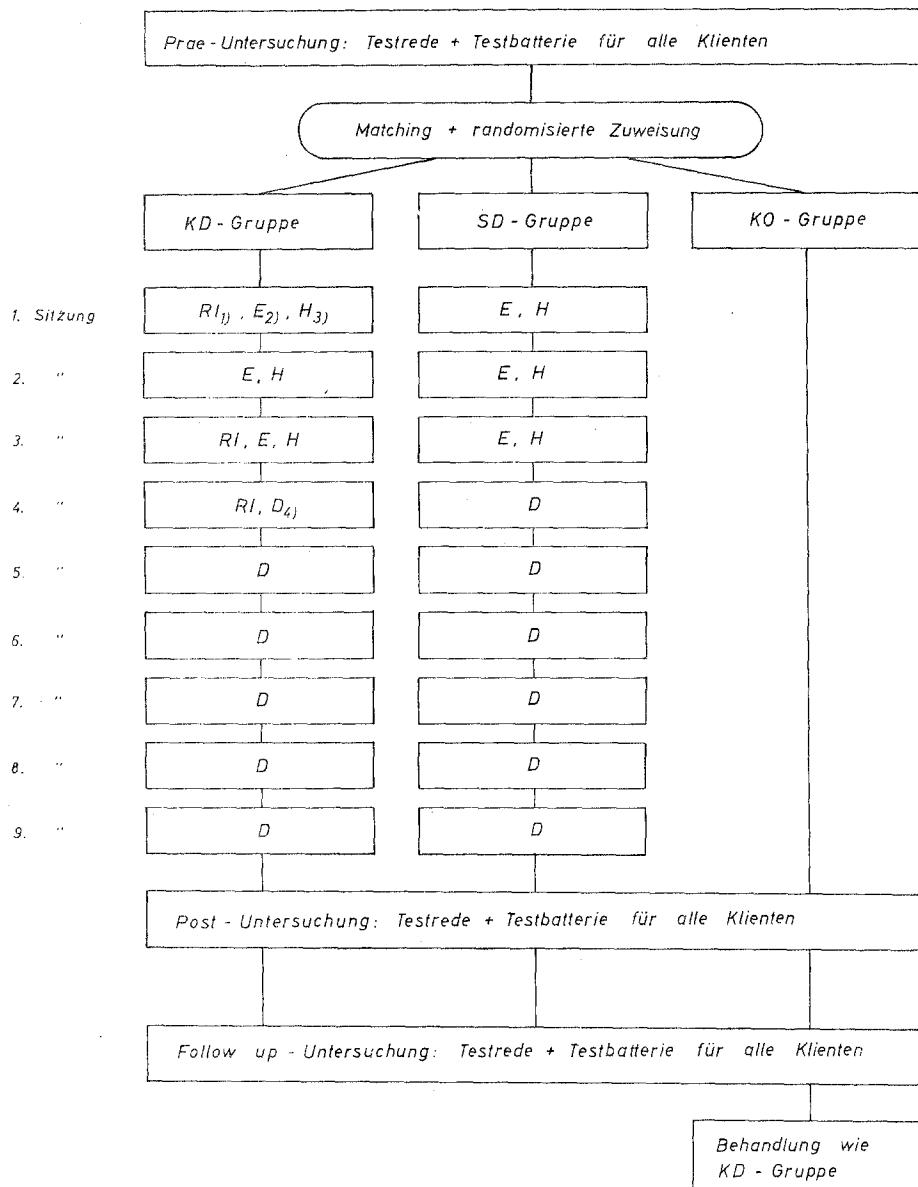


Abb. 1. Schematische Darstellung des Untersuchungsablaufs. 1) Rolleninduktion, 2) Entspannungstraining, 3) Hierarchiebildung, 4) Desensitivierung

Die verwendeten Instrumente und Vorgehensweisen entsprachen wiederum der Eingangsdagnostik.

