

---

**Inauguraldissertation  
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)  
im Fach Psychologie  
an der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation

*Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende -  
Wie verändern sich Symptombelastung, Lebens- und  
Studienzufriedenheit, Alltagskreativität sowie kreatives und  
schlussfolgerndes Denken im Verlauf integrativer psychologischer und  
psychotherapeutischer Beratung?*

vorgelegt von  
Dipl.-Psych. Michael Sperth

Jahr der Einreichung  
2015

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler  
Berater: Prof. Dr. Dr. h.c. Joachim Funke  
Prof. Dr. Rainer Matthias Holm-Hadulla

---







„Das Erfahren und Durchdenken des Möglichen ist sinnvoll,  
so lange nur erkannt und vorbereitet werden soll. In der  
Wirklichkeit muß entschieden werden“ (Jaspers, 1981, S. 79).



## Danksagung

Mein Dank gilt all denjenigen, die mich auf diesem langen Weg unterstützt und mir Kraft und Zuversicht gegeben haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei der *Klaus Tschira Stiftung gGmbH* bedanken. Sie hat das Projekt *Beratung und Kreativität*, aus dem die vorliegende Dissertation hervorgegangen ist, über drei Jahre hinweg großzügig finanziert.

Herr Professor Dr. med. Rainer M. Holm-Hadulla hat die Durchführung des Projekts *Beratung und Kreativität* in der Psychotherapeutischen Beratungsstelle des Studentenwerks Heidelberg initiiert und die vorliegende Arbeit erst ermöglicht, wofür ich ihm sehr dankbar bin. Seine Beiträge im Feld integrativer Psychotherapie, Beratung und Kreativität waren und sind immer eine große Bereicherung. In der Betreuung hat er stets das richtige Maß an Anleitung, Ermutigung und Gestaltungsfreiheit gefunden. Herrn Professor Dr. rer. nat. Funke danke ich für die wertvollen Impulse und Anregungen und die fruchtbaren Diskussionen über das Projekt im Rahmen des Kolloquiums der Allgemeinen und Theoretischen Psychologie.

Meine Kolleginnen und Kollegen der PBS haben das Projekt mit großem Engagement mitgetragen, ohne ihre Hilfe und Unterstützung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen; dafür ein herzliches Dankeschön! Angela Eichhorn ist es durch ihren unermüdlichen Einsatz zu verdanken, dass der Datensatz so vollständig und umfangreich vorliegt, ihr gilt besonderer Dank. Besonderer Dank gilt auch meinem Kollegen, Dr. phil. Dipl.-Psych. Frank Hofmann. Bei inhaltlichen, methodischen und persönlichen Problemen hatte er immer ein offenes Ohr für mich und die Gespräche mit ihm waren und sind stets bereichernd. Ohne ihn wäre das Gesamtprojekt nicht zu realisieren gewesen.

Den Klientinnen und Klienten der PBS danke ich für ihre große Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung.

Meiner Partnerin Petra gebührt der größte Dank. Sie hat die mit der Erstellung einer solchen Arbeit verbundenen Höhen und Tiefen sehr verständnisvoll mitgetragen und mich entlastet, wo sie konnte, mir Mut gemacht und mich unterstützt. Meinem Sohn Ben und meiner Tochter Nell danke ich für die Bereicherung und die Lebensfreude, die sie in unsere Familie gebracht haben.





# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	8
Einleitung.....	10
I. Hintergrund.....	12
1 Spezifische Situation Studierender und Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden .....	12
1.1 Spezifische Situation Studierender.....	12
1.2 Unterschiede zwischen klientelen und nicht-klientelen Studierenden .....	15
1.3 Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen .....	16
1.3.1 Demoralisierung.....	17
1.3.2 Psychosoziale Krise .....	17
1.3.3 Nicht ausreichende Problemlösefähigkeiten .....	18
1.3.4 Beeinträchtigung der (Alltags-)Kreativität .....	19
1.3.4.1 Genie und Wahnsinn: ein Überblick .....	20
1.3.4.2 Depression und Kreativität.....	24
1.3.4.3 Angst und Kreativität.....	25
1.3.5 Zusammenfassung der Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen .....	26
1.4 Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden .....	28
1.4.1 Unterschiede zwischen Beratung und Psychotherapie .....	28
1.4.2 Zusammenfassung des Forschungsstandes zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden .....	30
1.4.2.1 Wilson et al. (1997) .....	30
1.4.2.2 Vonk und Thyer (1999).....	31
1.4.2.3 Snell et al. (2001) .....	32
1.4.2.4 Minami et al. (2009) .....	33
1.4.2.5 Choi et al. (2010) .....	36
1.4.2.6 Effektivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende in Studien mit anderen Untersuchungsschwerpunkten .....	37
1.4.3 Dosis-Wirkung: Befunde .....	38
1.5 Integratives Beratungskonzept für die psychologische und psychotherapeutische Beratung Studierender: das ABCDE-Modell .....	39
1.5.1 Warum ist ein integratives Beratungskonzept notwendig?.....	40
1.5.2 Alliance: supportive Haltung und sichere Basis .....	41
1.5.3 Behavior: verhaltensorientierte Methoden in der integrativen Beratung .....	42
1.5.4 Cognitions: kognitive Strategien in der integrativen Beratung .....	44
1.5.4.1 Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT) .....	44

1.5.4.2	Praktisches Vorgehen: kognitive Umstrukturierung in der integrativen Beratung.....	46
1.5.5	Dynamics: Psychodynamik in der integrativen Beratung .....	46
1.5.5.1	Einsichtsfördernde Techniken und deren Anwendung in der integrativen Beratung.....	47
1.5.5.2	Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung in der integrativen Beratung .....	49
1.5.6	Existenzielle Dimensionen integrativer Beratung .....	51
1.5.7	Kombination der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung .....	52
1.5.8	Systemische Perspektive .....	53
1.5.9	Hermeneutik: eine existenzielle und kommunikationstheoretische Basis integrativer Beratung .....	55
1.6	Beratung und Kreativität.....	59
1.6.1	(Wieder-)Entdeckung und Freisetzung des kreativen Potentials im Rahmen integrativer psychotherapeutischer Beratung .....	61
1.6.1.1	Krise als Ausgangssituation .....	61
1.6.1.2	Initial- bzw. Vorbereitungsphase .....	62
1.6.1.3	Technische bzw. Inkubations- und Illuminationsphase .....	62
1.6.1.4	Integrations- bzw. Elaborations- und Verifikationsphase .....	67
1.6.1.5	Schlussphase .....	68
1.7	Kasuistik .....	69
1.7.1	Initial- bzw. Vorbereitungsphase .....	69
1.7.1.1	Erstgespräch.....	69
1.7.1.2	Zweite Sitzung.....	70
1.7.2	Technische bzw. Inkubations- und Illuminationsphase .....	71
1.7.2.1	Verhaltensorientierte Intervention zur effektiven Prüfungsvorbereitung und zu einer ausgeglichenen Work-Life-Balance.....	71
1.7.2.2	Veränderung dysfunktionaler Kognitionen (3. bis 6. Sitzung) .....	71
1.7.3	Integrations- bzw. Elaborations- und Verifikationsphase .....	73
1.7.3.1	Psychodynamische Ebene (ab 7. Sitzung).....	73
1.7.3.2	Existenzielle Ebene.....	74
1.7.4	Schlussphase .....	74
1.7.4.1	Hermeneutische Wirkprinzipien und kreative „Produkte“ integrativer psychotherapeutischer Beratung .....	74
1.7.4.2	Abschließende Einordnung und Bewertung des Fallbeispiels.....	75

1.8	Verortung des ABCDE-Modells integrativer Beratung im Feld der Psychotherapie-Integration.....	77
1.8.1	Möglichkeiten der Integration .....	77
1.8.1.1	Technischer Eklektizismus.....	77
1.8.1.2	Gemeinsame Wirkfaktoren .....	78
1.8.1.3	Theoretische Integration.....	78
1.8.1.4	Assimilative Integration .....	79
1.8.2	Zusammenfassende Einordnung des ABCDE-Modells integrativer Beratung im Feld der Psychotherapie-Integration .....	79
1.9	Empirische Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung.....	80
1.9.1	Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP).....	80
1.9.2	Empirically Supported Treatments (ESTs) .....	81
1.9.3	Empirically Supported Therapy Relationships (ESRs) .....	81
1.9.4	Zusammenfassende Überlegungen zur empirischen Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung .....	83
1.10	Wohlbefinden als erweitertes Ergebniskriterium in der psychotherapeutischen Beratung.....	83
II.	Methoden.....	84
2	Studiendesign .....	84
2.1	Begründung des Designs.....	84
2.2	Fragestellungen und Hypothesen.....	87
2.2.1	Querschnitt .....	88
2.2.2	Längsschnitt .....	88
2.2.3	Beschreibung der Feldstichprobe 2007/2008 .....	91
2.2.4	Beschreibung der PBS Heidelberg.....	91
2.3	Ablauf und Durchführung der Untersuchung .....	92
2.4	Erhebungsinstrumente.....	101
2.4.1	Erhebungsinstrumente für KlientInnen.....	101
2.4.1.1	Soziodemographische Daten.....	101
2.4.1.2	Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB).....	101
2.4.1.3	Symptom-Checkliste (SCL-90-R).....	101
2.4.1.4	Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ).....	102
2.4.1.5	Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens (ASK).....	102
2.4.1.6	Creative Conditions Scale (CCS) .....	104
2.4.2	Erhebungsinstrumente für BeraterInnen.....	104

2.4.2.1	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) .....	104
2.4.2.2	Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) .....	104
2.4.3	Gemeinsame Beurteilungsinstrumente von KlientInnen und BeraterInnen ....	105
2.4.3.1	ABCDE-Rating.....	105
2.5	Fragestellungen und Hypothesen: methodisches Vorgehen zur Untersuchung und (Über-)Prüfung.....	105
III.	Ergebnisse.....	112
3	Outcome für Prä-Post-Gesamtstichprobe .....	112
3.1	Soziodemographische Daten (Prä-Post-Gesamtstichprobe).....	112
3.1.1	Behandlungsdauer .....	112
3.1.2	Geschlechterverteilung.....	113
3.1.3	Alter .....	113
3.1.4	Fachsemester.....	114
3.1.5	Studienfächer nach Hauptfach.....	115
3.1.6	Abiturdurchschnitt .....	118
3.1.7	Zwischenprüfungsnote .....	118
3.1.8	Nebentätigkeit.....	119
3.1.9	Diagnosen nach ICD-10 .....	120
3.2	Effektstärken Prä-Post-Gesamtstichprobe .....	123
3.2.1	SCL-90-R .....	125
3.2.2	Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB).....	127
3.2.3	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS).....	131
3.2.4	Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) .....	132
3.2.5	Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ).....	133
3.2.6	Creative Conditions Scale (CCS) .....	134
3.2.7	Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens (ASK).....	135
3.2.8	Zusammenfassende Darstellung der Veränderung der Symptombelastung, der Lebens- und Studienzufriedenheit, der Alltagskreativität und des kreativen und schlussfolgernden Denkens im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung .....	136
3.2.9	Retrospektive Erfolgsbeurteilung aus KlientInnensicht .....	141
3.3	Statistische und klinische Signifikanz .....	141
3.3.1	Statistische Signifikanz (SCL-90-R): reliable Verbesserung.....	142
3.3.2	Klinisch signifikante Veränderung (SCL-90-R) .....	142
3.3.3	Statistische und klinische Signifikanz (PSB) .....	145

3.3.4	Statistische und klinische Signifikanz aus Sicht der BeraterInnen (BSS).....	146
3.4	Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven .....	149
3.4.1	Kombinierte Selbsteinschätzung (SCL-90-R und PSB) .....	149
3.4.2	Kombinierte Selbst-/Fremdeinschätzung (SCL-90-R und BSS).....	150
3.4.3	Kombinierte Selbst-/Fremdeinschätzung (PSB und BSS) .....	151
3.4.4	Zusammenfassende Darstellung der Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven .....	151
3.5	Dosis-Wirkung: Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier .....	152
3.5.1	SCL-90-R: Behandlungsdauer bis zum Erreichen statistisch und klinisch signifikanter Verbesserung.....	153
3.5.2	PSB: Behandlungsdauer bis zum Erreichen statistisch und klinisch signifikanter Verbesserung.....	155
3.5.3	BSS: Behandlungsdauer bis zum Erreichen statistisch und klinisch signifikanter Verbesserung.....	157
3.5.4	Ergebniszusammenfassung Dosis-Wirkungsanalysen .....	160
3.6	Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung.....	160
3.6.1	Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnensicht .....	160
3.6.1.1	Zusammenfassung der Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnensicht .....	162
3.6.2	Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus BeraterInnensicht .....	164
3.6.2.1	Zusammenfassung der Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus BeraterInnensicht .....	165
3.7	Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität, des schlussfolgernden und kreativen Denkens und den Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung.....	167
3.7.1	Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität und den Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung .....	167
3.7.2	Zusammenhänge zwischen Verbesserungen im schlussfolgernden und kreativen Denken und den Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung	168
3.8	Differentielle Indikation: Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn .....	168
3.8.1	Zusammenfassung der Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn.....	173

3.9	Effektstärken: Vergleich mit Ergebnissen ambulanter naturalistischer (Kurz- )Psychotherapiestudien .....	174
3.9.1	Vergleich mit Vonk und Thyer (1999).....	175
3.9.2	Vergleich mit den Ergebnissen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Hiller et al., 2009; Schindler & Hiller, 2010) .....	178
3.9.2.1	PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe vs. unselektierte Ausgangsstichprobe 2007 (Hiller et al., 2009).....	178
3.9.2.2	Vergleich klinisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen mit Completer-Stichprobe 2007 (Hiller et al., 2009).....	183
3.9.2.3	Vergleich PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau mit PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert (Hiller et al., 2009)....	184
3.9.2.4	Störungsspezifische Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung: Vergleich PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen mit unipolar depressiven PatientInnen (Schindler & Hiller, 2010) .....	185
3.9.3	Vergleich mit den Ergebnissen der Heidelberg-Berlin-Studie (Grande et al., 2006).....	187
3.9.4	Störungsspezifische Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei Anpassungsstörungen: Vergleich mit Altenhöfer et al. (2007) .....	189
IV.	Diskussion .....	194
4	Diskussion der Ergebnisse .....	194
4.1	Bewertung der Studie .....	222
4.2	Diskussion der Methoden .....	226
4.2.1	Design.....	226
4.2.2	Methodik der klinischen Signifikanz .....	228
4.2.3	Effektstärkevariante $ES_{prä}$ .....	230
4.2.4	Multiples Testen.....	231
4.3	Ausblick .....	231
4.3.1	Weitere Effektivitäts- bzw. Vergleichsforschung .....	232
4.3.2	Prozess-Ergebnis-Forschung .....	234
4.3.3	Adaptation und Erweiterung des ABCDE-Modells .....	235
	Literaturverzeichnis.....	236
	Tabellenverzeichnis.....	264
	Abbildungsverzeichnis .....	267
	Abkürzungsverzeichnis .....	268
	Erklärung.....	269
	Anhang.....	270

A.	Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen .....	270
B.	Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau.....	271
C.	Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen .....	272
D.	Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen .....	273
E.	Informationen zur Studie und Einverständniserklärung .....	274
F.	Fragebogen KlientInnen.....	278
G.	Dokumentationsbogen BeraterInnen.....	294

## Abstract

**Hintergrund:** Ergebnisstudien im Feld psychotherapeutischer Beratung von Studierenden sind selten. Im deutschsprachigen Raum existiert bislang keine Studie, die die Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden untersucht hat. Psychotherapeutische Beratung Studierender erfolgt meist nach eklektischen oder integrativen Beratungsansätzen, ohne dass das Vorgehen jedoch genauer beschrieben wird. Ein einheitliches und verbindliches Beratungskonzept existiert im deutschsprachigen Raum bislang nicht.

**Zielsetzung:** Im Rahmen eines naturalistischen Eingruppen-Prä-Post-Designs wurde bei 151 KlientInnen der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende des Studentenwerks Heidelberg untersucht, wie sich Symptombelastung, Lebens- und Studienzufriedenheit, Alltagskreativität sowie kreatives und schlussfolgerndes Denken im Verlauf psychotherapeutischer Beratung verändern. Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses erfolgte dabei mehrdimensional, um der entwicklungsförderlichen und ressourcenorientierten Zielsetzung psychotherapeutischer Beratung (auch im Vergleich zur eher kurativ ausgerichteten Psychotherapie) gerecht zu werden. Mögliche positive Veränderungen der Alltagskreativität und des kreativen Denkens im Beratungsverlauf, für die es im Rahmen von Einzelfallstudien bislang nur anekdotische Evidenz gab, wurden im Projekt *Beratung und Kreativität*, dem die vorliegende Dissertation entstammt, erstmalig unter Verwendung standardisierter Instrumente untersucht. Die bisherigen Ergebnisstudien zur psychotherapeutischen Beratung Studierender stützen sich ausschließlich auf Selbstberichtsmaße. Zur Erweiterung der klinischen Perspektive wurden in der vorliegenden Untersuchung neben Selbst- auch durch die BeraterInnen eingeschätzte Fremdbeurteilungsmaße eingesetzt sowie Diagnosen nach ICD-10 vergeben. Die psychotherapeutische Beratung erfolgte nach dem ABCDE-Modell integrativer Beratung, das im Rahmen des Projekts *Beratung und Kreativität* entwickelt wurde. Das ABCDE-Modell integrativer Beratung entlehnt aus gängigen psychotherapeutischen Verfahren (wissenschaftliche Gesprächs-, kognitive Verhaltens-, psychodynamische und existentielle Therapie) wirksame therapeutische Grundhaltungen, Methoden und Techniken. Diese werden für den Einsatz im Beratungskontext entsprechend modifiziert und nach lösungs- und ressourcenorientierten Gesichtspunkten kombiniert. Die moderne Hermeneutik verbindet als metatheoretisches Rahmenmodell die unterschiedlichen Interventionsstrategien des ABCDE-Modells in einer umfassenderen Kommunikationstheorie.

**Methode:** Um Veränderungen auf Individuumsebene abbilden zu können, wurden ergänzend zur Überprüfung der Prä-Post-Mittelwertsunterschiede auf Signifikanz und der Berechnung von Effektstärken für Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaße nach dem Konzept der klinischen Signifikanz Veränderungsraten für die Globalwerte der Symptommaße berechnet. Zur Klärung der Frage, wie viel Beratung notwendig ist, um eine ausreichende Symptomverbesserung zu erzielen, wurden Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier berechnet. Zusammenhänge zwischen einem erfolgreichen Beratungsergebnis (reliable oder klinisch signifikante Symptomverbesserung bzw. Verbesserung der Alltagskreativität und des kreativen Denkens) und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen wurden mittels Korrelationen untersucht. Zur Beurteilung der Ergebnisqualität insgesamt und der differentiellen bzw. störungsspezifischen Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell, wurden die Behandlungseffekte der vorliegen-



den Untersuchung mit den Behandlungsergebnissen anderer naturalistischer (Kurz-)Psychotherapiestudien verglichen.