## Behandlung

Die Desensitivierung wurde in Einzelsitzungen durchgeführt. Bei der Vorgehensweise haben wir uns nach den Desensitivierungsanleitungen von Paul (1966) gerichtet. Der Behandlungsprozeß in der SD-Gruppe umfaßte Entspannungstraining, Hierarchienbildung, Vorstellungstraining und Desensitivierung. Die Teilnehmer wurden dazu angehalten, das Entspannungstraining zu Hause begleitend selbständig durchzuführen. Nach der dritten Sitzung wurden sie aufgefordert, die Entspannungsinstruktion in alltäglich belastenden Situationen einzusetzen. Bei der Hierarchienbildung gaben die Therapeuten eine Standardliste von 12 Situationen vor, die für Vortragsangst typisch sind. Anschließend haben Therapeut und Klient gemeinsam diese Liste für die konkreten Schwierigkeiten des Klienten umformuliert. Nach Rangskalierung wurde die Liste als endgültige Hierarchie für die Desensitivierung verwendet. Die KD-Gruppe erhielt zusätzlich zur Desensitivierung, die nach dem Muster der SD-Gruppe verwirklicht wurde, Informationen und Gespräche über ihre Rolle, das Rationale und die Vorgehensweise in der Desensitivierung. Dazu bekamen die Teilnehmer der KD-Gruppe in der ersten, dritten und vierten Sitzung das oben angesprochene Informationsmanual über die Desensitivierung. Anschließend wurden jeweils Fragen der Klienten im Gespräch mit dem Therapeuten geklärt. Die Teilnehmer der Wartekontrollgruppe nahmen nur an den Diagnostikterminen teil. Ihre Ergebnisse sollten Aufschluß geben, inwieweit und in welche Richtung therapierelevante Änderungen aufgrund von Umwelteinflüssen, wiederholter Testung und der in Aussicht gestellten Behandlung zustande kommen. Vom Therapieangebot machten 8 Personen der Wartekontrollgruppe Gebrauch.

## 4. ERGEBNISSE

Die durch Matchen und randomisierte Zuweisung gebildeten drei Gruppen waren zu Beginn der Behandlung in den Erfolgsmaßen (VBB und Fragebögen) äquivalent. Die Zuweisung der Klienten zu den Therapeuten erfolgte nach Zufall. Jedem Therapeuten waren einige Klienten der SD- und einige der KD-Gruppe zugeordnet. Das Therapeutenverhalten bildet neben anderen Faktoren eine Quelle des Therapieerfolgs. Es galt daher zu sichern, daß bis auf die geplanten Behandlungsunterschiede zwischen SD- und KD-Gruppe keine weiteren Unterschiede im Therapeutenverhalten vorlagen. Dazu wurde das Therapeutentraining durchgeführt. Zusätzlich haben wir Tonbandprotokolle, die von allen Therapiesitzungen aufgenommen worden waren, post hoc in Stichproben nach folgenden Kriterien auswerten lassen: Gestaltung der Eingangsgespräche hinsichtlich Verbalisierung des emotionalen Erlebensinhalts und der Wärme; Gestaltung der Desensitivierungstechnik: Dauer und Vollständigkeit des Relaxationstrainings, der Hierarchienbildung und des Vorstellungstrainings, zeitliche Gestaltung der Angstabbauphase. In keiner der aufgeführten Variablen lagen überzufällige Unterschiede zwischen den Therapeuten bzw. zwischen der SD und KD Behandlung vor.

Rolleninduktion bildet in der KD-Gruppe die spezifische unabhängige Variable. Als Indikator für die erfolgreiche Rolleninduktion haben wir das Wissen der Klienten über Rationale, Technik und ihre Aufgabe in der Therapie betrachtet. Dementsprechend wurde mit einem multiple choice Frage-

bogen vor der 5. Sitzung die Informiertheit aller Klienten überprüft. Es ergab sich ein deutlicher Unterschied ( $p < .01$ ) zugunsten der KD-Gruppe. Wir können also davon ausgehen, daß die wiederholte Darbietung und Besprechung des Induktionsmanuals den gewünschten Effekt zeitigte, da vor Beginn der Therapie alle Teilnehmer gleichermaßen geringe Kenntnisse besaßen.

Zur Sicherung des Therapieeffekts haben wir zunächst geprüft, ob sich in den primären Erfolgsmaßen (PRCS, VBB und FSS-R 6) ein Unterschied zugunsten der Behandlungsgruppen sichern ließ. Dazu haben wir die Werte der Behandlungsgruppen mit denen der Wartekontrollgruppe verglichen. Es ergaben sich bedeutsame Unterschiede ( $p < .05$ ) zugunsten der Behandlungsgruppe in PRCS und VBB. Beim getrennten Vergleich der Behandlungsgruppen mit der Kontrollgruppe wird der Unterschied für die KD-Gruppe noch deutlicher: PRCS und VBB weisen auf dem 1% Niveau und FSS-R 6 auf dem 5% Niveau geringere Werte auf als die Kontrollgruppe. Das spricht dafür, daß die Behandlung bei der KD-Gruppe in allen primären Erfolgsmaßen zu einer überzufälligen Minderung der Vortragsangst geführt hat.

Tabelle 1 zeigt die Veränderung in den abhängigen Variablen bei allen drei Gruppen. In den primären Erfolgsmaßen sind die Prae-Post Unterschiede sowohl für die KD- als auch die SD-Gruppe gesichert. Die Kontrollgruppe weist nur eine bedeutsame Änderung im PRCS auf. Die Veränderungen in der KD-Gruppe sind im Prae-Follow up Vergleich noch deutlicher. Das wird durch ihre signifikant höheren Änderungen gegenüber der SD-Gruppe belegt: im PRCS mit  $p < .01$ , im VBB mit  $p < .05$  und im FSS-R 6 mit  $p < .05$ .

In der SD-Gruppe ist der Unterschied im VBB zum Follow up Termin nicht mehr signifikant. Die Kontrollgruppe weist eine Verbesserung im FSS-R 6 auf.

In der KD-Gruppe erhielten wir für die sekundären Erfolgsmaße (FSS, FPI, PSQ), über die Generalisierungseffekte ermittelt werden sollten, weitgehend erwartungskonforme Veränderungen, die in den meisten Fällen zum Follow up Termin noch deutlicher ausfielen als in der Post Untersuchung. Eine Ausnahme bildete hier wie in den übrigen beiden Gruppen der Komplex der Leistungsangst. Weder ATT+ noch ATT- wurden durch die Therapie bedeutsam geändert. Das spricht dafür, daß in Leistungssituationen über die Äußerungsfähigkeit hinausgehende Fertigkeiten gefordert sind, die durch unser stark bereichsspezifisches Therapieverfahren nicht berührt wurden. Die SD-Gruppe hat im Vergleich zur KD-Gruppe wesentlich weniger generalisierende Änderungen aufzuweisen: es vermindert sich allein die vom PSQ erfaßten psychosomatischen Beschwerden. Überraschend ist die Veränderung der Kontrollgruppe im FPI (Subskala 8). Bei genauerer Analyse zeigt sich, daß die positiven Änderungen auf die Klienten zurückgehen, die vom Therapieangebot keinen Gebrauch mehr machten. Eine ähnliche Signalfunktion haben die Verbesserungen der Kontrollgruppe in PRCS und FSS-R 6. Einschränkend bleibt festzuhalten, daß sich anhand unserer Daten nicht klar sagen ließ, ob die Veränderungen in der Kontrollgruppe eine freundliche Art der Distanzierung vom Therapieangebot oder eine zwischenzeitliche Rückbildung der Vortragsangst darstellen.