**Ergebnisse:** Die Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell ist als hoch einzustufen. Die Prä-Post-Veränderungen auf den Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaßen sind signifikant und erreichen überwiegend mittlere bis hohe Effektstärken. Ein hoher Prozentsatz an KlientInnen verbessert sich im Beratungsverlauf statistisch und auch klinisch signifikant, die Verbesserungsraten insbesondere für klinische Signifikanz („geheilt“) liegen z. T. deutlich über denen vergleichbarer Studien. Der Anteil unveränderter KlientInnen ist hingegen ähnlich oder geringer und die Verschlechterungsraten liegen in der in der Literatur benannten Größenordnung. Die Ergebnisse der Dosis-Wirkungsanalysen legen nahe, dass für eine statistisch signifikante Verbesserung der Hälfte der KlientInnen mindestens acht und für eine klinisch signifikante Verbesserung mindestens neun Sitzungen notwendig sind und in der Bedarfsplanung entsprechend berücksichtigt werden sollten. Die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen einem erfolgreichen Beratungsergebnis und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs unterstützen aus Sicht der KlientInnen ein auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmtes integratives Vorgehen der BeraterInnen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt. Aus Sicht der BeraterInnen ist die Beratung dann erfolgreich, wenn die Probleme der KlientInnen nicht zu grundlegend sind, als dass sie im zeitbegrenzten Beratungssetting in einer für die KlientInnen hilfreichen Form überwiegend verhaltensnah bearbeitet werden können. Vergleiche der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit der Effektivität ambulanter (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen unterstreichen die hohe Wirksamkeit integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung für die gesamte sie in Anspruch nehmende Klientel sowie die differentielle bzw. störungsspezifische Wirksamkeit für zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigte KlientInnen, KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau sowie an affektiven und Anpassungsstörungen erkrankte KlientInnen.

**Diskussion:** Die vorliegende Arbeit stellt einen wichtigen Beitrag zur Ergebnisforschung im Bereich psychotherapeutischer Beratung für Studierende dar. Über die Verwendung breiter und dem Gegenstandsbereich angemessener Ergebniskriterien ergibt sich aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven ein differenziertes Bild von (individueller) Veränderung im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung. Der kreativitätsförderliche Einfluss psychotherapeutischer Beratung konnte im Projekt *Beratung und Kreativität* erstmalig unter Verwendung standardisierter Instrumente gezeigt werden. Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung betreffen die insbesondere durch das Fehlen einer Kontrollgruppe bedingte geringe interne Validität.

## Einleitung

Während sich psychotherapeutische Beratungsangebote für Studierende in Deutschland in der Praxis sehr bewährt haben, stehen empirische Wirksamkeitsnachweise noch aus: Im deutschsprachigen Raum existiert bislang keine Studie, die die Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden untersucht hat. In Anbetracht steigender KlientInnenzahlen (Deutsches Studentenwerk, 2009) sind Wirksamkeitsnachweise jedoch gerade auch in den Verhandlungen mit den Kostenträgern (Studentenwerke und Universitäten) um eine bedarfsgerechte Ausstattung der Beratungsstellen von großer Bedeutung. Auch international wird der Mangel an spezifischen Studien zur Effektivität psychotherapeutischer Beratungsangebote für Studierende betont (Minami et al., 2009), insbesondere im Vergleich zur Psychotherapieforschung, aus der die Ergebnisse jedoch nicht ohne Weiteres auf den Beratungsbereich übertragen werden können (Nußbeck, 2006; Snell, Mallinckrodt, Hill & Lambert, 2001). Zwar finden sich zwischen psychotherapeutischer Beratung und Psychotherapie breite Überschneidungsbereiche hinsichtlich Diagnostik und Intervention – die Methoden sind überwiegend aus der Psychotherapie entlehnt – (Warschburger, 2009), hinsichtlich der Zielsetzung ergeben sich jedoch bedeutende Unterschiede zwischen diesen beiden Formen psychosozialer Behandlung. Während der Beratung mit einem ressourcenaktivierenden Vorgehen vordringlich ein unterstützender und präventiver Charakter zukommt, steht bei der Psychotherapie der kurative Aspekt im Vordergrund (a. a. O.).

Angesichts des tiefgreifenden gesellschaftlichen Strukturwandels der Spätmoderne hin zu immer mehr Flexibilität, Mobilität und beständig wachsenden Leistungsdruck (Keupp, 2009) – auch im Studium (Deutsches Studentenwerk, 2007) – bei gleichzeitigem Fehlen von Rückhalt und Verbindlichkeit, werden psychologische und psychotherapeutische Beratungsangebote für Studierende in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen, um die psychosozialen Folgen dieser Entwicklung ein Stück weit abfedern zu können.

Der begrenzte zeitliche Rahmen, der für die Beratung zur Verfügung steht und die Dringlichkeit der Anliegen, die Studierende in die Beratung führen, erfordern von den BeraterInnen ein flexibles und aktives Vorgehen. Um das Beratungsangebot den individuellen Problembereichen, Konflikten und Anliegen der Studierenden anpassen zu können, ist die Kombination mehrerer Interventionsmöglichkeiten (gleichzeitig oder aufeinander aufbauend) notwendig (Grawe, 2005). Psychotherapeutische Beratung Studierender erfolgt daher meist nach eklektischen oder integrativen Beratungsansätzen, ohne dass das Vorgehen jedoch genauer beschrieben wird (Minami et al., 2009; Vonk & Thyer, 1999). Borg-Laufs (2003) verweist darauf, dass „... gerade in Beratungsstellen ... eine Leistung angeboten ... [wird], die zeitgemäßen Konzeptionen von Psychotherapie in besonderem Maße entspricht“ (S. 173). Die Möglichkeit, in der Beratung – anders als in der Richtlinienpsychotherapie – Interventionen unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren kombinieren und den individuellen Bedürfnissen der KlientInnen anpassen zu können, hat auch forschungspraktische Implikationen, da sich „Möglichkeiten ... der Weiterentwicklung von Psychotherapie ... gerade in diesem Praxisfeld versorgungsnah entwickeln [lassen]“ (Borg-Laufs, a. a. O., S. 177).

Im deutschsprachigen Raum existiert bislang kein einheitliches und verbindliches Beratungskonzept für die psychotherapeutische Beratung Studierender. Für diese erste Studie zur Effek-

tivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende im deutschsprachigen Raum wurde daher im Projekt *Beratung und Kreativität*, dem die vorliegende Dissertation entstammt, ein für die psychotherapeutische Beratung Studierender theoretisch kohärentes und im Beratungsalltag praktikables integratives Konzept entwickelt. Das ABCDE-Modell integrativer Beratung entlehnt aus wissenschaftlicher Gesprächs-, kognitiver Verhaltens-, psychodynamischer und existentieller Psychotherapie wirksame therapeutische Grundhaltungen, Methoden und Techniken, die für den Einsatz im Beratungskontext entsprechend modifiziert und nach Lösungs- und ressourcenorientierten Gesichtspunkten kombiniert werden.

Im Rahmen eines naturalistischen Eingruppen-Prä-Post-Designs wird die Effektivität des ABCDE-Modells integrativer Beratung untersucht. Um der entwicklungsförderlichen und ressourcenorientierten Zielsetzung psychotherapeutischer Beratung gerecht zu werden, erfolgt die Bewertung des Behandlungserfolgs den Empfehlungen von Wampold, Lichtenberg und Waehler (2002) folgend, mehrdimensional und umfasst neben Veränderungen der Symptomatik auch Veränderungen des Wohlbefindens. Im Unterschied zu den bislang verfügbaren Ergebnisstudien zur psychotherapeutischen Beratung Studierender, die sich ausschließlich auf Selbstberichtsmaße stützen, werden in der vorliegenden Untersuchung zur Erweiterung der klinischen Perspektive neben Selbst- auch Fremdbeurteilungsmaße eingesetzt sowie Diagnosen nach ICD-10 vergeben. Nach Carson (1999) wirken sich therapeutische Ansätze, die psychische Gesundheit verbessern, auch positiv auf Verhaltensweisen oder Persönlichkeitseigenschaften aus, die für Kreativität förderlich sind. Die bislang verfügbaren Quellen für einen kreativitätsförderlichen Einfluss von Psychotherapie und psychotherapeutischer Beratung beruhen jedoch ausschließlich auf anekdotischer Evidenz über die qualitativ-kasuistische Analyse von Fallstudien (Holm-Hadulla, 2007; Rothenberg, 1989; Thomä & Kächele, 2006). Da die aus einem derartigen hermeneutischen Vorgehen gewonnenen Erkenntnisse in ihrer Aussagekraft und Generalisierbarkeit eingeschränkt sind, wurden im Projekt *Beratung und Kreativität* mögliche positive Veränderungen der Alltagskreativität und des kreativen Denkens im Beratungsverlauf erstmalig unter Verwendung standardisierter Instrumente untersucht.

Neben der Frage, wie sich Symptombelastung, Lebens- und Studienzufriedenheit, Alltagskreativität sowie kreatives und schlussfolgerndes Denken im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell verändern, ist auch von Interesse, inwieweit die Einschätzungen des Beratungserfolgs aus KlientInnen- und BeraterInnenperspektive übereinstimmen und welche Zusammenhänge zwischen einem erfolgreichen Beratungsergebnis<sup>1</sup> und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Sicht der KlientInnen und der BeraterInnen bestehen. Für die Versorgungspolitik psychotherapeutischer Beratungsstellen für Studierende von unmittelbarer Relevanz ist die Frage, wie viel Beratungssitzungen notwendig sind, um eine ausreichende Symptomverbesserung zu erzielen. Schließlich werden die Behandlungseffekte der vorliegenden Untersuchung mit den Behandlungsergebnissen anderer naturalistischer (Kurz-)Psychotherapiestudien verglichen, um die Ergebnisqualität insgesamt und die differenzielle bzw. störungsspezifische Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell beurteilen zu können.

---

<sup>1</sup> Operationalisiert als reliable oder klinisch signifikante Symptomverbesserung bzw. Verbesserung der Alltagskreativität und des kreativen Denkens.

# **I. Hintergrund**

Die spezifische Situation Studierender und die Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen beim Aufsuchen der Beratungsstelle werden beschrieben (Kapitel 1.1 bis 1.3). Nachdem auf die Unterschiede zwischen Beratung und Psychotherapie eingegangen wurde (Kapitel 1.4.1), wird der bisherige Forschungsstand zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden zusammengefasst (Kapitel 1.4.2) und es werden wesentliche Befunde der Dosis-Wirkungsforschung berichtet (Kapitel 1.4.3). Die Notwendigkeit eines integrativen Beratungskonzepts wird begründet und das in der vorliegenden Studie zum Einsatz gelangende ABCDE-Modell integrativer Beratung wird beschrieben; zunächst in allgemeiner Form (Kapitel 1.5), dann unter spezifischer Betrachtung der dem Modell inhärenten persönlichkeits- und kreativitätsförderlichen Aspekte (Kapitel 1.6). Nach Illustration des Beratungskonzepts in seiner praktischen Anwendung anhand einer Kasuistik (Kapitel 1.7), erfolgt eine Einordnung des ABCDE-Modells integrativer Beratung im Feld der Psychotherapie-Integration (Kapitel 1.8). Die empirische Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung wird dargestellt (Kapitel 1.9) und die Notwendigkeit erweiterter Ergebniskriterien in der psychotherapeutischen Beratung wird verdeutlicht (Kapitel 1.10).

## **1 Spezifische Situation Studierender und Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden**

Die spezifische Situation Studierender wird im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und gleichaltrigen Nicht-Studierenden dargestellt (Kapitel 1.1). In Kapitel 1.2 wird darauf eingegangen, wie sich Studierende, die psychotherapeutische Beratungsangebote in Anspruch nehmen (klientele Studierende) von Studierenden unterscheiden, die sich nicht in psychotherapeutische Beratung begeben (nicht-klientele Studierende). Die Ausgangsbedingungen der Studierenden, die um psychotherapeutische Unterstützung in der PBS nachsuchen, werden unter Bezugnahme auf die Konzepte der Demoralisierung, der psychosozialen Krise sowie der (eingeschränkten) Problemlösekompetenz und der (Alltags-)Kreativität diskutiert (Kapitel 1.3) und in Kapitel 1.3.5 zusammengefasst. Beratung wird von Psychotherapie abgegrenzt (Kapitel 1.4.1) und der bisherige Forschungsstand zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden wird zusammengefasst (Kapitel 1.4.2). Zur Klärung der Frage nach der für einen hinreichenden Erfolg notwendigen Behandlungsdauer, werden wesentliche Ergebnisse der Dosis-Wirkungsforschung berichtet (Kapitel 1.4.3).

### **1.1 Spezifische Situation Studierender**

Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung leiden Studierende nicht häufiger unter psychischen Störungen (Barthel & Rawohl, 2008; Soeder, 1995). In den Beschwerden Studierender bilden sich jedoch „... die besonderen Anforderungen des Studiums und der Identitätsfindung im Übergang von der Adoleszenz ins Erwachsenenalter ab“ (Soeder, Bastine & Holm-Hadulla, 2001, S. 182). Die psychosoziale Situation Studierender stellt sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und zu gleichaltrigen Nicht-Studierenden als eine besondere dar (Moeller & Scheer, 1974), sie ist durch eine „verlängerte Adoleszenz“ (Bohleber, 1982; Keupp, 1985; Krüger, Maciejewski & Steinmann, 1982) gekennzeichnet. Während gleichaltrige Nicht-Studierende häufig bereits im Beruf stehen, finanziell unabhängiger sind und meist auch hinsichtlich Partnerschaft und Familienplanung festgelegter sind, verbleiben Studierende „... psychisch in Ent-

wicklungsphasen ..., die sonst durch die Zwänge des Alltags schon längst abgeschlossen sind“ (Keupp, 1985, S. 324). Dieser Verbleib in einer Position, die „... die Privilegien, aber auch die Belastungen des Erwachsenenstatus vorenthält“ (a. a. O.) bietet neben besonderen Entwicklungschancen auch eine hohe Krisenanfälligkeit. Der größeren Ungebundenheit und Freiheit, sich in Auseinandersetzung mit sich selbst und anderen in unterschiedlichen Rollen und Beziehungen auszuprobieren, eigene Interessen zu verfolgen und in Reflexion bestehender Normen eigene Wertvorstellungen zu entwickeln – wofür es nach Keupp (1985) einer hohen Ambiguitätstoleranz bedarf –, steht eine gewisse Unverbindlichkeit der sozialen Interaktionen und Entfremdung von der außeruniversitären Welt und der Herkunftsfamilie entgegen, bei gleichzeitig höherer finanzieller Abhängigkeit (von letzterer). Freiräume müssen genutzt, unstrukturierte Lernprozesse selbstverantwortlich gestaltet werden, was eine hohe Fähigkeit zur Selbststeuerung voraussetzt (a. a. O.). Im Zuge der Umstellung der Studiengänge auf Bachelor und Master dürften die Schwierigkeiten, die sich aus mangelnden institutionellen und zeitlichen Vorgaben und mangelnder Strukturierung ergeben, wohl bald der Vergangenheit angehören. Ob die mit einer „... Akzentuierung des Leistungsgedankens, ... dem Bemühen um Beschleunigung und klare Strukturierung des Studiums“ (Schumann, 2008, S. 8) einhergehende Beschneidung der Freiräume zur Orientierung, Charakterbildung und Identitätsfindung langfristig nicht weit schwerwiegendere Konsequenzen für die persönliche und gesellschaftliche Entwicklung nach sich zieht, sei dahingestellt. Auch muss abgewartet werden, wie sich die Bewältigung der typischen Entwicklungsaufgaben der Spät- und Postadoleszenz<sup>2</sup>, in die der überwiegende Teil der Studierenden altersmäßig fällt, unter dem sich verändernden Studiensystem ausgestaltet. Zu den typischen Entwicklungsaufgaben der Spät- und Postadoleszenz zählen die Ablösung vom Elternhaus, der Aufbau eines eigenen sozialen Netzes, das Eingehen verbindlicherer Partnerschaften, die „... Ausprägung einer konturierten Erwachsenenidentität [und die] eigenständige Bewältigung gesellschaftlicher und institutioneller Leistungs- und Selektionsanforderungen (Deutsches Studentenwerk, 2006, S. 8).

Insbesondere die Identitätskonstruktion stellt angesichts des tiefgreifenden gesellschaftlichen Strukturwandels der Spätmoderne (Keupp et al., 2008) hin zu immer mehr Flexibilität, Mobilität und einem beständig wachsenden Leistungsdruck (Keupp, 2009) auch im Studium (Deutsches Studentenwerk, 2007; Himmelrath & Mersch, 2008; Taffertshofer, 2008) bei gleichzeitigem Fehlen von Rückhalt und Verbindlichkeit eine immer größere Herausforderung dar. Psychosoziale Folgen dieser Entwicklung sind eine in Anbetracht der Auflösung traditioneller Familienmodelle und Geschlechtsrollen wachsende Verunsicherung und Identitätsunsicherheit – insbesondere der Jungen (Damasch, 2008) und Männer (Haubl, 2008) –, eine Zunahme depressiver Erkrankungen insbesondere des narzisstischen Typus (Bleichmar, 1996), in denen Deserno (2005) ein „... Negativbild der Anforderungen bzw. paradoxen Zumutungen der gesellschaftlichen Veränderungen“ (S. 188) sieht und ein Anstieg an Ängsten, die (überhöhten) gesellschaftlichen und eigenen Anforderungen nicht erfüllen zu können (Haubl, 2008), der aus der wachsenden Verpflichtung zur Selbstverwirklichung (Keupp, 2009) resultiert.

---

<sup>2</sup> Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter (Krejci, 1982). Nach Bohleber (1982), der sich auf Blos (1973) bezieht, der Zeitraum vom 18. bis 25. Lebensjahr, mit der beginnenden Elternschaft als Begrenzung. Durch längere Ausbildungszeiten und finanzielle Abhängigkeiten von den Eltern verlängert sich der Zeitraum der Ablösung häufig bis jenseits des dritten Lebensjahrzehnts (Petri, 2010).

Die Krankenkassendaten untermauern die Zunahme psychischer Erkrankungen gerade auch bei den jüngeren Altersgruppen (15- bis 34-jährige DAK-Versicherte) eindrücklich: „Zwischen 1997 und 2004 wiesen die jüngeren Altersgruppen zum Teil sogar eine Verdoppelung der Erkrankungsfälle auf“ (Deutsche Angestellten-Krankenkasse, 2005, S. 99). DAK-Chef Rebscher kommentierte den Befund in einer zugehörigen Pressemeldung: „Angststörungen und Depressionen werden immer mehr zu Volkskrankheiten der Zukunft. In Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit reagieren offensichtlich auch mehr junge Menschen mit psychischen Problemen auf berufliche und private Anforderungen“ (DAK, 2005). Mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 31 Tagen nehmen Psychische und Verhaltensstörungen als Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten bei den erwerbstätig Versicherten der BARMER Krankenkasse mittlerweile den dritten Platz ein (BARMER, 2007).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung leiden Studierende zwar nicht häufiger unter psychischen und Verhaltensstörungen (Barthel & Rawohl, 2008; Soeder, 1995), „[e]s liegt [jedoch] auf der Hand, dass dieser Trend nicht vor den Hochschulen Halt macht, so dass wir auch bei Studierenden Depressionen, Ängste und Erschöpfungszustände in zunehmendem Ausmaß beobachten“ (Schumann, 2007, S. 818). Wie hoch der Anteil an Studierenden im Bachelor-/Master-System sein wird, deren Studium durch psychosoziale Schwierigkeiten beeinträchtigt ist, kann derzeit nur vermutet werden. Nach früheren Befunden lag der Anteil Studierender, die „... im vergangenen Jahr durch psychische Schwierigkeiten im Studium beeinträchtigt [waren]“ (Hahne, Lohmann, Krzyszycha, Österreich & App, 1999, S. 6), bei 26,8 %. Spätere Arbeiten (Isserstedt, Middendorf, Fabian & Wolter, 2007; Soeder et al., 2001) konnten den Befund bestätigen, dass sich 20 bis 25 % der Studierenden als psychisch beeinträchtigt einschätzen. Die häufigsten Problembereiche der Studierenden in den genannten Untersuchungen (Hahne et al., 1999; Isserstedt et al., 2007; Soeder et al., 2001) waren mangelndes Selbstwertgefühl, depressive Verstimmungen, Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, Prüfungsängste und interpersonelle Probleme.

Der Wunsch, aufgrund psychischer Probleme professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, kann nach Hahne et al. (1999) mit 13,1 % angegeben werden. Spätere Untersuchungen fanden mit 11,6 % (Barthel & Rawohl, 2008) einen etwas geringeren bzw. mit 15,8 % einen etwas höheren Bedarf (Holm-Hadulla & Soeder, 1997). Bedarf nach professioneller Unterstützung ist jedoch nicht gleichzusetzen mit Inanspruchnahme derselben. So fanden Hahne et al. (1999) und Soeder et al. (2001) dass nur ca. 7 % den Bedarf nach fachkundiger Unterstützung auch tatsächlich realisieren, indem sie entsprechende psychotherapeutische Angebote in Anspruch nahmen.

Die im Kontext des gesellschaftlichen Strukturwandels (Keupp, 2009) zu betrachtende Studienstrukturreform an deutschen Hochschulen mit ihren „... gravierende[n] Veränderungen für die alltägliche Lebens- und Lernsituation von Studierenden“ (Schumann, 2007, S. 817), bringt „... aller Voraussicht nach eine Steigerung der Beratungsnachfrage mit sich“ (Schumann, a. a. O., S. 826). Erste Hinweise in diese Richtung ergeben sich aus den Zahlen des Deutschen Studentenwerks zur Inanspruchnahme psychologischer Beratung im Jahr 2008: Im Vergleich zum Vorjahr ist die Nachfrage nach psychologischer Beratung um mehr als 20 % gestiegen (Deutsches Studentenwerk, 2009). Im selben Zeitraum stiegen die Konsultationszahlen der PBS Heidelberg um 24,3 % an (PBS, 2009).

## 1.2 Unterschiede zwischen klientelen und nicht-klientelen Studierenden

Studierende, die psychotherapeutische Beratungsangebote in Anspruch nehmen, haben nach Moeller und Scheer (1974) einen „... mindestens zweifachen Selektionsvorgang [durchlaufen]: bildungs- und sozialschichtabhängige Selektion der Studentenschaft überhaupt, universitäts- und konfliktspezifische Selektion der potentiellen Beratungsklientel innerhalb der Studentenschaft“ (S. 89). Doch wie unterscheiden sich KlientInnen der PBS hinsichtlich ihrer psychischen Beschwerden von Studierenden, die ein solches Beratungsangebot nicht in Anspruch nehmen (nicht-klientele Studierende)? Interessanterweise gibt es bislang kaum Untersuchungen, die dieser Frage nachgegangen sind. Die wenigen Untersuchungen zum Vergleich klienteler und nicht-klienteler Studierender stammen aus der PBS selbst (Dorn, 1999; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009b) sowie von Todd, Deane und McKenna (1997) und werden nachstehend referiert.

In einem Vergleich des vollständigen KlientInnenjahrgangs der PBS ( $n = 342$ ) des Jahres 1993 mit einer Feldstichprobe Heidelberger Studierender der Medizin und der Psychologie ( $n = 346$ ) zeigten sich die PBS-KlientInnen hinsichtlich ihrer psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung mit einem PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore von 34,0 ( $SD = 13,7$ ) im Durchschnitt signifikant stärker belastet ( $p < 0,01$ ) als die Feldstichprobe Heidelberger Medizin- und Psychologiestudierender ( $M = 23,3$ ;  $SD = 13,1$ ; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001). PBS-KlientInnen des Jahrgangs 1993 berichteten im Vergleich zur Feldstichprobe signifikant häufiger ( $p < 0,01$ ) über klinisch relevante Problemausprägungen in den Bereichen Depressivität (depressive Verstimmungen, mangelndes Selbstwertgefühl, Selbstmordgedanken), Arbeits- und Konzentrationschwierigkeiten, Prüfungsängste, diffuse Ängste oder Unruhezustände und interpersonelle Schwierigkeiten (Partnerschaftsprobleme, Konflikte mit den Eltern, Kontaktschwierigkeiten). Auch gaben PBS-KlientInnen signifikant häufiger ( $p < 0,01$ ) sexuelle Probleme, psychosomatische Beschwerden, schwer beherrschbare Aggressionen und Zwangsvorstellungen in klinisch relevanter Ausprägung an als Studierende der Feldstichprobe. In Bezug auf Probleme mit Alkohol, anderen Drogen oder Medikamenten sowie schwere psychiatrische Erkrankungen fanden sich hingegen keine Unterschiede zwischen PBS-KlientInnen des Jahrgangs 1993 und Studierenden der Feldstichprobe (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001).

Dorn (1999) verglich KlientInnen, die die PBS zwischen April und September 1998 zum Erstgespräch aufgesucht hatten ( $n = 129$ ) mit dem vollständigen PBS-KlientInnenjahrgang 1993 sowie der Feldstichprobe von Holm-Hadulla und Soeder (1997). Mit einem PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore von 33,9 ( $SD = 13,8$ ) waren PBS-KlientInnen des Jahrgangs 1998 signifikant stärker belastet ( $p < 0,001$ ) als Studierende der Feldstichprobe. Die beiden KlientInnenjahrgänge der PBS unterschieden sich in ihrer Beeinträchtigung durch psychosoziale Probleme hingegen nicht.

Um mögliche Veränderungen in Prävalenz, Ausprägungsgrad und Art psychischer Beeinträchtigungen und Störungen über die Zeit darstellen zu können, verglichen Holm-Hadulla et al. (2009b) eine Stichprobe von  $n = 213$  KlientInnen<sup>3</sup>, die die PBS zwischen Oktober 2007 und April 2008 zu einem Beratungsgespräch aufgesucht hatten, mit der PBS-KlientInnenstichprobe

---

<sup>3</sup> Die KlientInnen dieser Stichprobe sind größtenteils auch Bestandteil der Stichprobe Studierender ( $N = 569$ ), die die PBS vom 07.01.2008 bis 30.11.2008 zum Erstgespräch aufsuchten (s. a. Kapitel 2.3).

des Jahres 1998 (Dorn, 1999) und dem vollständigen KlientInnenjahrgang der PBS aus dem Jahr 1993 (Holm-Hadulla & Soeder, 1997). Darüber hinaus fanden Vergleiche der genannten Stichproben mit der Feldstichprobe von Holm-Hadulla und Soeder (1997) sowie einer i. R. von Lehrveranstaltungen des Psychologischen Instituts und der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg im Wintersemester 2007/2008 gewonnenen Feldstichprobe<sup>4</sup> ( $n = 125$ ) statt. Die wesentlichen Ergebnisse werden im Folgenden kurz zusammengefasst, eine ausführliche Ergebnisdarstellung findet sich in Holm-Hadulla et al. (2009b). Frühere Untersuchungsergebnisse, wonach 20-25 % der Studierenden unter psychischen Störungen leiden, konnten bestätigt werden. Bei den PBS-KlientInnen lagen mit 60-65 % deutlich mehr klinisch relevante psychische Störungen vor. Die wesentlichen Beschwerdebereiche waren depressive Verstimmungen, mangelndes Selbstwertgefühl und Prüfungsängste, die diagnostisch zumeist Anpassungsstörungen, depressiven und Angststörungen zugeordnet werden. Der 10- bzw. 15-Jahres-Vergleich zeigte, dass die Häufigkeiten psychischer Beschwerden in den letzten 15 Jahren konstant geblieben sind – mit einer bedeutenden Ausnahme: Prüfungsängste haben zwischen 1993 und 2008 um 51 % zugenommen. Der signifikante Anstieg von Prüfungsängsten wurde aufgrund der Erfahrungen aus der Beratungspraxis im Zusammenhang mit einer Zunahme von dysfunktionalem Stress und der Beschneidung von Freiräumen zum Nachdenken und zur Pflege persönlicher Interessen diskutiert. Durch die Umstrukturierung der Studiengänge auf Bachelor und Master fällt es insbesondere KlientInnen mit Nebenjobs zunehmend schwerer, die gestiegene Zahl an Pflichtveranstaltungen und Leistungsnachweisen in ihren Tagesablauf zu integrieren. Entsprechend zeigten sich KlientInnen mit Nebenjob wesentlich stärker belastet als Studierende ohne Nebentätigkeit.

Die in den Arbeiten der PBS gefundene höhere psychische Beeinträchtigung klienteler im Vergleich zu nicht-klientelen Studierenden zeigt sich auch in der Untersuchung von Todd et al. (1997). Diese verglichen die grundsätzliche psychische Belastung (GSI, SCL-90-R, Derogatis, 1992) von 435 in Lehrveranstaltungen rekrutierten Undergraduate-Studierenden der University of Massachusetts Amherst (Durchschnittsalter 19,7 Jahre, 58 % weiblich) mit 209 KlientInnen des dortigen University Counseling Centers (Durchschnittsalter 20,7 Jahre, 73 % weiblich) und fanden eine signifikant stärkere ( $p < 0,001^5$ ) Belastung der KlientInnen der Beratungsstelle.

### **1.3 Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen**

Nachfolgend werden die Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen anhand der Konzepte der Demoralisierung (Kapitel 1.3.1), der psychosozialen Krise (Kapitel 1.3.2) sowie der (eingeschränkten) Problemlösekompetenz (Kapitel 1.3.3) beschrieben. Es wird auf das Konzept der Alltagskreativität, das der vorliegenden Untersuchung zugrundeliegt und auf deren Beeinträchtigung - eine vermutete weitere Ausgangsbedingung der PBS KlientInnen - eingegangen (Kapitel 1.3.4). In einem zusammenfassenden Überblick wird der Frage nach einem seit der Antike vermuteten Zusammenhang zwischen psychischer Störung und (herausragender) Kreativität nachgegangen (Kapitel 1.3.4.1), bevor aus klinischer und kognitionspsychologischer Sicht der Fokus auf Zusammenhänge zwischen (Alltags-)Kreativität und depressiven (Kapitel 1.3.4.2) bzw. Angststörungen (Kapitel 1.3.4.3) gelegt wird - Symptombilder, die bei KlientInnen der PBS besonders verbreitet sind. Die im Vergleich zu nicht-klientelen Studierenden bestehenden

---

<sup>4</sup> Die Feldstichprobe 2007/2008 diente auch in der vorliegenden Untersuchung als Vergleichsstichprobe (s. Kapitel 2.2.3).

<sup>5</sup> Anhand der von Todd et al. (1997) angegebenen Kennwerte nachträglich durch den Autor berechnet.



(Kapitel 1.2) bzw. vor dem Hintergrund der o. g. Konzepte diskutierten Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen werden in Kapitel 1.3.5 nochmals zusammengefasst.

### 1.3.1 Demoralisierung

Neben den berichteten Unterschieden zwischen klientelen und nicht-klientelen Studierenden in Bezug auf Symptomatik, (Gesamt-)Beeinträchtigung und psychosoziale Problembereiche, gibt es Charakteristika, die Personen gemeinsam sind, die psychotherapeutische Behandlungsangebote in Anspruch nehmen. Frank (1997) bezeichnet den „... Zustand, der allen, die um Psychotherapie nachsuchen, gemeinsam ist ...“ (S. 428 f.), als Demoralisierung:

Sie sind sich dessen bewußt, daß sie ihren eigenen Erwartungen oder denen anderer nicht entsprochen haben oder mit einem dringlichen Problem nicht fertig geworden sind. Sie fühlen sich ohnmächtig, an der Situation oder an sich selbst etwas zu ändern. In schweren Fällen befürchten sie, die eigenen Gefühle nicht mehr beherrschen zu können ... Ihr Lebensraum ist zeitlich wie räumlich verengt. Sie halten fest an einem kleinen Umkreis gewohnter Tätigkeiten, vermeiden alles Neue und Herausfordernde und scheuen sich, langfristige Pläne zu machen. .... [D]er Demoralisierte fühlt sich in verschiedenem Grade isoliert, hilf- und hoffnungslos, und alle seine Kräfte werden aufgezehrt in der Anstrengung, nur noch zu überleben. (S. 429)

Jerome Franks (1997) Ausführungen verdeutlichen eindrücklich, dass psychische Störungen mit Einschränkungen in vielen Bereichen einhergehen, die neben psychischen Symptomen bspw. auch eine eingeschränkte Lebensgestaltung umfassen (Stulz & Lutz, 2007). In der vorliegenden Untersuchung wird daher davon ausgegangen, dass Studierende, die die PBS konsultieren, nicht nur psychisch, sondern auch in ihrer Lebens- und Studienzufriedenheit beeinträchtigt sind.

### 1.3.2 Psychosoziale Krise

Nach Stein (2009) entstehen psychosoziale Krisen dann, wenn Menschen mit „... äußeren belastenden Ereignissen oder Lebensumständen“ (S. 20) konfrontiert sind, die sie aufgrund ihrer derzeit verfügbaren „... individuellen Problemlösungsstrategien und Ressourcen“ (a. a. O.) nicht bewältigen können. Dieses Ungleichgewicht zwischen Anforderungen bzw. Belastungen und Bewältigungsstrategien wird von den Betroffenen als bedrohlich erlebt und führt zu unangenehmen Gefühlen wie „... Angst, Überforderung, Spannung, Verzweiflung und Hilflosigkeit“ (a. a. O.) und einer Vielzahl von Symptomen, wobei insbesondere depressive Zustandsbilder und Angstsymptomatiken häufig sind. Selbstwertgefühl und Identitätserleben der Betroffenen sind grundlegend in Frage gestellt. „In der Angst erleben wir die Furche, den Spalt in uns selbst, die Differenz in unserem Selbst, den Widerspruch zwischen dem, der wir sein möchten, und dem, der wir sind“ (Fischer, 2008, S. 56). Für Personen, die sich in einer Übergangsphase bzw. -krise befinden, ist nach Fischer (a. a. O.):

... alles unsicher, uneindeutig und bedrohlich ... Die Person gerät außerhalb der eindeutigen Denkgeleise, vieles wird ambivalent, Stress entsteht, der die Quelle von Angst genannt werden kann. ... Klienten [sind] in dieser angstgetriebenen Phase ... zutiefst unsicher, gespalten oder entzweit ... Entscheidungen sind riskant, sie können falsch sein, es geht etwas verloren, es wird etwas zerstört, gleichwohl ist kein sicherer Hafen in Sicht. Wie bei der Häutung die alte Haut nicht mehr passt, bereits zerrissen ist, keinen

Schutz mehr gewährt, die neue Haut aber noch nicht entwickelt ist, so wird seelische Veränderung als ent-setzlich erlebt. (S. 47)

Im Versuch der Rückgewinnung des Gleichgewichts und der Bewältigung dieses unangenehmen Gefühlszustandes, ergreifen die Betroffenen und/oder deren Umfeld Maßnahmen, die die Krise ent-, aber auch verschärfen können. Bei Fehlschlagen der Bewältigungsversuche drohen schlimmstenfalls suizidale oder Entwicklungen von Gewalt. Eine produktive Bewältigung ermöglicht hingegen beeindruckende Prozesse von Reifung und Weiterentwicklung. In der Krisendefinition nach Jaspers (1913) wird die „Doppelgesichtigkeit“ der Krise (Stein, 2009) als Gefahr und Chance besonders eindrücklich ausgeführt:

*Krisis.* Im Gange der Entwicklung heißt Krisis der Augenblick, in dem das Ganze einem Umschlag unterliegt, aus dem der Mensch als ein Verwandelter hervorgeht, sei es mit neuem Ursprung eines Entschlusses, sei es im Verfallensein. Die Lebensgeschichte geht nicht zeitlich ihren gleichmäßigen Gang, sondern gliedert ihre Zeit qualitativ, treibt die Entwicklung des Erlebens auf die Spitze, an der entschieden werden muß. Nur im Sträuben gegen die Entwicklung kann der Mensch den vergeblichen Versuch machen, sich auf der Spitze der Entscheidung zu halten, ohne zu entscheiden. Dann wird über ihn entschieden durch den faktischen Fortgang des Lebens. Die Krisis hat ihre Zeit. Man kann sie nicht vorwegnehmen und sie nicht überspringen. Sie muß, wie alles im Leben, reif werden. Sie braucht nicht als Katastrophe akut zu erscheinen, sondern kann in stillem Gange, äußerlich unauffällig, sich für immer entscheidend vollziehen. (S. 586)

### 1.3.3 Nicht ausreichende Problemlösefähigkeiten

Die Ausgangssituation der KlientInnen, die um psychotherapeutische Unterstützung in der PBS nachsuchen, enthält nach Kämmerer (2005) auch alle Merkmale komplexer Probleme. Diese zeichnen sich nach Funke (2003) durch Komplexität, Vernetztheit, Intransparenz, Dynamik und Polytelie aus. Die *Komplexität* eines Problems bemisst sich nach Funke (a. a. O.) und Funke und Holt (2006) an der Anzahl beteiligter Variablen. Mit steigender Variablenanzahl wächst auch die Komplexität, was auf die Ausgangssituation der KlientInnen übertragen bedeutet, dass diese im Bemühen der Komplexitätsreduktion den Überblick verloren haben, „... weil ihre Verarbeitungskapazität überschritten“ (Kämmerer, 2005, S. 55) ist. Auch deshalb, da die beteiligten Variablen *vernetzt* sind, d. h. untereinander in Beziehung stehen. *Dynamik* als drittes Kennzeichen komplexer Probleme nimmt Bezug auf den Zeitfaktor: Wie verändern sich komplexe und vernetzte Systeme (in nicht beabsichtigter Weise) durch Eingriffe oder – im besonderen Falle der Eigendynamik – ohne Zutun aus sich selbst heraus (Funke, 2003)? *Intransparenz* beschreibt die Tatsache, dass zur Bewältigung des Problems nicht alle notwendigen Informationen vorliegen, was eine weitere Informationsbeschaffung erforderlich macht. *Polytelie* als fünftes Kennzeichen komplexer Probleme nimmt Bezug auf die Notwendigkeit, mehrere Ziele gleichzeitig im Auge zu behalten, was im Falle der Unvereinbarkeit in Wertkonflikten resultiert und eine Prioritätensetzung bzw. Kompromissbildung erforderlich macht (Funke, a. a. O.; Funke & Holt, 2006). Kämmerer (2005) beschreibt „... [d]as von Klientinnen und Klienten vorgetragene Anliegen ... in der Regel [als] eines, das alle beschriebenen Merkmale [komplexer Probleme] enthält und für das gerade darum eine Lösung nicht in Sicht ist“ (S. 55). „Der Mensch, der so ganz und gar von der Krise ergriffen ist, ... weiß keine Auswege mehr,

ist in seinem Problem, in seinem Problemlösen außergewöhnlich eingeschränkt“ (Kast, 1989, S. 14).