Schließlich haben wir die Ergebnisse der primären Erfolgsmaße bei den Therapiegruppen zum Follow up Termin mit denen der Gruppe sprech angstfreier Studenten verglichen. Hier zeigt sich zwar noch ein deutlicher

Tabelle 1. Ergebnisse der Behandlungsgruppen und der Kontrollgruppe in den primären und sekundären Erfolgsmaßen

	Prae - Post Vergleich				Prae - Follow up Vergleich			
	t-Werte		SD-Gruppe	KO-Gruppe	t-Werte		SD-Gruppe	KO-Gruppe
	KD-Gruppe	PRCS			KD-Gruppe	SD-Gruppe		
FSS-R 6	4. 00 <sup>xx</sup>	2. 64 <sup>x</sup>	1. 37		3. 83 <sup>xx</sup>	2. 83 <sup>xx</sup>	2. 16 <sup>x</sup>	
PRCS	2. 45 <sup>x</sup>	4. 96 <sup>xx</sup>	1. 86 <sup>x</sup>		4. 03 <sup>xx</sup>	3. 50 <sup>xx</sup>	1. 45	
VBB	4. 02 <sup>xx</sup>	3. 41 <sup>xx</sup>	1. 59		2. 93 <sup>xx</sup>	1. 63	1. 09	
AAT+	0. 59	1. 61	0. 06		0. 29	0. 89	0. 30	
AAT-	0. 41	1. 61	1. 20		0. 22	1. 47	0. 15	
FPI 4	1. 82 <sup>x</sup>	0. 62	1. 63		2. 37 <sup>x</sup>	0. 74	1. 13	
FPI 3	1. 61	0. 57	1. 40		2. 22 <sup>x</sup>	0. 86	0. 28	
FPI 9	0. 77	1. 10	2. 03 <sup>x</sup>		1. 61	0. 92	2. 12 <sup>x</sup>	
FSS-R	2. 77 <sup>xx</sup>	0. 88	0. 16		5. 31 <sup>xx</sup>	0. 65	0. 31	
FSS-R	3. 19 <sup>xx</sup>	1. 08	1. 47		4. 17 <sup>xx</sup>	0. 76	1. 26	
Sozialangst								
FSS-R	3. 50 <sup>xx</sup>	0. 66	1. 05		3. 59 <sup>xx</sup>	0. 76	0. 87	
Sexualangst								
PSQ	2. 90 <sup>xx</sup>	1. 99 <sup>x</sup>	1. 07		3. 20 <sup>xx</sup>	1. 88 <sup>x</sup>	0. 56	

x = p < . 05; xx = p < . 01

Unterschied im PRCS ( $p < .05$ ). Im FSS-R 6 und im VBB lagen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen der sprechangstfreien Kontrollgruppe und den Therapiegruppen vor. Die noch nicht so große Annäherung im PRCS hängt vielleicht damit zusammen, daß der Follow up Termin nach den Semesterferien stattfand, in denen den Teilnehmern nur sehr selten Gelegenheit geboten war, ihr verbessertes Vortragsverhalten zu erproben und die daraus resultierenden positiven Erfahrungen in eine differenziertere, positivere Selbstbeschreibung einfließen zu lassen.

Anhand des PQ waren wir über die Persuabilität unserer Klienten informiert. Um zu prüfen, ob die Persuabilität mit dem Therapieerfolg zusammenhängt, haben wir die primären Erfolgsmaße und die PQ Werte korriktiert. Es ergab sich kein signifikanter Zusammenhang, so daß wir die Persuabilität hier als Effektquelle ausschließen können.