#### 1.3.4 Beeinträchtigung der (Alltags-)Kreativität

Da „... beim Lösen komplexer Probleme ... kreative Lösungen unabdingbar [sind]“ (Funke, 2000, S. 291), die KlientInnen ihre aktuell zur Verfügung stehenden Lösungsstrategien jedoch als nicht ausreichend erleben und sich von der Konsultation der PBS Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Problematik erhoffen, kann bei PBS-KlientInnen zum Aufnahmezeitpunkt weiterhin auch von einer Beeinträchtigung der (Alltags-)Kreativität ausgegangen werden.

Holm-Hadulla (2007) plädiert dafür, Kreativität nicht nur als Eigenschaft herausragender und besonders talentierter Individuen zu begreifen, sondern „... auch die alltägliche Lebensgestaltung als kreative Aufgabe anzunehmen“ (S. 120). So erfordert bspw. eine gelungene Partnerschaft eine immer wieder aufs Neue auszulotende „... Gestaltung des aufeinander bezogenen Lebens ...“ (a. a. O.) und ein förderlicher Umgang der Eltern mit ihren Kindern ist nur durch eine „... feine, ständig sich erneuernde Einstimmung ...“ (a. a. O.) möglich. Letztlich versteht Holm-Hadulla (2007) „... jede Selbstverwirklichung [als] eine kreative Aufgabe“ (a. a. O.), die „... als Fetischisierung des Ich ...“ (a. a. O.) jedoch nicht zum reinen Selbstzweck erhoben und in einer „... rastlos verzweifelte[n] Selbstbezüglichkeit ...“ (a. a. O.) gipfeln sollte.

Auch humanistische Psychotherapitheorien betonen die enge Verbindung zwischen Kreativität und Selbstaktualisierung und verstehen unter letzterer „... die Tendenz, alle Fähigkeiten des Organismus in dem Maße auszudrücken und zu aktivieren, in dem solche Aktivierung den Organismus sich entfalten lässt oder das Selbst steigert“ (Rogers, 1976, S. 49). Der Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald W. Winnicott (1987) verweist ebenfalls auf die lebensnotwendige Bedeutung alltäglicher Kreativität für ein erfülltes Leben: „Mehr als alles andere ist es die kreative Wahrnehmung, die dem Einzelnen das Gefühl gibt, dass das Leben lebenswert ist“ (S. 78). Er versteht „... ‚Kreativität‘ als Tönung der gesamten Haltung gegenüber der Realität ...“ (a. a. O.) und sieht in einer kreativen Lebensgestaltung „... ein Zeichen von Gesundheit“ (a. a. O.). Winnicott (1987) geht von einer „primären Kreativität“ schon beim Säugling aus. Zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat beginnt das Kind, sich über die schmerzliche Erfahrung des Getrenntseins von der Mutter mit sog. „Übergangsobjekten“ (z. B. Zipfel der Bettdecke, Teddybär, Puppe) hinweg zu trösten (Winnicott, 2008). Diese Übergangsobjekte „... gehören zweifellos der Außenwelt an, bedeuten aber für das Kind zunächst die aus seinen Bedürfnissen heraus erschaffene Mutter“ (Winnicott, a. a. O., S. 65). Am Übergang zwischen psychischem Innen- und Außenraum entfaltet sich menschliche Kreativität (Rohde-Dachser, 2003). Die Mutter, die zuvor real anwesend sein musste, kann nun imaginiert werden (Winnicott, 2008, S. 65). Übergangsobjekte stehen nach Winnicott (a. a. O., S. 66) daher in enger Beziehung zur Symbolbildung bzw. sind deren Vorläufer. Sie kennzeichnen einen „intermediären Raum“ (Winnicott, a. a. O.), der für menschliche Kreativität und persönliches Erleben lebenslang von elementarer Bedeutung ist (Holm-Hadulla, 1997):

Dieser intermediäre Erfahrungsbereich, der nicht im Hinblick auf seine Zugehörigkeit zur inneren oder äußeren Realität in Frage gestellt wird, begründet den größten Teil der Erfahrungen des Kindes und bleibt das Leben lang für außergewöhnliche Erfahrungen im Bereich der Kunst, der Religion, der Imagination und der schöpferischen wissenschaftlichen Arbeit erhalten. (Winnicott, 1987, S. 25)

Wenn – wie in den bisherigen Ausführungen – Kreativität „... der höchste Ausdruck seelischer Gesundheit und des Strebens nach Selbsterkenntnis und -verwirklichung ist“ (Noy, 2008, S. 152), kann bei KlientInnen, die die PBS mit psychischen Problemen aufsuchen, von einer Beeinträchtigung der (Alltags-)Kreativität ausgegangen werden. Carson (1999) vermutet, dass es ähnliche Faktoren sind, die sowohl Kreativität als auch persönliches Wachstum hemmen und benennt diese im folgenden als Angst vor Misserfolg, Unfähigkeit, eigene Ressourcen, Möglichkeiten und Stärken (an-)zu erkennen und Aufrechterhaltung unangemessener Denk-, Wahrnehmungs- und Beziehungsgewohnheiten (Rigidität). Auch der Verzicht auf Einflussnahme, z. B. aus Angst vor Ärger oder um nicht dumm zu erscheinen, stellt nach Carson (1999) eine Blockade für Kreativität dar, genauso wie Überernsthaftigkeit bzw. Humorlosigkeit und die Unterdrückung des Spieltriebs und der Phantasien.

Man mag der bisherigen Darstellung eine gewisse Einseitigkeit vorwerfen, beschäftigt sie sich doch ausschließlich mit alltäglicher Kreativität (*everyday creativity*, Richards, 1999; *self-actualizing creativeness*, Maslow, 2000) und nicht mit außergewöhnlicher Kreativität (*eminent-level creativity*, Richards, 1999; *special talent creativeness*, Maslow, 2000). Auch die Verortung von Kreativität am Gesundheitspol vermittelt eine gewisse Einseitigkeit, blendet sie doch die seit der Antike existierende Überzeugung einer engen Verbindung zwischen Genie und Wahnsinn aus. Die Untersuchung alltäglicher Kreativität und die Fokussierung auf psychische Gesundheit als Quelle der Kreativität bzw. Resultat kreativer Bestrebungen (Richards, 1999) entspricht jedoch der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit: Bei Studierenden, die die PBS in einer psychischen Krise aufsuchen, soll untersucht werden, ob auch deren kreative Alltagsgestaltung beeinträchtigt ist und inwieweit sich kreatives Denken und die kreative Bewältigung des Alltags im Verlauf der Beratung verändern.

Auf Strategien der Untersuchung eminenter Kreativität über die Analysen von (Auto-)Biografien herausragend Kreativer (Ellis, 1926; Juda, 1949; Post, 1994) bzw. die Untersuchung noch lebender kreativer Menschen unter Verwendung standardisierter Instrumente und gültiger Diagnosekriterien (Andreasen, 1987; Jamison, 1989) sowie damit verbundene spezifische Schwierigkeiten (Marneros, 2002; Rothenberg, 2001) wird in der vorliegenden Arbeit daher nicht näher eingegangen und auf die genannten Autoren verwiesen.

#### **1.3.4.1 Genie und Wahnsinn: ein Überblick**

Die Ergebnisse der Studien, die sich auf das Eminenzkriterium für Kreativität stützen, spielen jedoch im Folgenden eine Rolle, wenn in einem zusammenfassenden Überblick der Frage zum Zusammenhang von psychischer Störung und Kreativität nachgegangen wird. Bereits seit der Antike existiert die Überzeugung, dass Genie, Melancholie und Wahnsinn eng miteinander verknüpft sind (Theophrast, Übers. 1962). Im 17. und 18. Jahrhundert waren es dann vor allem Dichter, Dramatiker und Schriftsteller, die den Zusammenhang zwischen Genie und Wahnsinn in ihren Werken beschrieben und romantisch verklärten (z. B. Dryden, 1681/2004). Sie sahen sich selbst als große Leidende und insbesondere in der Melancholie die Quelle ihrer Kreativität. Mitte des 19. Jahrhunderts wurde der Ansicht über das verrückte Genie auch von wissenschaftlicher Seite entschieden zugestimmt. Unter dem Einfluss von Darwins Evolutionstheorie und den revolutionären Unruhen dieser Zeit wurde Genie als Geistesstörung aufgefasst, die man oft einer angeborenen Neuropathologie zuschrieb. Vor allem Psychiater brachten das geistig Außergewöhnliche in Zusammenhang mit psychischer Erkrankung. Anhand von Pathographien bedeutender Persönlichkeiten aus unterschiedlichen Gebieten (u. a. Cae-

sar, Newton, Schumann, Goethe) arbeitete Lombroso (1864) in seinem Werk *Genio e follia* (dt. *Genie und Irrsinn*, 1887) die genetischen und physiologischen Ähnlichkeiten zwischen Genie und Wahnsinn heraus. Er fasste Genie als Degenerationserscheinung des Gehirns auf und fand „[z]wischen den großen ‚Gehirnen begabter Persönlichkeiten‘ und den Gehirnen von primitiven ‚Verbrechern und erblich veranlagten Geisteskranken‘ ... ‚sonderbare Übereinstimmungen‘ (Schroetter, 2007, S. 207). Lombroso (1864) verwies auf die Nähe von künstlerischer Inspiration und affektiver und schizophrener Psychose, auf die Neigung des genialen Künstlers zur Trunksucht und zum Suizid. Auch andere Psychiater stützten die Degenerationsthese und den Zusammenhang zwischen Genialität und Geistesstörung. Nach Kretschmer (1948) ist das Genie ein „... teilweise psychopathische[r] Ausnahmemensch mit seinen übersensiblen Nerven, seinen heftigen Affektreaktionen, seiner geringen Anpassungsfähigkeit, seinen Launen, Stimmungen und Verstimmungen“ (S. 9). Um dieselbe Zeit formulierte Freud (1895) seine psychoanalytischen Konzepte und Theorien. Im Gegensatz zu den genannten Psychiatern beschäftigte sich Freud weniger mit der Phänomenologie sondern mit den unbewussten Hintergründen der Kreativität. Er war der Ansicht, dass frühe Kindheitserfahrungen mehr als die genetische Ausstattung zur Entwicklung des verrückten Genies beitrugen. In literarischen und Kunstwerken, aber auch in besonderen wissenschaftlichen Leistungen, sah er starke, insbesondere auch sexuelle Triebbedürfnisse in einer höheren und gesellschaftlich akzeptierten Form ersatzweise befriedigt (*Sublimierung*). Freud (1910) analysierte auch literarische Werke und die Lebensgeschichten herausragend kreativer Menschen (z. B. Leonardo da Vinci) und suchte in den großen Werken der Literatur und Kunst Erkenntnisquellen für universelle psychologische Wahrheiten. Letztlich meinte er jedoch, mit seiner psychoanalytischen Methodik den Ursprung der Kreativität, die künstlerische Begabung als solche, nicht erkennen zu können: „Gerne würden wir angeben wollen, in welcher Weise sich die künstlerische Betätigung auf die seelischen Urtriebe zurückführt, wenn nicht gerade hier unsere Mittel versagen würden“ (Freud, 1910, S. 154).

Eine besonders gefährdete Gruppe Kreativer scheinen Schriftsteller zu sein. In einer Studie von Post (1994) zeigten sich bei Schriftstellern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Prävalenzraten für schwere Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Suizide; herausragende Wissenschaftler waren demgegenüber psychopathologisch vergleichsweise unauffällig. Auch Andreasen (1987) fand bei Schriftstellern im Vergleich zu einer hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildungsstand gematchten Kontrollgruppe signifikant höhere Lebenszeitprävalenzen für affektive Störungen (insbesondere Bipolar-II-Störungen) und Alkoholismus. Im Bereich Kreativität und bipolare affektive Störungen gibt es in den letzten Jahren ein erhöhtes Forschungsinteresse und auch die eindeutigsten Befunde für einen positiven Zusammenhang zwischen abgeschwächten milden Formen des bipolaren Spektrums und herausragend kreativen Leistungen (Akiskal & Akiskal, 2007; Santosa et al., 2007).

Gegen eine enge Verbindung zwischen Genie und Wahnsinn sprechen hingegen die Daten von Terman (1925), die nahelegten, dass Hochbegabte körperlich und psychisch überdurchschnittlich gesund sind (Cravens, 1992). In einem Vergleich der im Verlauf der Längsschnittstudie später erfolgreichsten und der am wenigsten erfolgreichen Probanden seiner zu Beginn seiner *Genetic Studies of Genius* 857 Jungen und 671 Mädchen umfassenden Ausgangsstichprobe Hochbegabter (durchschnittlicher IQ von 151) fand Terman (1925), dass erfolgreiche im Vergleich zu weniger erfolgreichen Hochbegabten ein höheres Selbstvertrauen aufwiesen, um-

gänglicher und geselliger waren, über eine größere Ausdauer verfügten und ein Mehr an gesundem Menschenverstand besaßen; ihre Stimmung war ausgeglichener und weniger impulsiv, gleichzeitig waren erfolgreiche im Vergleich zu weniger erfolgreichen Hochbegabten auch weniger anpassungsbereit (Eysenck, 2004). Cox (1926), eine Doktorandin von Terman, untersuchte im Rahmen einer historiometrischen Analyse biographische Daten von 301 Genies, die zwischen 1450 und 1850 gelebt hatten. Die meisten von ihnen verfügten über eine hohe Intelligenz und große Charakterstärke (Simonton & Song, 2009), sie waren in der Verfolgung ihrer selbstgesteckten Ziele überaus hartnäckig und ließen sich von Kritik nicht von ihrem Weg abbringen (Eysenck, 2004). Die Untersuchungen von Terman (1925) und Cox (1926) unterstreichen neben der Bedeutung eines hohen IQs für Genialität die Ausprägung bestimmter förderlicher Persönlichkeitsmerkmale für herausragend kreative Leistungen und insbesondere die Bereitschaft zu hartnäckiger und ausdauernder Arbeit.

Auch die biographische Studie von Juda (1949) spricht gegen eine Verbindung von Genie und Wahnsinn. Juda (a. a. O.) untersuchte 294 anerkannte Genies (113 Künstler und 181 Wissenschaftler und Staatsmänner) aus deutschsprachigen Ländern ab 1650. Sie wertete umfangreiche biographische und autobiographische Daten aus und sammelte Krankenakten von den Probanden und ihren Angehörigen. Sie kam zu dem Ergebnis: „There is no definite relationship between highest mental capacity and psychic health or illness, and no evidence to support the assumption that the genesis of highest intellectual ability depends on psychic abnormalities“ (Juda, 1949; zitiert nach Rothenberg, 2001, S. 134).

Die Debatte um den Zusammenhang von psychischen Störungen und Kreativität wird bis heute kontrovers geführt (z. B. Rothenberg, 2001). Der Psychoanalytiker Noy (2008) sieht einen Teil der gegensätzlichen Auffassungen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Kreativität und Psychopathologie in der Fokussierung auf unterschiedliche Ebenen bei der Betrachtung des Phänomens Kreativität begründet:

Während der Psychoanalytiker – vornehmlich an den latenten Motiven der Kreativität und dem Entwicklungshintergrund der kreativen Persönlichkeit interessiert – von der zutage tretenden tiefreichenden Psychopathologie beeindruckt ist, ist der konventionelle Psychologe – der sich auf die kreativen Prozesse als solche konzentriert – auf Grund der Flexibilität, Mühelosigkeit, Unabhängigkeit und Produktivität der Gedankengänge des kreativen Geistes davon überzeugt, dass sich in der Kreativität Ich-Stärke und Integrität ausdrücken. (S. 152)

In Übereinstimmung mit humanistischen (Maslow, 2000; Rogers, 1976), existentiellen (May, 1987) und z. T. auch psychoanalytischen Theorien (Winnicott, 1987) wird in der vorliegenden Studie davon ausgegangen, dass Kreativität „... nicht [das] Ergebnis von Krankheit, sondern [die] Manifestation des höchsten Grades an emotionaler Gesundheit und ... Ausdruck der ... Selbstverwirklichung“ (May, 1987, S. 38) und des Lebendigseins (Rohde-Dachser, 2003) ist. Es wird die Auffassung Rothenbergs (1993, 2001) geteilt, dass kreative Denkprozesse immer adaptiv, bewusst und gesund sind. Auch beim psychisch erkrankten Künstler beruht kreatives Erschaffen auf gesunden mentalen Prozessen in Zeiten geringerer Symptombelastung und größerer Angstfreiheit (Rothenberg, 2001). „The [bipolar] disorder itself, like any mental illness, brings suffering rather than accomplishment“ (Rothenberg, a. a. O., S. 143). Rothenberg (1990) sieht zwischen kreativen und pathologischen Denkprozessen nur eine oberflächliche Ähnlich-

keit, in ihrer Anmutung als unglaublich, bizarr, phantastisch und jenseits des Normalen. Während das kreative Denken aktiv, vorsätzlich, durchgängig an der Realität orientiert und mit einem klaren Zielbezug (z. B. Roman schreiben) erfolgt, ist pathologisches und insbesondere psychotisches Denken irrational: Ungewöhnliches und bizarres Denken wird für wahr gehalten und bestimmt das Verhalten (Rothenberg, 1993). Zwangsgedanken, Wahnvorstellungen, Panikattacken, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen zeigen zwar – wie kreatives Denken auch – eine Abweichung vom Normalen, jedoch auf eine stereotype, häufig auch banale und für den kreativen Prozess wenig hilfreiche und Erfolg versprechende Art und Weise (Rothenberg, 2006). Kreative Denkprozesse erfordern eine relative Angstfreiheit, die es erlaubt, Risiken auf sich zu nehmen, um Fortschritte zu erzielen (Rothenberg, 1993), wohingegen pathologisches Denken aus der Unfähigkeit entsteht, extreme Angst zu ertragen und der Sicherung und dem Schutz dient. Sowohl für herausragende als auch für alltägliche Kreativität schlussfolgert Rothenberg (2006) daher: „Creativity of all types is a premier form of psychological adaptation, the effect of a healthy muse, because it involves the ability to change and improve all features of the environment“ (S. 59). Er plädiert dafür, den Mythen zum Zusammenhang zwischen Kreativität und psychischer Störung endlich ein Ende zu machen und psychisch erkrankte (hoch-)kreative Künstler oder Wissenschaftler adäquat psychiatrisch-psychotherapeutisch zu behandeln (Rothenberg, 2001). Am Beispiel der von 1938 bis 1940 dauernden psychotherapeutischen Behandlung des an einer bipolaren affektiven Störung erkrankten Jackson Pollock (1912–1956) durch den Psychiater und Jungschen Psychoanalytiker Dr. Henderson, zeichnet Rothenberg (2001) nach, wie es im Behandlungsverlauf zu einem künstlerischen Durchbruch kam, der die Bewegung des Abstrakten Expressionismus begründete. Rothenberg (2001) ist der Überzeugung, dass Psychotherapie sowohl hochkreativen als auch weniger kreativen Menschen hilft, die mit kreativer Arbeit verbundenen Konflikte und Ängste aufzulösen. Auch wirkt sich seiner Ansicht nach eine psychotherapeutische Behandlung förderlich auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer „kreativen Identität“ aus, auf das Vertrauen auf und den Glauben an die eigenen kreativen Fähigkeiten, die nach Rothenberg (a. a. O.) den wesentlichsten Faktor für Kreativität darstellen.

Herausragend kreative Leistungen werden häufig in Zusammenhang mit einer Psychoseneigung (*psychosis proneness*; Carson, Peterson & Higgins, 2003) bzw. Psychotizismus (Eysenck, 2004) und mit bipolaren affektiven Störungen (Santosa et al., 2007) gebracht; wobei es „milde“ Formen der Schizophrenie (Eysenck, 2004) bzw. „Verdünnungen“ bipolarer affektiver Störungen in Form einer Zykllothymia (Brieger & Marneros, 1997) bzw. eines zyklothymen und hyperthymen Temperaments (Akiskal & Akiskal, 2007) sind, die als förderlich für Kreativität erachtet werden. Nun sind KlientInnen mit bipolaren affektiven oder schizophrenen Störungen in der Psychotherapeutischen Beratungsstelle äußerst selten, da es sich allgemein um vergleichsweise seltene psychische Störungen handelt<sup>6</sup>, die in erster Linie psychiatrisch behandelt werden, sodass Studierende, die die PBS mit bipolaren affektiven bzw. schizophrenen Störungen aufsuchen, an niedergelassene PsychiaterInnen bzw. die Ambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik weitervermittelt werden.

---

<sup>6</sup> Bipolare Störungen: „Es wird von einer Lebenszeitprävalenz von bis zu 3 % ausgegangen, für das gesamte bipolare Spektrum rechnet man mit einer Häufigkeit von 3 % bis 7 %“ (Normann, 2006, S. 35). Schizophrenie: Die Lebenszeitprävalenz für schizophrene Störungen wird von Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John (2000) je nach Erhebungsgebiet mit zwischen 0,4 % (Niederlande) und 1,59 % (USA) angegeben.

Demgegenüber sind Symptome depressiver und Angststörungen bei KlientInnen der PBS besonders verbreitet (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001). Aus der Theorie wird nachfolgend abgeleitet, dass die spezifischen Charakteristika depressiver und Angststörungen aus klinischer und kognitionspsychologischer Sicht die Ausschöpfung des kreativen Potentials blockieren und mit Kreativität unvereinbar bzw. wenig kreativitätsförderlich sind.

#### **1.3.4.2 Depression und Kreativität**

Immer wieder wird Kreativität mit Depression in Verbindung gebracht. Phasen von Verunsicherung, (Selbst-)Zweifeln und Depression müssen beim künstlerischen Schaffen scheinbar durchlaufen werden und wurden insbesondere von den Dichtern und Schriftstellern des Mittelalters als unabdingbare Voraussetzung für den kreativen Prozess angesehen. Doch ist dichterische Melancholie wirklich gleichzusetzen mit depressiver Pathologie? Sicherlich sind die Übergänge mitunter fließend, doch drückt sich gerade in der Fähigkeit, eigene Schwermut und eigenes Leiden durch Sprache zu gestalten, eine Bewältigungsmöglichkeit aus, die den Dichter davor bewahrt, in eine wirkliche Depression abzugleiten. In seiner Psychobiographie *Leidenschaft: Goethes Weg zur Kreativität* hat Holm-Hadulla (2009) Goethes außerordentliche Fähigkeit, über die Auseinandersetzung mit (vergangenen) schmerzhaften Erfahrungen und deren kreativer Verarbeitung und Überwindung durch schöpferisches Tätig-Sein ein kohärentes (Antonovsky, 1987) und wirksames Selbst (Bandura, 1977) aufrechtzuerhalten, detailliert beschrieben (s. a. Holm-Hadulla, Roussel & Hofmann, 2010). Dass schwere klinische Depressionen mit Kreativität und Produktivität unvereinbar sind, ergibt sich schon aus den sie definierenden Symptomen, die ein vermindertes Interesse an allen Aktivitäten, den Verlust von Energie, die Unfähigkeit sich zu entscheiden, den Mangel an Konzentrationsfähigkeit und eine starke Verminderung des Selbstwertgefühls umfassen. Die aus klinischer Perspektive zweifelhafte Nähe von klinisch manifester Symptomatik und Kreativität erhält aus kognitionspsychologischer Sicht Unterstützung. Verhaeghen, Joormann und Khan (2005) konnten zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Depression und kreativem Verhalten nicht durch eine vorliegende akute depressive und durch Anhedonie und negative Stimmung gekennzeichnete Symptomatik zustande kommt, sondern sich über eine dritte, beiden zugrundeliegende Variable ergibt, die selbstreflexive Ruminatio. Die Tendenz, sich selbst, die inneren Gefühle und Erinnerungen immer wieder zum Gegenstand des Nachgrübelns zu nehmen, erhöht nach Verhaeghen et al. (2005) unabhängig voneinander zum einen das Risiko für eine Depression, kann aber andererseits das Interesse an und die Fähigkeit für kreatives Verhalten fördern.

Einem ruminativen Denkstil kommt in der *Response-Styles-Theory* (RST) von Nolen-Hoeksema (1991) eine wichtige Rolle in der Depressionsentstehung und -aufrechterhaltung zu. Das Nachgrübeln über Ursachen, Bedeutung und Konsequenzen depressiver Symptome erhält die depressive Stimmung aufrecht; diese führt wiederum zu erhöhter selbstreflexiver Ruminatio. Nach Lyubomirsky und Tkach (2004) wirkt sich Ruminatio negativ auf die Konzentration und die Fähigkeit zum Problemlösen aus, Handlungsimpulse werden verringert, Prokrastinationstendenzen gefördert. Das Denken und Urteilen ist negativen Verzerrungen unterworfen, das Stresserleben gesteigert, persönliche Beziehungen sind beeinträchtigt.

Ruminatio und Introspektion können nach Verhaeghen et al. (2005) aber auch förderlich für kreatives Verhalten sein. Menschen, die dazu neigen, sich und ihrem Leben auf den Grund zu gehen, sind aktiver auf der Suche nach einem „kreativen Ventil“, um ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen und sich der Umwelt mitzuteilen. Wenn sie in einer kreativen Aktivität ein sol-



ches Ventil gefunden haben, werden sie sich dieser Tätigkeit mit größerer Ernsthaftigkeit widmen und mehr Zeit darauf verwenden. Dieses Mehr an Produktivität erhöht die Wahrscheinlichkeit für wirklich neue, nützliche kreative Ideen, Einsichten, Problemlösungen oder Produkte. Rumination und Introspektion erweisen sich jedoch nur dann als kreativitätsförderlich, wenn der negative Affekt nicht zu stark ausgeprägt ist. Von Robert Schumann ist bspw. bekannt, dass er einen Großteil seiner Werke in einem Zustand der Hypomanie komponierte und während Episoden schwerer Depression verstummte (Slater & Meyer, 1959). Shapiro und Weisberg (1999) fanden in ihrer Studie über Kreativität und Prädisposition für bipolare Erkrankungen keinen Hinweis darauf, dass eine aktuelle depressive Symptomatik in Zusammenhang mit Kreativität steht. Und dass die Einnahme von Phasenprophylaktika wie Lithium und Carbamazepin die Produktivität eher verbessert als vermindert (Jamison, 1989), legt ebenfalls nahe, dass die depressive Episode selbst in der Tat einschränkend und nicht kreativitätsförderlich ist. Von positiven Auswirkungen selbstreflexiver Rumination und Introspektion auf kreatives Verhalten ist bei PBS-KlientInnen mit einer depressiven Symptomatik daher aufgrund der zu starken Ausprägung des depressiven Affekts nicht auszugehen.

#### **1.3.4.3 Angst und Kreativität**

Die Forschungslage zu Angst und Kreativität ist spärlich, es existieren nur wenige experimentelle Studien (z. B. Carlsson, 2002), was daran liegen mag, dass Angst als wenig kreativitätsförderlich erachtet wird. Angst schränkt unser Fühlen und Denken ein: „Unser Geist scheint im Affekt versunken, auf Tauchstation und somit auch das, was wir Kreativität nennen“ (Fischer, 2008, S. 35). Über das Konzept des übermäßigen Sich-Sorgens (*worry*; Wells, 1999) ergibt sich jedoch eine Verbindung zwischen Angst und kreativem Problemlösen. *Worry*, das Sich-Sorgen(-Machen) wurde 1994 als primäres Diagnosekriterium für eine generalisierte Angststörung in den Kriterienkatalog des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) aufgenommen. Darüber hinaus kommt *Worry* als kognitiver Erlebenskomponente der Angst in der Zwei-Komponenten-Theorie der Prüfungsangst von Liebert und Morris (1967) eine zentrale Rolle zu. Anhand der Darstellung der Ergebnisse von Kelly (2005) soll im Folgenden der Zusammenhang zwischen kreativer Persönlichkeit und *Worry* näher ausgeführt werden. Leute, die sich sorgen, weisen nach Kelly (a. a. O.) im Vergleich zu sich nicht oder weniger sorgenden Personen ein höheres Maß an Verunsicherung, Depression und selbstbehinderndem Verhalten auf. Sie neigen zu Perfektionismus, sind anfällig für Stress und Schlafstörungen, verspüren häufiger ein körperliches Unbehagen und nehmen Situationen als risikoreicher wahr. Sie äußern weniger angenehme Gefühle, berichten weniger positive Erfahrungen und sind mit ihrem Leben weniger zufrieden; sie haben ein schlechteres Zeitmanagement und weniger Sinn für Humor (Kelly, a. a. O.).

Von besonderem Interesse für die aktuelle Untersuchung ist die Tatsache, dass Personen, die sich in hohem Maße sorgen, ein geringeres Zutrauen haben, Probleme lösen zu können und weniger häufig problemorientiertes Coping (Lazarus, 1991) anwenden. Eine gering ausgeprägte Problemlösezuversicht und weniger aktiv-problemorientierte Bewältigungsstrategien stehen in Zusammenhang mit psychischen Störungen (D’Zurilla & Chang, 1995) wohingegen sich rationale, bewusste und zielgerichtete Bewältigungsstrategien als förderlich für psychische Gesundheit erweisen (Heppner, Cook, Wright & Johnson, 1995).

*Worry* spielt in der Zwei-Komponenten-Theorie der Prüfungsangst von Liebert und Morris (1967) eine wichtige Rolle. Die Selbstzweifelkomponente (*worry*) hat einen stark negativen

Einfluss auf das Leistungsverhalten (Deffenbacher, 1980), wohingegen der affektiven und physiologischen Aufgeregtheits-Komponente (*emotionality*) für das prüfungsbezogene Angsterleben und das Leistungsvermögen eine geringere Bedeutung zukommt (Deffenbacher, Deitz & Hazaleus, 1981). Die Worry-Komponente wirkt sich jedoch nicht nur in der Prüfung selbst leistungshemmend aus, bereits beim Lernen führen übermäßige Selbstzweifel aufgrund der Ablenkung durch aufgabenirrelevante Kognitionen bzgl. der eigenen mangelnden Kompetenz und den möglichen Folgen eines Misserfolges zu einer geringeren Verarbeitungstiefe (Preiser, 2003, S. 222). Preiser (a. a. O.) sieht den negativen Einfluss der kognitiven Komponente der Prüfungsangst auf intellektuelle Leistungen insbesondere bei schwierigen und komplexen Aufgaben gegeben, da die Gedanken über den drohenden Misserfolg und die damit verbundenen negativen Konsequenzen Aufmerksamkeit von der Aufgabenbearbeitung „abzieht“ (Wine, 1971); einfache Routineaufgaben können jedoch weiterhin bewältigt werden.

Auf den Beurteilungsdimensionen Aktivierungslevel und hedonische Tönung lässt sich (Prüfungs-)Angst als aktivierend-negative Stimmung einordnen (De Dreu, Baas & Nijstad, 2008). Im Vergleich zu desaktivierend-negativen Stimmungen wie Langeweile oder Depression, die sich ungünstig auf Lernen und Leistung auswirken, geht Angst bis zu einem bestimmten, für jede Person individuellen, optimalen Erregungsniveau zunächst mit einer besseren (Lern-)Leistung einher (Broadbent, 1972; Yerkes-Dodson, 1908), wobei sich die aktivierende Funktion eines geringen bis mittleren Angstniveaus besonders bei einfach strukturierten Aufgaben auswirkt. Oberhalb dieses Optimums wird die Leistung hingegen reduziert, weil aufgabenirrelevante Kognitionen für die Aufgabenbearbeitung benötigte kognitive Ressourcen blockieren. Ein hohes Angstniveau wirkt sich daher besonders bei komplexen und schwierigen Aufgabenstellungen leistungsmindernd aus.

Die Wirkungen von Prüfungsangst auf Lernprozesse, Prüfungsleistungen, Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit lassen sich mit Pekrun und Götz (2006) folgendermaßen zusammenfassen: „Für den Durchschnitt der Lerner ist bei kognitiv anspruchsvolleren Aufgaben von negativen Wirkungen [der Prüfungsangst] auszugehen“ (S. 252). Die KlientInnen, die die psychotherapeutische Beratungsstelle mit (Prüfungs-)Angst aufsuchen, kommen in der Regel dann in die Beratung, wenn sie sich selbst nicht mehr eigenständig aus der für sie als (lebens-)bedrohlich bewerteten Situation befreien können. Zur aktuellen Prüfungsangst (Zustandsangst) kommen häufig noch neurotische Ängste, die der Lern- und Lebensgeschichte des Klienten entstammen und die aktuelle Prüfungsangst aggravieren, hinzu. Es ist also nicht zu erwarten, dass sich ein erhöhtes Angstniveau und ein damit einhergehendes Sich-Sorgen(-Machen) im Rahmen einer Prüfungsangst oder einer anderen Angststörung förderlich auf die Kreativität der Studierenden auswirken werden. Oder, um es mit Fischer (2008) auszudrücken: „Wer von uns kennt nicht die Erfahrung, sei es von sich selbst oder von seinen Klienten, dass Angst Gift für Kreativität ist?“ (S. 35).

### **1.3.5 Zusammenfassung der Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen**

Aus der bisherigen Zusammenstellung lassen sich folgende Überlegungen zur Ausgangssituation Studierender, die die PBS aufsuchen, festhalten: Studierende, die psychotherapeutische Angebote universitärer Beratungsstellen in Anspruch nehmen (klientele Studierende), sind im Vergleich zu Studierenden, die keine psychotherapeutischen Beratungsstellen für Studierende konsultieren (nicht-klientele Studierende) hinsichtlich ihrer psychischen (GSI, SCL-90-R; Todd et al., 1997) und psychosozialen (PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore; Dorn, 1999; Holm-

Hadulla & Soeder, 1997) Gesamtbeeinträchtigung signifikant stärker belastet. Im Vergleich zu nicht-klientelen Studierenden zeigten sich in vorangehenden Untersuchungen der PBS Heidelberg bei PBS-KlientInnen signifikant häufiger klinisch relevante Problemausprägungen in den Bereichen Depressivität, Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, (Prüfungs-)Ängste, interpersonelle Schwierigkeiten und psychosomatische Beschwerden (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001). Mit Ausnahme eines signifikanten Anstiegs von Prüfungsängsten sind die Häufigkeiten psychischer Beschwerden bei PBS-KlientInnen in den letzten 10-15 Jahren konstant geblieben (Holm-Hadulla et al., 2009b).

KlientInnen der PBS befinden sich – wie alle Personen, die um psychotherapeutische Behandlungsangebote nachsuchen – in einem Zustand der Demoralisierung, der nach Frank (1997) durch ein Gefühl der Ohnmacht, des Versagens, der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und der Isolierung gekennzeichnet ist, verbunden mit einer Einengung des Lebensraumes, einem Festhalten am Gewohnten und Vermeiden alles Neuen. Studierende, die die PBS aufsuchen, sind in ihrer Lebens- und Studienzufriedenheit beeinträchtigt, sie sind gefangen in einer psychosozialen Krise (Stein, 2009), einem Ungleichgewicht zwischen Belastungen und Bewältigungsstrategien, das als bedrohlich erlebt wird und mit den o. g. Gefühlen der Demoralisierung und einer Vielzahl von Symptomen, insbesondere depressiven und Angstsymptomen (Fischer, 2008; Kast, 1989), verbunden ist.

Die Ausgangssituation Studierender, die um psychotherapeutische Unterstützung in der PBS nachsuchen, enthält auch alle Merkmale komplexer Probleme (Funke, 2003; Funke & Holt, 2006; Kämmerer, 2005). Die Komplexität ergibt sich aus einer hohen Anzahl an beteiligten Variablen (*Komplexität*), die untereinander *vernetzt* sind und sich (auch ohne Zutun) über die Zeit verändern (*Dynamik*). Zur Bewältigung des Problems liegen nicht alle notwendigen Informationen vor (*Intransparenz*) und die Erfordernis, mehrere (miteinander unvereinbare) Ziele gleichzeitig im Auge zu behalten (*Polytelie*), kann zu Wertkonflikten führen und bedarf einer Prioritätensetzung bzw. Kompromissbildung (Funke, 2003; Funke & Holt, 2006). Diese komplexen Problemsituationen „... mit den erlernten ‚alten‘ Erfahrungskategorien und den gewohnten Problemlösestrategien zu fassen und zu lösen ...“ (Kast, 1989, S. 12), gelingt den in die Krise Geratenen nicht mehr. Sie haben den Überblick verloren, finden keinen Ausweg mehr, „... [d]as ganze Leben hat sich auf den Gegenstand der Krise eingengt ...“ (a. a. O., S. 14).

In Abkehr vom Mythos von Genie und Wahnsinn (Rothenberg, 2001) und übereinstimmend mit humanistischen (Maslow, 2000; Rogers, 1976), existentiellen (May, 1987) und z. T. auch psychoanalytischen Theorien (Winnicott, 1987), wird Kreativität in der vorliegenden Arbeit als Ausdruck höchster psychischer Gesundheit verstanden. Bei Studierenden, die die PBS in psychischen Krisen konsultieren, wird daher von einer Beeinträchtigung der Kreativität ausgegangen. Kreativität wird dabei nicht als herausragenden und besonders talentierten Individuen vorbehaltene Eigenschaft (*eminent-level creativity*, Richards, 1999; *special talent creativeness*, Maslow, 2000) aufgefasst, sondern als existentielle „... Grundbestimmung des Mensch-Seins“ (Holm-Hadulla, 2000a, S. 367), als alltägliche Aufgabe, das Leben zu gestalten, ihm „... Sinn und Struktur zu verleihen“ (a. a. O., S. 376). Die so verstandene alltägliche Kreativität (*everyday creativity*, Richards, 1999; *self-actualizing creativeness*, Maslow, 2000) ist vom Säuglingsalter an von elementarer Bedeutung für die persönliche Entwicklung, die psychische Gesundheit und das Gefühl des Lebendigseins (Holm-Hadulla, 1997; Rohde-Dachser, 2003; Winnicott, 1987). Sie steht in engem Zusammenhang mit der Tendenz zur Selbstaktualisierung, dem „...“

Bestreben des Menschen, ... seine Möglichkeiten zu werden“ (Rogers, 1976, S. 340). Anhand der bei KlientInnen der PBS besonders verbreiteten depressiven und Angststörungen (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001) wurde aus der Literatur die Unvereinbarkeit von Kreativität mit diesen Störungen herausgearbeitet. Die von Verhaeghen et al. (2005) an einer gesunden Stichprobe Studierender nachgewiesenen positiven Auswirkungen selbstreflexiver Rumination und Introspektion auf kreative Leistungen sind bei PBS-KlientInnen aufgrund der zu starken Ausprägung des depressiven Affekts nicht zu erwarten. Auch bei KlientInnen, die die psychotherapeutische Beratungsstelle mit (Prüfungs-)Angst aufsuchen, ist nicht davon auszugehen, dass sich ein erhöhtes Angstniveau und damit einhergehendes Sich-Sorgen-(Machen) förderlich auf Kreativität auswirken (Pekrun & Götz, 2006). Es wird die Überzeugung Rothenbergs (1993, 2001, 2006) geteilt, dass kreative Denkprozesse immer adaptiv, bewusst und gesund sind und eine relative Angstfreiheit erfordern.