Die Analyse der Verlaufsmaße (SDT und GATS) zeigte folgendes Bild: in beiden Therapiegruppen ergab sich mit zunehmender Kontaktzahl eine positivere Beurteilung des Therapeuten und des Therapiegeschehens. Es erwies sich jedoch weder der Unterschied zwischen den Gruppen noch innerhalb der Gruppen als überzufällig. Die Ergebnisse im GATS entsprechen damit den Verlaufsbeurteilungen anhand der Tonbandprotokolle, die analog keinen bedeutsamen Unterschied zwischen dem Verhalten der Therapeuten und im Verhalten der einzelnen Therapeuten über die gesamte Therapiedauer hinweg erbrachten.

## 5. DISKUSSION

Durch unseren Versuchsplan ließ sich sichern, daß einerseits die unabhängige Variable Rolleninduktion qua Informiertheit nachgewiesen verwirklicht wurde und andererseits Alternativhypthesen, die den Einfluß von Persuabilität der Klienten, unterschiedlichen Therapeutenverhaltens und unterschiedlicher Therapeutenwahrnehmung betreffen, erfolgreich ausgeschaltet werden konnten. Insofern lassen sich die beobachteten Effekte in den primären und sekundären Erfolgsmaßen mit größerer Sicherheit als das in den bisher vorliegenden Studien zum Thema geschah, auf das Verfahren der Rolleninduktion zurückführen. Die Desensitivierung mit Rolleninduktion erweist ihre Überlegenheit gegenüber der normalen Desensitivierung vor allem in den sekundären Erfolgsmaßen: Allgemeine Angst, Sozialangst und Sexualangst, Nervosität und Depressivität. Besonders hervorzuheben ist die durchgängige Tendenz zu weiterer Verbesserung in den sekundären Erfolgsmaßen, die zum Follow up Termin nur bei der Gruppe mit Rolleninduktion zu verzeichnen war.

In der Wartekontrollgruppe war Angstminderung zu verzeichnen: instabil im PRCS, nur im Follow up beim FSS-R 6 und durchgängig in Subskala 8 des FPI. Das Ausmaß aller Änderungen war jedoch geringer als in den beiden Therapiegruppen. Auf die Interpretationsschwierigkeiten (freundliche Distanzierung vs. echte Angstminderung) wiesen wir bereits hin. Immerhin erscheint uns eine echte Angstminderung als Folge der aufwendigen Diagnostik (drei Vorträge und dreimalige Bearbeitung der Fragebögen) durchaus möglich. Insofern sehen wir die Notwendigkeit, den therapeutischen Effekt der Testvorträge und der Fragebögen in Hinkunft gesondert zu prüfen. Für

die vorliegenden Ergebnisse läßt sich der Wirkungsbeitrag der Diagnostik nicht gesondert ermitteln.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung lassen also insgesamt betrachtet die Beibehaltung der Hypothese zu, daß Rolleninduktion bedeutsam die Verwirklichung der oben genannten Therapieziele bei Desensitivierung fördert.

Praktisch gesehen weisen die Ergebnisse auf die Bedeutung klarer und detaillierter Erläuterung der Therapieprozedur hin. Wir haben selbst nicht erwartet, daß die Klienten der SD-Gruppe trotz verbaler Erläuterung und Diskussion der Desensitivierung so viel weniger von den prozenduralen Elementen und den Anforderungen an sie behalten als die der KD-Gruppe. Berücksichtigt man, daß der Aufbau der Desensitivierung verglichen mit anderen Interventionsstrategien relativ einfach ist, dann darf man eine noch größere Bedeutung der Rolleninduktion bei komplexeren Therapien erwarten.

In der Kontroverse um die Instruktionswirkung (Agras und Mitarbeiter vs. McGlynn und Mitarbeiter) deuten unsere Ergebnisse eher auf die Wirksamkeit der Einführung hin. Allerdings muß einschränkend festgehalten werden: wir haben das Effektmuster eines Faktorenbündels "Rolleninduktion" geprüft, während die Instruktionsuntersuchungen nur eine Komponente (die Art der Instruktion) variiert haben. Eine Entscheidung in der Kontroverse ist u. E. jedoch nur möglich, wenn die verwendeten Versuchspläne verbessert werden: Vorwissen der Teilnehmer, Glaubwürdigkeit der Instruktion und Rezeption der Instruktion sind gesondert zu ermitteln. Nur wenn dabei keine erwartungskonträren Befunde auftreten, ist der Einfluß der Instruktion interpretierbar.