#### **1.4 Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden**

Während sich psychotherapeutische Beratungsangebote für Studierende in der Praxis sehr bewährt haben, stehen empirische Wirksamkeitsnachweise – wie im gesamten Feld der Beratungspsychologie – noch weitestgehend aus:

Die Wirksamkeitsforschung innerhalb der Beratungspsychologie steht sicherlich noch sehr am Anfang ... – das gilt vor allem in der klinischen Forschung ... In wohl keinem Bereich zeigt sich hier die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis stärker. Viele Angebote haben sich in der Praxis bewährt, können aber keine wissenschaftlichen Daten aufweisen, die dies untermauern. (Warschburger, 2009, S. 55)

Auch international wird der Mangel an spezifischen Studien zur Effektivität psychotherapeutischer Beratungsangebote für Studierende beklagt (Minami et al., 2009; Snell et al., 2001), insbesondere im Vergleich zur Psychotherapieforschung, aus der die Ergebnisse jedoch nicht ohne Weiteres auf den Beratungsbereich übertragen werden können.

However, the available research documenting the effectiveness of counseling in UCCs is sparse in comparison with the burgeoning research on psychotherapy outcome ... Unfortunately, the generalizability of findings from the broader field of psychotherapy outcome research to services provided by UCCs is uncertain. (Snell et al., 2001, S. 463)

Nach dem Versuch einer Abgrenzung zwischen Beratung und Psychotherapie (Kapitel 1.4.1), wird in Kapitel 1.4.2 der Forschungsstand zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden zusammengefasst. In Kapitel 1.4.3 werden Ergebnisse der Dosis-Wirkungsforschung berichtet, die die Frage nach der für einen hinreichenden Behandlungserfolg notwendigen Behandlungsdauer zu beantworten sucht.

##### **1.4.1 Unterschiede zwischen Beratung und Psychotherapie**

Eine Abgrenzung zwischen Beratung und Psychotherapie ist aufgrund der vielfältigen Überschneidungen hinsichtlich Diagnostik, Intervention und Evaluation (Warschburger, 2009) schwierig. Durch das Psychotherapeutengesetz (1998, Bundesanzeiger Verlag) ist diese auf rechtlicher und konzeptueller Ebene formal gewährleistet (Rüger & Reimer, 2006): Psychotherapie als Heilkunde befasst sich mit krankheitswertigen Störungen, die Behandlung im Umfang von mindestens 25 Sitzungen wird von approbierten PsychotherapeutInnen - im Grund-

beruf MedizinerInnen, PsychologInnen, (Sozial-)PädagogInnen - durchgeführt und von den Krankenkassen finanziert (Nußbeck, 2006). Als kurzfristigem, in der Regel 5-10 Sitzungen umfassenden (Warschburger, 2009), entwicklungs- und ressourcenorientiertem Behandlungsangebot, kommt psychotherapeutischer Beratung hingegen vielmehr eine präventive Bedeutung zu. Sie ist in der Regel kostenfrei, wird von öffentlichen und kirchlichen Institutionen getragen und die BeraterInnen entstammen zusätzlich zu den o. g. „... allen Berufsgruppen, die sich mit psychosozialen Problemlagen von Menschen befassen“ (Warschburger, a. a. O., S. 27), z. B. der Sozialarbeit, Seelsorge etc. In der eigentlichen Behandlungspraxis ist die Unterscheidung zwischen Beratung und Psychotherapie jedoch weit weniger eindeutig: KlientInnen in Beratungsstellen leiden häufig unter krankheitswertigen Störungen (Borg-Laufs, 2003) und in Psychotherapien werden „beratende Elemente“ (Rüger & Reimer, 2006, S. 20) verwandt. „Je nach Kontext kann Beratung also als ein Bestandteil der Psychotherapie betrachtet werden oder aber auch umgekehrt Psychotherapie als ein Bestandteil der psychosozialen Beratungstätigkeit“ (Mattejat & Pauschardt, 2009, S. 172 f.). Borg-Laufs (2003) schlussfolgert daher, „... dass eine strikte Dichotomisierung und Trennung dieser Bereiche nicht möglich ist, sondern dass es sich nur um Fragen von Schwerpunktsetzung und Akzentuierung handeln kann“ (S. 177).

Aufgrund der Kurzfristigkeit des Angebotes kann der Eindruck entstehen, dass Beratung im Vergleich zur Psychotherapie geringere Qualifikationen erfordert, da man in kurzer Zeit auch „nicht so viel falsch machen“ kann. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens und der Dringlichkeit der Anliegen der Ratsuchenden, wird von den BeraterInnen insbesondere bei akuten psychischen Krisen ein deutlich flexibleres und aktiveres Vorgehen als in der Psychotherapie gefordert. Aus diesem Grund wird nachfolgend auch die Ansicht von Borg-Laufs (2003) geteilt, dass Beratung mehr als Psychotherapie ist: „... [I]n Beratungsstellen [kann] mehr und anderes geleistet werden ... als im Rahmen von Psychotherapie in ambulanter Kassenpraxis“ (S. 176). Er ist der Ansicht, „... dass Psychotherapie in Beratungsstellen das verwirklicht, was in aktuellen Publikationen ohnehin als zeitgemäße Psychotherapie beschrieben wird“ (Borg-Laufs, a. a. O., S. 174) und führt weiter aus: „... [Z]ur Psychotherapie in Beratungsstellen [gehören] zusätzliche, begleitende Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie ein breiteres Spektrum einzelfallangepasster psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten ..., die im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht bezahlt werden ...“ (a. a. O., S. 177). Dies hat nach Borg-Laufs (a. a. O.) nicht nur behandlungs-, sondern auch forschungspraktische Implikationen: „Möglichkeiten ... der Weiterentwicklung von Psychotherapie lassen sich gerade in diesem Praxisfeld versorgungsnah entwickeln“.

„Versuche, Psychotherapiekonzepte auf Beratungsmodelle zuzuschneiden, finden sich in der Literatur nur spärlich“ (Boeger, 2009, S. 18). Im Projekt *Beratung und Kreativität*, dem die vorliegende Dissertation entstammt, wurde daher in Orientierung an theoretisch begründete und empirisch evaluierte psychotherapeutische Konzepte ein integratives Beratungskonzept entwickelt (Kapitel 1.5), wobei insbesondere ausgearbeitet wurde, wie die aus den klassischen Psychotherapieschulen entlehnten Techniken so modifiziert werden können, dass sie sich für den Einsatz in der psychotherapeutischen Beratung Studierender eignen.

#### **1.4.2 Zusammenfassung des Forschungsstandes zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden**

Trotz der Vielfalt an Themen, die in den vergangenen Jahren an University Counseling Centers untersucht wurden, wie Beratungsprozesse (z. B. Kahn, Achter, & Shambaugh, 2001), Dosis-Wirkungsbeziehungen (z. B. Anderson & Lambert, 2001), Feedback (z. B. Lambert et al., 2001) oder Therapeuteneffekte (z. B. Okiishi et al., 2006), sind Studien, die die Gesamteffektivität der Behandlungen im Feld der psychotherapeutischen Beratung von Studierenden zum Ziel hatten, äußerst selten. Minami et al. (2009) benennen in einer einleitenden Übersicht zu ihrer Studie die Untersuchungen von Wilson, Mason und Ewing (1997), Vonk und Thyer (1999) und Snell et al. (2001) als spezifische Outcomestudien. Diese Studien sowie die Untersuchung von Minami et al. (2009) selbst sollen nachfolgend genauer vorgestellt werden (Kapitel 1.4.2.1 bis 1.4.2.4). Ebenso wie die 2010 erschienene Outcomestudie von Choi, Buskey und Johnson (Kapitel 1.4.2.5). Ergänzend werden Angaben zur Behandlungseffektivität von Beratungsangeboten für Studierende aus Studien mit anderen Untersuchungsschwerpunkten berichtet (Kapitel 1.4.2.6).

##### **1.4.2.1 Wilson et al. (1997)**

Wilson et al. (1997) untersuchten, ob die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung einen Einfluss auf den Verbleib an der Universität bzw. einen erfolgreichen Studienabschluss hat. Hintergrund ist die Überlegung, dass das erfolgreiche Absolvieren eines Studiums von den Studierenden eine erhebliche Anpassungsleistung an eine neue und oftmals verunsichernde Umgebung erfordert und ein Sich-Einfinden in komplexe soziale Systeme und Beziehungen notwendig macht. Wilson et al. (1997) gehen davon aus, dass es dieselben Faktoren sind, die Studierende einerseits Gefahr laufen lassen, ihr Studium abzubrechen und die sie andererseits psychotherapeutische Beratung aufsuchen lassen. Als Risikofaktoren für einen Studienabbruch bzw. als Anlässe für eine Konsultation der psychotherapeutischen Beratungsstelle benennen sie insbesondere soziale Isolation und mangelnde Selbstakzeptanz. Zur Beantwortung der Frage, ob die therapeutische Unterstützung von Studierenden in für sie wichtigen Lebensbereichen auch einer erfolgreichen Bewältigung des Studiums dienlich ist, untersuchten sie die Aufzeichnungen von 562 an der Iowa State University eingeschriebenen Studierenden (65 % weiblich). Diese hatten die Beratungsstelle aufgrund persönlicher Probleme im Jahr 1993 aufgesucht und psychotherapeutische Beratung bei insgesamt 16 BeraterInnen in unterschiedlichen Stadien der psychotherapeutischen Ausbildung erhalten. KlientInnen mit Lern- und Arbeitsschwierigkeiten und anderen Problemen mit direktem akademischen Bezug wurden von der Studie ausgeschlossen. Zwei Jahre nach der ersten Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle wurde der gegenwärtige akademische Status der KlientInnen bei der Universitätsverwaltung abgefragt. KlientInnen, die noch eingeschrieben waren bzw. ihr Studium erfolgreich beendet hatten, wurden der Kategorie „verblieben“ zugeordnet, während KlientInnen, die aus dem Studium ausgestiegen waren, als „nicht-verblieben“ klassifiziert wurden. Wilson et al. (1997) teilten die KlientInnen in vier Gruppen ein. Gruppe 1 bestand aus KlientInnen, die um eine Beratung nachgesucht, diese jedoch nicht erhalten hatten, weil sie den ersten Beratungstermin nicht wahrgenommen hatten. KlientInnen der Gruppe 2 hatten 1-7 Beratungssitzungen erhalten, KlientInnen in Gruppe 3 hatten 8-12 Sitzungen wahrgenommen und KlientInnen in Gruppe 4 hatten die Beratungsstelle zu 13 und mehr Sitzungen aufgesucht. Dieser Einteilung lag die Überlegung zugrunde, dass KlientInnen mit einer Beratungsdauer zwischen einer und sieben Sitzungen (Gruppe 2) den überwiegenden Teil an Beratungsfällen ausmachten – der

Modalwert lag in der Untersuchung von Wilson et al. (1997) bei 4 Sitzungen, der Mittelwert bei 6 Sitzungen. Die Behandlungsdauer der dritten Gruppe mit 8-12 Sitzungen stellte die seitens der Geschäftsführung in Anbetracht steigender KlientInnenzahlen empfohlene Sitzungshöchstdauer dar und die KlientInnen in Gruppe 4 mit 13 und mehr Beratungssitzungen bildeten den kleinen, aber wichtigen Teil an KlientInnen ab, die aufgrund einer vermutlich höheren Bedürftigkeit einen überproportionalen Anteil an zeitlichen Ressourcen der Beratungsstelle beanspruchten. Im Vergleich der Gruppen zeigte sich, dass KlientInnen mit steigender Sitzungszahl häufiger an der Universität verblieben. So lag der Anteil verbliebener KlientInnen in Gruppe 1, die keine Beratung erhalten hatte, bei 65 %, in Gruppe 2 (1-7 Beratungssitzungen) und Gruppe 3 (8-12 Sitzungen) bei 79 % und in Gruppe 4 (mehr als 13 Beratungssitzungen) bei 83 %. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung einen Einfluss auf einen erfolgreichen Studienverlauf und -abschluss hat. Studierende, die eine psychotherapeutische Beratung absolviert hatten, wiesen im Vergleich zu Studierenden, die psychotherapeutische Beratung nachgefragt, diese jedoch nicht in Anspruch genommen hatten, eine um 14 % höhere Verbleibrate an der Universität auf. Die Autoren vermuten, dass psychotherapeutische Beratung bestimmten Studierenden helfen könnte, kritische Phasen in ihrem Leben zu überwinden, in denen sie besonders anfällig für einen Studienabbruch sind. Auch könnten Studierende im Verlauf der Beratung neue soziale Fähigkeiten erwerben, die ihnen helfen, ihre Bedürfnisse erfolgreicher zu vertreten, was die soziale Integration in die universitäre Welt verbessern könnte. Die Gruppen hatten sich vor Beginn der Beratung weder in ihren akademischen Leistungen - erfasst in Form des *High School Percentile Rank*, der für 312 KlientInnen vorlag und der *American College Test (ACT) Scores*, die für 121 KlientInnen verfügbar waren - noch in der Schweregradeinschätzung ihrer Symptomatik durch die BeraterInnen (modifizierte Form der *Global Assessment of Functioning Scale*) unterschieden. Allerdings war die durch die BeraterInnen eingeschätzte Schwere der Beeinträchtigung nur für die Gruppen 2-4, die tatsächlich psychotherapeutische Beratung in Anspruch nahmen, verfügbar, sodass die Ergebnisse angesichts des bedeutenden Anteils an nicht verfügbaren Daten nach Wilson et al. (1997) als vorläufig zu bewerten sind.

#### **1.4.2.2 Vonk und Thyer (1999)**

Vonk und Thyer (1999) untersuchten am University Counseling Center der Emory University in einem quasiexperimentellen Kontrollgruppendesign (Warteliste) die Effektivität von Kurzzeitbehandlungen in Hinblick auf die Reduktion psychosozialer Symptome. Die Stichprobe umfasste 55 Studierende (85,4 % weiblich), von denen 41 sofort und 14 nach einer Wartezeit von mindestens 21 Tagen behandelt wurden. Die durchschnittliche Sitzungszahl betrug 10,2 Sitzungen ( $SD = 4,2$ ). Als minimale Behandlungsdauer wählten Vonk und Thyer (1999) vier Sitzungen, um das spezifische kurzpsychotherapeutische Angebot der universitären Beratungsstelle vom diagnostischen Prozess und einer sich daran evtl. anschließenden Vermittlung in weiterführende Angebote trennen zu können. Die maximale Sitzungszahl betrug in Übereinstimmung mit der Höchstzahl möglicher Sitzungen der dortigen Beratungsstelle für Studierende 20 Stunden. Das Treatment wurde von Vonk und Thyer (1999) nicht näher spezifiziert, zur Orientierung wurden jedoch Angaben zum beruflichen Hintergrund der insgesamt acht an der Studie beteiligten BeraterInnen gemacht. Diese verfügten über Ausbildungen in klinischer und Beratungspsychologie und in klinischer Sozialarbeit und hatten jeweils spezifische Weiterbildungen in kurzpsychotherapeutischen Verfahren absolviert.

Die eingesetzten Interventionstechniken entstammten familientherapeutischen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Ansätzen und der Objektbeziehungstheorie. Die Mehrzahl der BeraterInnen beschrieb ihre therapeutische Arbeit als „eklektisch“, unter Einbeziehung von Techniken der genannten therapeutischen Orientierungen. Die durchschnittliche Berufserfahrung der BeraterInnen nach Abschluss der Ausbildung betrug 10,2 Jahre, mit einem Range von 2-20 Jahren. Als Outcomeinstrument wurde die SCL-90-R (Derogatis, 1992) eingesetzt. Die kurzpsychotherapeutische Behandlung erwies sich als effektiv, bei den sofort behandelten KlientInnen kam es mit Ausnahme der Skala *Paranoides Denken* zu einer statistisch signifikanten Symptomreduktion auf allen SCL-90-R-Skalen und dem *Global Severity Index* (GSI), während sich KlientInnen der Wartekontrollbedingung im Wartezeitraum nicht verbesserten; bei diesen stellte sich eine Symptomreduktion ebenfalls erst nach der Beratung ein. Eine Einschränkung der Studie betrifft nach Vonk und Thyer (1999) die Tatsache, dass nahezu 30 % der KlientInnen das Einschlusskriterium für die Studie nicht erfüllten, da sie weniger als vier Sitzungen in der Beratungsstelle wahrnahmen. Da für die von der Studie ausgeschlossenen KlientInnen keine Angaben zur Effektivität der Beratung vorlagen, kann nicht festgestellt werden, inwieweit sich der Ausschluss von KlientInnen mit weniger als vier Beratungssitzungen auf die Effektivität der Beratung auswirkt. Eine weitere Einschränkung betrifft den Mangel an detaillierter Information über das Treatment, die sich auf die Angabe der Verwendung kurzzeitpsychotherapeutischer Modelle unterschiedlicher Orientierung beschränkt. Nach Vonk und Thyer (1999) bestand das Ziel der Studie jedoch auch nicht darin, den Nutzen eines bestimmten Treatments zu überprüfen, sondern die Effektivität kurzpsychotherapeutischer Beratung für Studierende in der für die Versorgungspraxis üblichen unspezifischen Form zu erfassen.