Unsere Resultate unterstreichen die Fruchtbarkeit der Verknüpfung von Ergebnissen der Grundlagenforschung mit den Problemstellungen des Anwendungsfeldes Klinische Psychologie. Insbesondere basiert unsere Ausgangshypothese auf der hier grundlegenden Arbeit von Heller, Goldstein & Sechrest (1966), die in Extrapolation von Ausubel (1963) für die Praxis der Psychotherapie vermuteten, daß Information über die Art der Therapie, ihre zugrundeliegende Theorie und ihre Techniken den therapeutischen Prozeß fördern. Nach Rotter (1954) ist diese Strukturierung am wirksamsten, wenn sie wiederholt verwirklicht wird. Wir haben diese Prinzipien benutzt, indem wir den Induktionstext nach den Regeln von Ausubel und den Lernprozeß der Rollenübernahme durch die wiederholte Darbietung des Induktionsmanuals erleichtert haben.

## LITERATUR

- Agras, S., Leitenberg, H., Barlow, D. H.: Social reinforcement in the modification of agoraphobia. J. Psychotherapy Res. 19, 423-427 (1968)
- Allen E. J.: Microcounseling. Springfield: C. Thomas 1971
- Alpert, R., Haber, R. N.: Anxiety in academic achievement situations. J. abnorm. soc. Psychol. 61, 207-215 (1960)
- Ausubel, D. P., Fitzgerald, D.: The role of discriminability in meaningful verbal learning and retention. J. educ. Psychol. 52, 266-274 (1961)
- Ausubel, D. P., Fitzgerald, D.: Organizer, general background and antecedent learning variables in sequential verbal learning. J. educ. Psychol. 53, 243-249 (1962)

- Ausubel, D. P. : The psychology of meaningful verbal learning. New York: Grune and Stratton 1963
- Barlow, D. H., Agras, S., Leitenberg, H., Wincze, J. P. : An experimental analysis of effectiveness of shaping in reducing maladaptive avoidance behavior: an analogue study. Behav. Res. and Therapy 8, 165-173 (1970)
- Bergold, J. : Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Desensibilisierung. Schweiz. Z. f. Psychologie 29, 229-256 (1969)
- Clevenger, T. : A synthesis of experimental research in stage fright. Quart. J. of Speech 45, 134-145 (1959)
- Clevenger, T., King, T. R. : A factor analysis of visible symptoms of stage fright. Speech Monographs 28, 296-298 (1961)
- Fahrenberg, J., Selg, H. : Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Göttingen: Hogrefe 1966
- Gagne, R. M., Paradise, N. E. : Abilities and learning sets in knowledge acquisition. Psychol. Monographs 75, 1-23 (1961)
- Gagne, R. M. : The acquisition of knowledge. Psychol. Rev. 69, 355-365 (1962)
- Gagne, R. M. : Some factors in learning nonmetric geometry. Monogr. soc. Res. Child Develpm. 30, 42-49 (1965)
- Gilkinson, H. : Social fears as reported by students in college speech classes. Speech Monographs 9, 141-160 (1942)
- Goldfried, M. R. : Systematic desensitization as training in self control. J. consult. clin. Psychol. 37, 228-234 (1971)
- Goldstein, A. P., Heller, K., Sechrest, L. B. : Psychotherapy and the psychology of behavior change. New York: Wiley 1966
- Groeben, N. : Die Verständlichkeit von Unterrichtstexten. Münster: Aschen- dorff 1972
- Hoehn-Saric, R., Frank, J. D., Imber, S. D., Nash, E. H., Stone, A. R., Battle, C. C. : Systematic preparation of patients for psychotherapy. I. Effects on therapy behavior and outcome. J. of Psychiat. Res. 2, 267-281 (1964)
- Leitenberg, A., Agras, S., Barlow, D. H., Oliveau, D. : The contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. J. abnorm. Psychol. 74, 113-118 (1969)
- Locke, F. H. : Is "behavior therapy" behavioristic? Psychol. Bull. 76, 318-327 (1971)
- Lomont, J. F., Brock, L. : Cognitive factors in systematic desensitization. Behav. Res. and Therapy 9, 187-195 (1971)
- McGlynn, F. D., Mealiea, W. L., Nawas, M. M. : Systematic desensitization of snake avoidance under two conditions of suggestion. Psychol. Rep. 25, 220-222 (1969)
- McGlynn, F. D., Mapp, R. H. : Systematic desensitization of snake avoidance following three types of suggestion. Behav. Res. and Therapy 8, 197-201 (1970)
- McGlynn, F. D., Reynolds, E. J., Linder, L. H. : Experimental desensitization following therapeutically oriented and physiologically oriented instructions. J. Behav. Ther. and exp. Psychiatry 2, 13-18 (1971)