#### 1.4.2.3 Snell et al. (2001)

Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Effekte psychotherapeutischer Beratung führten Snell et al. (2001) am University Counseling Center der University of Utah eine Follow-up-Untersuchung an 158 KlientInnen (Durchschnittsalter: 25,96 Jahre; 63 % weiblich) durch. Die KlientInnen hatten zwischen einer und 25 Sitzungen erhalten (durchschnittlich 6,37 Sitzungen;  $SD = 5,14$ ) und die Beratung lag zum Zeitpunkt der Follow-up-Erhebung mindestens 10 Monate zurück. Als Outcomeinstrument wurde das *Computerized Assessment System for Psychotherapy Evaluation and Research* (CASPER; Farrell & McCullough-Valliant, 1996) eingesetzt, ein 35 Items umfassendes Selbstberichtsinstrument mit den Subskalen *Körperliche Beschwerden*, *Depression*, *Agitiertheit*, *Unsicher-ambivalente Bindung*, *Ängstlichkeit*, *Substanzmissbrauch* und *Suizidgedanken*. Für die Gesamtstichprobe ergab sich ein Behandlungseffekt von  $d = 0,38$  (Prä-Follow-up-Effektstärke). Von den Autoren wurden anhand des Reliable-Change-Index (RCI) nach Jacobson und Truax (1991) weiterhin statistische und klinisch signifikante Veränderungen bestimmt. Eine reliable Verbesserung wurde von 32 % der Gesamtstichprobe erreicht, 55 % blieben 10 Monate nach Abschluss der Beratung in ihrer psychosozialen Beeinträchtigung unverändert und 13 % verschlechterten sich reliabel. Von den 106 KlientInnen, die bei Aufnahme der Beratung im dysfunktionalen Bereich gelegen hatten, zeigten 31 % ( $n = 33$ ) zum Follow-up-Zeitpunkt eine klinisch signifikante Verbesserung. Zur Bestimmung der Effekte der Behandlungsdauer auf das Beratungsergebnis wurden Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier (Kaplan & Meier, 1958) durchgeführt. Für 25 % der KlientInnen, die sich insgesamt klinisch signifikant verbesserten, waren für das Erreichen dieses Kriteriums 8 Sitzungen notwendig; 50 % der KlientInnen benötigten für eine bis zum Follow-up-Zeitpunkt anhaltende kli-



nisch signifikante Veränderung 16 Sitzungen. Für das weniger strenge Erfolgskriterium einer statistisch signifikanten Verbesserung wurden für 25 % der KlientInnen, die sich insgesamt statistisch signifikant verbesserten, 7 Sitzungen benötigt; für 50 % der KlientInnen waren für eine statistisch signifikante Verbesserung 14 Sitzungen erforderlich. Als Einschränkungen der Studie benennen Snell et al. (2001) u. a., dass erst zum Follow-up-Zeitpunkt und nicht direkt nach Beendigung der Beratung eine Erfassung der Symptomatik erfolgte, was eine Begründung der Veränderung durch die Beratung erschwert. Gleichzeitig sehen die Autoren in einer Prä-Follow-up-Erhebung im Vergleich zu einer Prä-Post-Messung den Vorteil, dass eine Einschätzung des Ausmaßes der Symptombeeinträchtigung mindestens 10 Monate nach Beendigung einer Beratung sowohl für die KlientInnen als auch für die Universitätsverwaltung als Entscheidungsträger für die finanzielle Ausstattung der Beratungsstelle von größerem Interesse ist als eine Erhebung der Symptomatik direkt nach Beendigung der Beratung. In der alleinigen Verwendung von Selbstberichtsmaßen zur Beurteilung von Veränderung sehen Snell et al. (2001) eine weitere Einschränkung: „Other indicators of client change such as therapist ratings, reports from significant others, and periodic evaluations during the ongoing therapy would be helpful in gaining a clearer picture of client change” (S. 471).

#### **1.4.2.4 Minami et al. (2009)**

Minami et al. (2009) evaluierten die Effektivität des Beratungsangebots eines University Counseling Centers, indem sie die erzielte Prä-Post-Effektstärke mit Benchmarks aus randomisierten kontrollierten klinischen Studien (randomized clinical trials, RCTs) psychotherapeutischer Behandlungen von Erwachsenen mit Major Depression verglichen. Die dem Benchmarking im Kontext der Bewertung der Effektivität einer psychotherapeutischen Behandlung zugrundeliegende Strategie lässt sich nach Wade, Treat und Stuart (1998) folgendermaßen zusammenfassen: „[I]n essence, we use the magnitude of change obtained in efficacy studies as a benchmark against which to judge the magnitude of change in service clinic settings” (S. 231). Die zum Vergleich verwendeten Benchmarks wurden von Minami, Wampold, Serlin, Kircher und Brown (2007) übernommen. Für den Vergleich der Effektivität des Beratungsangebots des University Counseling Centers mit den Ergebnissen psychotherapeutischer Behandlungen von Erwachsenen mit Major Depression aus randomisierten kontrollierten klinischen Studien wurden die Benchmarks der in den RCTs verwendeten Globalmaße, insbesondere der SCL-90-R oder deren Global Severity Index (GSI) verwendet. Dadurch sollte eine Passung hinsichtlich Reaktivität und Sensitivität zum OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) gewährleistet werden, der im University Counseling Center als Outcomemaß eingesetzt wurde. *Reaktivität* bezieht sich auf die Beeinflussbarkeit des Messergebnisses durch den Beurteiler; sie ist hoch, wenn der behandelnde Kliniker oder ein unabhängiger Rater die Beurteilung auf dem Ergebnisinstrument vornimmt und gering, wenn der Klient den Behandlungserfolg auf dem Ergebnisinstrument selbst einschätzt (Minami et al., 2007; 2009). *Spezifität* bezieht sich auf das Ausmaß, in dem die Ergebnismaße Zielsymptome einer spezifischen Störung (hohe Spezifität; z. B. BDI: Beck Depression Inventory, Beck & Steer, 1984) oder allgemeine klinische Symptome (geringe Spezifität; z. B. SCL-90-R, Derogatis, 1992) erfassen. Um die Effektivität der Behandlung des University Counseling Centers zu beurteilen, wurde der Vergleich mit drei LR- (low reactivity) LS- (low specificity) Benchmarks aus RCTs vorgenommen: einer *ITT*-Benchmark, die auf der Auswertung aller Daten der zur Studienteilnahme in den RCTs zugelassenen PatientInnen mit Major Depression basierte (*Intent-to-Treat-Analyse*), einer *Completer*-Benchmark, die auf der Auswertung der PatientInnendaten beruht, die die psychotherapeutische Depressionsbehandlung

zum vorgesehenen Behandlungsende regulär abgeschlossen haben und einer *Wartelistenkontroll-Benchmark*, die unter Verwendung von PatientInnendaten, die Wartelistenkontrollbedingungen in RCTs randomisiert zugeteilt wurden, konstruiert wurde. Der Vergleich mit der Wartelistenkontroll-Benchmark ermöglicht eine Einschätzung darüber, inwieweit sich durch psychotherapeutische Beratungsangebote für Studierende psychische Beschwerden in einem Ausmaß verbessern, das über der Spontanremission liegt. Für die Studie werteten Minami et al. (2009) die Archivdaten von 6.099 KlientInnen aus, die das University Counseling Center zwischen August 1999 und Mai 2007 konsultiert hatten. Von 2.691 KlientInnen (44,1 %) lagen soziodemographische Daten vor. Das Durchschnittsalter betrug 27,39 Jahre ( $SD = 7,92$ ), der Anteil weiblicher KlientInnen lag bei 60 %. Diagnosen wurden von den TherapeutInnen routinemäßig nicht vergeben, im letzten Jahresbericht waren die Anlässe der KlientInnen zur Konsultation des University Counseling Centers mit den häufigsten Nennungen (durch die KlientInnen) im zugrunde gelegten Zeitraum von sechs Monaten Depressionen (59 %), gefolgt von Ängsten (56 %), Stress (48 %) und akademisch-studienbezogenen Angelegenheiten (41 %).

Als Outcomemaß für den Behandlungserfolg diente der Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2; Lambert et al., 2004), ein 45 Items umfassendes Selbstberichtsinstrument mit den drei Subskalen *Symptombelastung*, *Zwischenmenschliche Beziehungen* und *Soziale Integration*. Ein OQ-45.2-Gesamtscore  $\geq 64$  zeigt eine klinisch relevante Beeinträchtigung an. Die KlientInnen des University Counseling Centers füllten den OQ-45.2 vor jeder Beratungssitzung aus. Um das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung bestmöglich mit den aus RCTs gewonnenen Benchmarks vergleichen zu können, wurden in die Studie nur KlientInnen aufgenommen, deren Gesamtwert auf dem OQ-45.2 vor Beratungsbeginn über dem klinischen Cut-off-Score von 63 lag. Die KlientInnen mussten weiterhin zwei oder mehr Sitzungen im University Counseling Center wahrgenommen haben, um auf Basis ihrer vor jeder Stunde ausgefüllten Einschätzungen auf dem OQ-45.2 Effektstärken berechnen zu können. Da in naturalistischen Studien im Gegensatz zu randomisierten kontrollierten klinischen Studien das Behandlungsende nicht eindeutig festgelegt ist, wurde von KlientInnen, die das University Counseling Center 90 Tage lang nicht aufgesucht hatten, das OQ-45.2-Rating der letzten wahrgenommenen Sitzung als abschließende Einschätzung gewertet. KlientInnen, die das University Counseling Center nach 90 Tagen erneut aufsuchten, galten als neuer Behandlungsfall. Von jedem Klienten wurde jedoch nur die erste Behandlung in die Auswertung mit einbezogen. Nach Berücksichtigung der genannten Kriterien verließen 2.672 (34,93 %) Beratungsfälle, die bei insgesamt 148 TherapeutInnen psychotherapeutische Beratung in Anspruch nahmen. Die TherapeutInnen waren überwiegend weiblich, bezeichneten ihre theoretische Orientierung als integrativ oder gaben an, in ihrer therapeutischen Arbeit von mehreren theoretischen Orientierungen und Perspektiven beeinflusst zu sein; diese umfassten psychodynamische, kognitiv-verhaltenstherapeutische, interpersonelle, humanistische, feministische und multikulturelle Ansätze. Die KlientInnen nahmen durchschnittlich 6,84 Sitzungen ( $SD = 8,72$ ;  $Mdn = 4$ ) über einen Zeitraum von 88,52 Tagen ( $SD = 106,12$ ;  $Mdn = 56$ ) wahr. Minami et al. (2009) berechneten die Effektstärke als standardisierte Prä-Post-Mittelwertsdifferenz, wobei zur Standardisierung die Standardabweichung der Eingangsscores verwendet wurde. Die ermittelte Prä-Post-Effektstärke betrug 0,976 und war damit signifikant höher als die *Intent-to-Treat*- ( $d_{(ITT)} = 0,795$ ) und die *Completer*-Benchmark ( $d_{(C)} = 0,932$ ). Die Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung lag deutlich über der spontanen Remission, die Prä-Post-Effektstärke überstieg die Wartelistenkontroll-Benchmark ( $d_{(WLC)} = 0,149$ ) um mehr als das 6-fache. Der Prozentsatz an

KlientInnen, die zum Zeitpunkt ihrer letzten Sitzung im Vergleich zur durchschnittlichen psychischen Beeinträchtigung zum Aufnahmezeitpunkt weniger schwerwiegende klinische Symptome aufwiesen, lag bei 78,18 %. Aufgrund dieser Ergebnisse bewerten Minami et al. (2009) die Effektivität des Beratungsangebots des University Counseling Centers als sehr hoch und hinsichtlich der Effektivität als äquivalent zu den Behandlungsergebnissen Erwachsener mit Major Depression aus randomisierten kontrollierten klinischen Studien (RCTs).

Die Autoren verweisen jedoch auf zahlreiche Einschränkungen. Die wesentlichste betrifft die Tatsache, dass die von Minami et al. (2007) adaptierten Benchmarks nicht auf Basis des OQ-45.2 konstruiert wurden, der im University Counseling Center als Outcomemaß eingesetzt wurde. Obwohl nach Ansicht von Minami et al. (2009) hinsichtlich Reaktivität und Spezifität eine Passung zwischen dem OQ-45.2 und den zur Konstruktion der Benchmarks verwendeten Globalmaßen (überwiegend SCL-90-R und GSI der SCL-90-R) gegeben war, lassen sich verlässliche Schlussfolgerungen nur dann ziehen, wenn die eingesetzten Instrumente dieselben sind. Eine weitere wichtige Einschränkung betrifft die Stichprobenszusammensetzung. In die RCTs wurden ausschließlich PsychotherapiepatientInnen mit der Diagnose einer Major Depression nach DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) einbezogen, während dieses Einschlusskriterium für die KlientInnen des University Counseling Centers nicht galt. Bei diesen erfolgte insgesamt keine Diagnostik auf Basis des DSM-IV-TR. Bezüglich klinischer Charakteristika können daher erhebliche Unterschiede zwischen den Studierenden des University Counseling Centers und den PatientInnen der RCTs bestehen. Grundsätzliche Unterschiede zwischen RCTs und dem Procedere innerhalb des University Counseling Centers können die Ergebnisse ebenfalls beeinflusst haben. Insbesondere erfolgt in RCTs im Gegensatz zum University Counseling Center eine randomisierte Zuweisung der PatientInnen zu den Behandlungsbedingungen, PatientInnen mit Komorbidität werden ausgeschlossen, es gibt eine festgelegte Anzahl an Sitzungen, die StudientherapeutInnen erhalten ein spezielles Training anhand eines störungsspezifischen Behandlungsmanuals und Supervision durch Experten in diesem Verfahren. Da in die Analyse darüber hinaus nur KlientInnen einbezogen wurden, die das klinische Cut-off-Kriterium (OQ-45.2-Gesamtscore  $\geq 64$ ) zum Aufnahmezeitpunkt erfüllten und die mindestens eine zusätzliche Sitzung zum Erstgespräch in Anspruch nahmen, können die Ergebnisse der Studie nicht auf KlientInnen übertragen werden, die das University Counseling Center mit weniger ausgeprägten klinischen Symptomen aufsuchten oder sich entschlossen, die Beratung nach dem Erstgespräch nicht fortzusetzen. Auch wurde die Studie an einem University Counseling Center mit einer großer Anzahl an MitarbeiterInnen und einem Schwerpunkt auf der psychotherapeutischen Ausbildung von Masterstudierenden und DoktorandInnen der Psychologie und der klinischen Sozialarbeit durchgeführt, sodass sich die Ergebnisse nicht auf psychotherapeutische Beratungseinrichtungen für Studierende mit anderer konzeptueller Ausrichtung bzw. personeller Besetzung verallgemeinern lassen. In Anbetracht der Einschränkungen bewerten die Autoren die empirische Absicherung psychotherapeutischer Beratungsangebote für Studierende als vorläufig und plädieren für den routinemäßigen Einsatz klinischer Messinstrumente mit guten psychometrischen Eigenschaften, um die Behandlungseffektivität weiter absichern und Benchmarks konstruieren zu können, die die Behandlungsrealität psychotherapeutischer Beratungsangebote für Studierende besser widerspiegeln.

#### 1.4.2.5 Choi et al. (2010)

Choi et al. (2010) untersuchten bei 78 Studierenden (69 % weiblich) einer universitären Beratungsstelle, wie psychotherapeutische Beratung bei der Bewältigung persönlicher Probleme hilft und das akademische Vorankommen erleichtert. Die KlientInnen waren im Durchschnitt 21,87 Jahre ( $SD = 5,18$ ) alt und erhielten durchschnittlich 6 Sitzungen ( $SD = 5,8$ ) psychotherapeutische Beratung bei insgesamt sechs klinischen PsychologInnen (fünf weiblich), wovon vier ihre Ausbildung bereits abgeschlossen hatten. Die theoretische Orientierung der klinischen PsychologInnen wird von Choi et al. (2010) als integrativ beschrieben. Der Beratungserfolg wurde mittels OQ-45 (Lambert, Lunnen, Umphress, Hansen & Burlingame, 1994; Darstellung in Kapitel 1.4.2.4) gemessen, die Problemlösefähigkeiten wurden mittels *Problem Resolution Outcome Survey* (PROS; Heppner, Cooper, Mulholland & Wei, 2001) erfasst, einem 24 Item umfassenden Selbstberichtsinstrument, das auf vier Unterskalen Problemlösestrategien, Selbstwirksamkeit, den Grad der Beeinträchtigung des Alltagslebens durch Probleme und die allgemeine Zufriedenheit mit der Beratung/Therapie misst. Der akademische Erfolg wurde mit dem *Student Adaptation to College Questionnaire* (SACQ; Baker & Siryk, 1989) erfasst (Unterskalen *Academic Adjustment* und *Institutional Attachment/Goal Commitment*). Die Unterskala *Academic Adjustment* besteht aus 24 Items, die den Erfolg in der Bewältigung der für das College typischen Anforderungen wie (auf akademische Anstrengungen gerichtete) Motivation, Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit mit dem akademischen Umfeld messen. Die Subskala *Institutional Attachment/Goal Commitment* umfasst 15 Items, die das Engagement der Studierenden in Hinblick auf akademisch-institutionelle Ziele und die Verbundenheit mit der jeweiligen Bildungsinstitution erfassen.

Nach dem Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz (Jacobson & Truax, 1991) verbesserten sich 32 % der KlientInnen klinisch signifikant, 16 % zeigten eine reliable Verbesserung, 46 % blieben unverändert<sup>7</sup> und 6 % verschlechterten sich statistisch signifikant. KlientInnen, die sich im Beratungsverlauf klinisch signifikant verbesserten, zeigten im Vergleich zu KlientInnen, die sich nicht veränderten (OQ-45-Scores vor und nach der Beratung im dysfunktionalen Bereich) ein signifikant höheres Ausmaß an akademischem Engagement und bessere Problemlösefähigkeiten. Die Ergebnisse legen nach Choi et al. (2010) nahe, dass die vollständige (d. h. klinisch signifikante) Besserung psychischer Beschwerden die Voraussetzung dafür darstellt, dass KlientInnen den für einen erfolgreichen Hochschulabschluss notwendigen inneren Antrieb und das hierfür erforderliche Engagement wiedererlangen können. Dies hat Implikationen für die Sitzungsdauer, die nicht von vornherein begrenzt sein sollte, da KlientInnen, deren Gesundungsprozess langsamer voranschreitet, sonst nicht die Chance haben, sich klinisch signifikant zu verbessern. Um den hohen Anforderungen, die an universitäre Beratungsstellen in Hinblick auf die KlientInnenversorgung gestellt werden, dennoch gerecht werden zu können, ist nach Choi et al. (2010) ein abgestuftes Vorgehen denkbar, das z. B. acht Sitzungen für eine Kurzzeit- und 20 Sitzungen für eine längere Behandlung vorsieht. Um den klinischen Fortschritt beobachten und überwachen zu können, plädieren sie für den routinemäßigen Einsatz eines gut eingeführten Ergebnisinstruments, das den KlientInnen in jeder Stunde vorgegeben wird. Auf diese Weise ist es auch möglich, bei sehr langsamen Verbesserungen oder gar Verschlechterungen frühzeitig gegenzusteuern und mit spezifischen Interventionen auf die

---

<sup>7</sup> Je 23 % der KlientInnen waren sowohl vor als auch nach der Beratung im funktionalen (*never dysfunctional*) bzw. dysfunktionalen Bereich (*unchanged, dysfunctional*), ohne sich statistisch signifikant zu verändern.

aktuellen Bedürfnisse der jeweiligen KlientInnen eingehen zu können, um positive Behandlungsergebnisse erzielen zu können. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich. Von den 520 KlientInnen, die die Beratungsstelle im Untersuchungsjahr aufsuchten, lagen von 424 Studierenden Angaben zum Prä-Zeitpunkt vor. An der Post-Untersuchung nahmen 78 Studierende teil, was einem Prozentsatz von ca. 20 % entspricht. Zwar unterscheiden sich die KlientInnen mit Angaben zum Prä- und Postzeitpunkt von KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn weder hinsichtlich soziodemographischer Variablen noch hinsichtlich ihrer psychischen Beeinträchtigung auf dem OQ-45 (Lambert et al., 1994) und ihrer Problemlösefähigkeit (PROS; Heppner et al., 2001); dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich anderer, in der Untersuchung nicht erfassten Variablen unterscheiden. Nach Empfehlung von Choi et al. (2010) sollten zukünftige Untersuchungen den differentiellen Einfluss klinisch signifikanter Veränderungen auf unterschiedliche akademische bzw. ausbildungsbezogene Ergebnisvariablen untersuchen.