- Meichenbaum, D.: Cognitive modification of test anxious college students. J. consult. clin. Psychol. 39, 370-380 (1972)
- Migler, B., Wolpe, J.: Automated self-desensitization: a case report. Behav. Res. and Therapy 5, 133-135 (1967)
- Oliveau, D. C., Agras, S., Leitenberg, H., Moore, R. C., Wright, D. E.: Systematic desensitization, therapeutically oriented instructions and selective positive reinforcement. Behav. Res. and Therapy 7, 289-294 (1969)
- Paul, G. L.: Insight vs. desensitization in psychotherapy. Stanford: Stanford University Press 1966
- Paul, G. L.: Outcome of systematic desensitization II: Controlled investigations of individual treatment, technique variants and current status. In: C. M. Franks (Ed.): Behavior therapy - appraisal and status. New York: McGraw-Hill 1969
- Rehm, L. P., Marston, A. R.: Reduction of social anxiety through modification of self reinforcement: an instigative therapy technique. J. consult. clin. Psychol. 32, 565-574 (1968)
- Rotter, J. B.: Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1954
- Seidenstücker, G., Groeben, N.: Möglichkeiten einer Theoriensynthese auf dem Gebiet des kognitiven Lernens. Psychol. Beiträge 13, 499-524 (1971)
- Seidenstücker, G.: Der Einfluß systematisch geänderter Selbstaussagen auf den Erfolg der Desensitivierung prüfungsängstlicher Studenten. Regensburg: 1973
- Sloane, R. B., Cristol, A. H., Pepernik, M. C., Staples, F. R.: Role preparation and expectation of improvement in psychotherapy. J. nerv. ment. Dis. 150, 18-26 (1970)
- Valins, S., Ray, A.: Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior. J. Pers. soc. Psychol. 7, 345-350 (1967)
- Waters, W. F., McCallum, R. N.: The basis of behavior therapy, mentalistic or behavioristic? A reply to F. A. Locke. Behav. Res. and Therapy 11, 157-163 (1973)
- Watson, D. L., Tharp, R. G.: Self-directed behavior. Monterey: Brooks/Cole 1972
- Weinberger, L., Seidenstücker, G.: Konstruktion und Normierung eines deutschen Fear Survey Schedule (FSS-R). Regensburg: 1974
- Weltner, K.: Informationstheorie und Erziehungswissenschaften. Quickborn: Schnelle 1970
- Wengle, E. M.: Die systematische Desensibilisierung. In: C. Kraiker (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler 1974
- Wolpe, J.: Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University Press 1958
- Wilkins, W.: Desensitization: social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. Psychol. Bull. 76, 311-317 (1971)