#### **1.4.2.6 Effektivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende in Studien mit anderen Untersuchungsschwerpunkten**

In Studien, die sich mit anderen Untersuchungsschwerpunkten beschäftigten, finden sich z. T. ebenfalls Angaben zu Behandlungseffekten von Beratungsangeboten für Studierende. In einer Studie von Lambert et al. (2001), die den Einfluss von Feedback an die TherapeutInnen über das Ansprechen der PatientInnen auf die Therapie untersuchte, wurde für die Gesamtstichprobe von 609 KlientInnen eines University Counseling Centers nach einer durchschnittlichen Beratungsdauer von 3,3 Sitzungen eine Prä-Post-Effektstärke von 0,64 auf dem OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) angegeben. Für die 371 KlientInnen, die vor der Beratung nach Maßgabe dieses Outcomeinstruments klinisch beeinträchtigt waren (OQ-45.2-Gesamtscore  $\geq$  64), ergab sich eine Prä-Post-Effektstärke von 1,04.

Angaben zu Behandlungseffekten nach dem Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984; Jacobson & Truax, 1991) bei KlientInnen universitärer Beratungsstellen sind z. B. auch der Veröffentlichung von Hansen, Lambert und Forman (2002) zu entnehmen, die Dosis-Wirkungsbeziehungen im naturalistischen Setting untersuchten. Von 1.188 KlientInnen eines University Counseling Centers zeigten 20,1 % ( $n = 239$ ) nach durchschnittlich 5,8 Sitzungen ( $SD = 5,4$ ) eine reliable Verbesserung auf dem OQ-45.2 (Lambert et al., 1996), 12,6 % ( $n = 150$ ) verbesserten sich darüber hinaus zusätzlich klinisch signifikant und 57,6 % der KlientInnen ( $n = 684$ ) blieben hinsichtlich ihrer Symptomatik unverändert. Bei 9,7 % der KlientInnen ( $n = 115$ ) fand im Verlauf der Beratung eine reliable Verschlechterung der Symptomatik statt. In ihrem wegweisenden Artikel zur Verwendung der SCL-90-R zur Darstellung statistisch und klinisch signifikanter Psychotherapieergebnisse geben Schauburg und Strack (1998) auch Verbesserungsdaten von 180 KlientInnen der Beratungsstelle für Studierende Göttingen an. Nach durchschnittlich 6,9 Sitzungen Kurzzeitpsychotherapie bzw. Krisenintervention verbesserten sich 43 % der KlientInnen statistisch signifikant, der Anteil klinisch signifikant verbesserter KlientInnen lag bei 23 %. Hinsichtlich ihrer grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI, SCL-90-R) unverändert zeigten sich 50 % der KlientInnen, 6 % der KlientInnen verschlechterten sich im Verlauf der Behandlung statistisch signifikant und 3 % klinisch signifikant.

### 1.4.3 Dosis-Wirkung: Befunde

Wie viel Therapie ist ausreichend, um einen adäquaten Nutzen zu gewährleisten? Howard, Kopta, Krause und Orlinsky (1986) führten zur Beantwortung dieser Frage Probit-Analysen durch, um die Beziehung zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg bestimmen zu können. Die Stichprobe umfasste 2.431 PatientInnen, die überwiegend an neurotischen Störungen (Depressionen und Angsterkrankungen) litten, vorwiegend einstündig in einem ambulanten Setting (private Praxis, Beratungsstellen für Studierende, psychiatrische Institutsambulanzen, Allgemeinkrankenhaus) mit psychodynamischer bzw. interpersoneller Psychotherapie von TherapeutInnen aus dem gesamten Spektrum psychosozialer Hilfsangebote behandelt wurden. Die Outcomekriterien waren uneinheitlich und global, sie umfassten die Einschätzung der Verbesserung der PatientInnen durch den Therapeuten zum Ende der Therapie, Einschätzungen der PatientInnen bzgl. ihres Wohlbefindens zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Therapie und Einschätzungen von Experten auf Basis der Informationen der Krankenakten; standardisierte Untersuchungsinstrumente kamen in keiner Studie zum Einsatz. Die Ergebnisse legen nahe, dass bei 10-18 % der PatientInnen bereits vor der ersten Psychotherapiesitzung eine Verbesserung eintritt, die nach Howard et al. (1986) darauf zurückzuführen ist, dass ein erster (entlastender) Kontakt mit dem Therapeuten oder der Klinik hergestellt werden konnte. Nach 8 Sitzungen haben sich in der Fremdeinschätzung (behandelnder Kliniker oder unabhängiger Rater) 48 % und nach Einschätzung der PatientInnen 58 % merklich verbessert; nach 26 Sitzungen zeigten annähernd 75 % der PatientInnen eine deutliche Verbesserung. Insgesamt zeigen die Ergebnisse von Howard et al. (1986) eine positive Beziehung zwischen der Dauer von Psychotherapie und dem Behandlungsergebnis. Dieser Zusammenhang ist jedoch nicht linear, sondern es ergibt sich eine negativ beschleunigte Dosis-Wirkungs-Kurve. Anfänglich bewirkt jede Therapiesitzung (Dosis) einen relativ großen Zuwachs an Symptomveränderung (Wirkung), jede weitere Stunde zeigt hingegen immer weniger Wirkung.

Anderson und Lambert (2001) kritisieren an der Studie von Howard et al. (1986) die uneinheitliche Definition von Verbesserung, die auf der subjektiven Einschätzung des Therapeuten, des Klienten oder eines Experten basierte und die Einschätzung der Veränderung lediglich vom Prä- zum Postzeitpunkt. Da Veränderung im Verlauf der Therapie nicht linear erfolgt, sind ihres Erachtens häufig wiederholte Outcome- oder Zwischenmessungen im Verlauf der Therapie notwendig, um Veränderungen adäquat identifizieren zu können. Um die Anzahl an Sitzungen zu bestimmen, die notwendig sind, um eine klinisch signifikante Veränderung nach Jacobson et al. (1984) auf Basis des OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) zu erzielen, führten Anderson und Lambert (2001) Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier (Kaplan & Meier, 1958) durch. Hierzu gaben sie den OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) 75 PatientInnen wöchentlich vor. Diese erhielten Therapie in einer Ausbildungsambulanz bei 40 AusbildungstherapeutInnen, die in einem Master- oder Doktorandenprogramm in klinischer Psychologie, Ehe- und Familientherapie oder Sozialer Arbeit eingeschrieben waren. Die therapeutische Orientierung der AusbildungstherapeutInnen wird von den Autoren als eklektisch beschrieben. Um eine möglichst aussagekräftige Datenbasis zu haben, kombinierten Anderson und Lambert (2001) ihre Daten mit denen von Kadera, Lambert und Andrews (1996) aus einem vergleichbaren Setting (wöchentliche Vorgabe des OQ-45.2, gleiche klinische Population, AusbildungstherapeutInnen). Von den dann insgesamt 100 PatientInnen erzielten 25 % nach 8 Sitzungen eine klinisch signifikante Verbesserung auf dem OQ-45.2, 50 % der PatientInnen benötigten zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums 13 Sitzungen und für 75 % waren für eine klinisch signifikante Verbesse-

25 Sitzungen erforderlich. Für das weniger strenge Kriterium der reliablen Verbesserung benötigen 25 % der PatientInnen in der kombinierten Stichprobe 5 Sitzungen Psychotherapie, 50 % benötigten 9 Sitzungen und 75 % 17 Sitzungen. Eine sechs Monate nach Beendigung der Therapie durchgeführte Follow-up-Untersuchung an 54 PatientInnen zeigte, dass die im Verlauf der Therapie erfasste klinisch signifikante Verbesserung von Bestand war.

Auf die Follow-up-Untersuchung von Snell et al. (2001), in der zur Bestimmung der Effekte der Behandlungsdauer auf das Beratungsergebnis ebenfalls Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier durchgeführt wurden, wurde bereits in Kapitel 1.4.2.3 hingewiesen. Im Kontext der vorliegenden Untersuchung ist diese jedoch weniger relevant, da Snell et al. (2001) keine Prä-Post-, sondern ausschließlich eine Prä-Follow-up-Messung durchführten, wodurch keine Vergleichbarkeit der Dosis-Wirkungsbefunde zur vorliegenden Untersuchung gegeben ist.

## **1.5 Integratives Beratungskonzept für die psychologische und psychotherapeutische Beratung Studierender: das ABCDE-Modell**

Psychologische und psychotherapeutische Beratung ist weit verbreitet und wird in den verschiedensten Feldern angewandt. Die theoretischen Modelle sind vielfältig und in der Praxis kommt es meist zu einer eklektischen Vermischung unterschiedlicher Beratungsansätze, insbesondere auch im Anwendungsfeld der psychotherapeutischen Beratung Studierender (Minami et al., 2009; Vonk & Thyer, 1999). Ein einheitliches und verbindliches Beratungskonzept existiert im deutschsprachigen Raum bislang nicht. Im Rahmen des Projekts *Beratung und Kreativität* wurde daher versucht, ein für die psychologische und psychotherapeutische Beratung Studierender theoretisch kohärentes und im Beratungsalltag praktikables Konzept zu entwickeln, das der wachsenden Anzahl und Vielfalt der Beratungsanliegen in diesem Bereich gerecht wird. Die Entwicklung erfolgte in Orientierung an gängige, theoretisch gut begründete, empirisch evaluierte (s. Kapitel 1.9) und praktisch angewandte psychotherapeutische Konzepte. Aus wissenschaftlicher Gesprächs-, kognitiver Verhaltens-, psychodynamischer und existentieller Psychotherapie wurden beratungsrelevante theoretische Modelle und praktische Verfahrensstrategien abgeleitet, für den Beratungskontext entsprechend modifiziert und unter lösungs- und ressourcenorientierten Gesichtspunkten in ein übergreifendes psychologisches und psychotherapeutisches Beratungskonzept zusammengefasst. Das integrative Beratungskonzept weist breite Überschneidungen mit Kurztherapien (z. B. Beutel, 2000) und leistungs- und gesundheitsfördernden Beratungsformen wie z. B. Coaching (Holm-Hadulla, 2002) auf. Bevor die Bestandteile des integrativen psychologischen und psychotherapeutischen Beratungskonzepts für Studierende näher beschrieben werden (Kapitel 1.5.2 bis 1.5.8), erfolgt ein kurzer Exkurs (Kapitel 1.5.1), der die Notwendigkeit von Integration im Beratungsbereich verdeutlicht. Anhand der hermeneutischen Prinzipien *Erinnerung*, *Repräsentierende Gestaltung* und *Interaktionelles Erleben* (Holm-Hadulla, 1996; 1997) wird verdeutlicht, woraus die beschriebenen Strategien und Interventionen ihre Wirksamkeit beziehen (Kapitel 1.5.9). Ein besonderer Bezug zur kreativen und wachstumsfördernden Dimension integrativer Beratung wird hergestellt (Kapitel 1.6). Die praktische Anwendung des integrativen Beratungskonzepts wird abschließend anhand einer Kasuistik illustriert (Kapitel 1.7). Das ABCDE-Modell integrativer Beratung wird im Feld der Psychotherapie-Integration verortet (Kapitel 1.8), die empirische Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung wird veranschaulicht (Kapitel 1.9) und zusammengefasst (Kapitel 1.9.4). Aufgrund der präventiven, entwicklungs- und ressourcenorientierten Ausrichtung psychotherapeutischer Beratungsange-

bote, erfordert deren Effektivitätsbewertung eine Erweiterung der Ergebniskriterien und insbesondere die Miteinbeziehung von Maßen des Wohlbefindens, worauf in Kapitel 1.10 näher eingegangen wird.

### 1.5.1 Warum ist ein integratives Beratungskonzept notwendig?

Obwohl die einzelnen psychotherapeutischen Schulen allesamt den Anspruch erheben, dass die aus ihren jeweiligen Theorien und Modellen abgeleiteten spezifischen Interventionsformen die entscheidenden Wirkfaktoren sind (Spezifitätshypothese), unterscheiden sich die unterschiedlichen Therapieverfahren in ihrer Wirksamkeit kaum (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001). Wampold (a. a. O.) gelangt aufgrund seiner metaanalytischen Zusammenfassungen relevanter Studien der letzten 60 Jahre in den Bereichen kognitive Verhaltens-, psychodynamische und humanistische Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass spezifische Wirkfaktoren höchstens 8 % der Gesamtwirksamkeit der untersuchten Psychotherapieformen ausmachen, wohingegen gemeinsamen Wirkfaktoren (*common factors*) rund 70 % an der Gesamtwirksamkeit zukommt. Unterschiedliche Therapieverfahren beziehen ihre Wirksamkeit also fast ausschließlich aus unspezifischen oder allen Therapieschulen gemeinsamen Wirkfaktoren, die heilsam sind, obwohl sie in den Veränderungstheorien der einzelnen Schulen nicht ausdrücklich betont werden (Lambert & Ogles, 2004). Ahn und Wampold (2001) fordern daher, weitere Ergebnisforschung einzuschränken, da diese nur das hinlänglich bekannte Ergebnis der Wirksamkeitsäquivalenz verschiedener Therapieverfahren belegt: „Rather, the focus of counseling research should be on the process of counseling and on the common factors that have historically interested humanistic and dynamic researchers and clinicians“ (S. 255). Sind spezifische Theorien und Techniken daher verzichtbar? Keinesfalls, denn psychotherapeutische und beraterische Praxis funktionieren nur anhand konkreter Interventionen. Sie helfen, „... daß sie jeder einzelnen Therapiesitzung aufs Neue die Struktur geben, in der die eigentlich effektiven unspezifischen Faktoren zum Wirken kommen können“ (Bozok & Bühler, 1988, S. 126). Asay und Lambert (2001) verweisen ebenfalls auf die Wechselbeziehung zwischen Technik- und gemeinsamen Wirkfaktoren: „... alles, was man über die Rolle der Techniken sagen kann, [ist], dass sie – wie die anderen gemeinsamen Faktoren – zum positiven Behandlungsergebnis beitragen. Abhängig von der Klientenpopulation geben spezifische Techniken der Veränderung möglicherweise noch einen zusätzlichen An Schub“ (S. 64). Gerade in der Beratung Studierender wird ein breites Spektrum an Interventionen benötigt, um das Beratungsangebot individuell auf die aktuellen Probleme, Lebensumstände und Bedürfnisse der KlientInnen abstimmen zu können. Der für Beratung zur Verfügung stehende zeitliche Rahmen ist begrenzt, die Anliegen der KlientInnen sind in der Regel jedoch dringlich, sodass es sich empfiehlt, mehrere Interventionsmöglichkeiten gleichzeitig oder aufeinander aufbauend zu nutzen, um die Wirksamkeit der Beratung zu steigern (Grawe, 2005). Um dabei nicht auf der Ebene des *technischen Eklektizismus* (Lazarus, 1967) stehen zu bleiben, ist es darüber hinaus hilfreich, eine Vorstellung von dem Gemeinsamen zu haben, das den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren und der psychologischen und psychotherapeutischen Beratung zu ihrer Wirkung verhilft.

Das vorliegende integrative psychologische und psychotherapeutische Beratungskonzept für Studierende stellt ein Rahmenmodell zur Systematisierung der Beratungspraxis dar. Es erlaubt eine Betrachtung der gegenwärtigen individuellen Problematik des Klienten aus unterschiedlichen und sich wechselseitig ergänzenden Perspektiven und gewährleistet ein umfassendes Verständnis menschlichen Erlebens, Denkens, Handelns und Fühlens und darauf bezogener



Einschränkungen. Auf Basis dieses Verständnisses erfolgt die Wahl geeigneter Strategien für die Auseinandersetzung mit der aktuellen Problematik und deren Bewältigung. Die breite Palette an Interventionsmöglichkeiten reicht von der Verhaltensmodifikation (*Behavior*) und der Veränderung dysfunktionaler Kognitionen (*Cognitions*), über die Reflexion lebensgeschichtlich bedingter und unbewusster Konflikte (*Dynamics*), bis hin zur Auseinandersetzung mit den existentiellen Themen menschlichen Daseins (*Existentials*). Voraussetzung für das Wirksamwerden der eingesetzten Techniken ist eine tragfähige Berater-Klient-Beziehung (*Alliance*), die auf Seiten des Beraters durch eine supportive Grundhaltung getragen ist. Das Modell lässt sich zusammenfassend als *ABCDE-Modell* beschreiben und legt einen besonderen Schwerpunkt auf den interpersonellen Kontext, in dem Beratung stattfindet. Auf die Frage nach dem Gemeinsamen, die psychotherapeutischen Interventionen des Modells Verbindenden, kann die moderne Hermeneutik eine Antwort geben: Sie ermöglicht ein grundlegendes Verständnis menschlicher und psychotherapeutischer Kommunikation und verbindet die unterschiedlichen Interventionsstrategien in einer umfassenderen Kommunikationstheorie.

Die einzelnen Bestandteile des integrativen psychologischen und psychotherapeutischen Beratungskonzepts werden nachfolgend vorgestellt (Kapitel 1.5.2 bis 1.5.8). Eine verkürzte bzw. Darstellung des integrativen Beratungskonzepts für Studierende mit leicht veränderter Schwerpunktlegung findet sich in Holm-Hadulla, Hofmann und Sperth (2009a, 2011) sowie in Sperth, Hofmann und Holm-Hadulla (2009). Der Einsatz des ABCDE-Modells integrativer Beratung im Anwendungsfeld der E-Mail-Beratung Studierender ist in Sperth, Aghotor, Hofmann und Holm-Hadulla (2011) dargelegt.

### **1.5.2 Alliance: supportive Haltung und sichere Basis**

Die Qualität der therapeutischen Beziehung gilt schulenübergreifend als Schlüsselfaktor für Therapieprozess und -ergebnis (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Auch im vorliegenden integrativen Beratungskonzept kommt der tragfähigen und hilfreichen Berater-Klient-Beziehung (*Helping Alliance*; Luborsky, 1976) eine herausragende Rolle zu, sie ist die Grundlage von Entwicklung und Veränderung. Der Berater kann zum Aufbau und zur Gestaltung einer tragfähigen und hilfreichen Beziehung zum Klienten beitragen, indem er eine *supportive Grundhaltung* verinnerlicht, die in Anlehnung an Rogers (1957) durch respektvolle Akzeptanz, empathisches Verstehen und positive Verstärkung gekennzeichnet ist. Weitere supportive Elemente und Techniken wie Entlastung, Beratung, Unterstützung und Ermutigung erlauben insbesondere in akuten Krisenzeiten eine Stabilisierung und Distanzierung von der auslösenden Situation und den damit verbundenen Affekten (Reimer & Rüger, 2006b). Solche supportiven Elemente sind selbstverständlicher Bestandteil aller Formen von Psychotherapie und Beratung (Luborsky, 1995; Spießl, Freyberger & Rössler, 2007) und finden sich z. B. in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in Form der Über-Ich-Entlastung und Stärkung der Ich-Funktionen und in der Verhaltenstherapie als Förderung der Selbstakzeptanz und positiven Verstärkung verwirklicht.

Auch aus Sicht der modernen Bindungstheorie (Bowlby, 1988; Fonagy, 2003) kommt dem Aufbau und der Gestaltung einer tragfähigen und hilfreichen Berater-Klient-Beziehung durch den Einsatz supportiver Elemente und Techniken eine wesentliche Rolle zu. Wenn der Klient im Berater ein freundlich zugewandtes und zuverlässiges Gegenüber findet, das ihm Halt, Sicherheit und Beruhigung vermittelt, kann er ausgehend von dieser „sicheren Basis“ (Bowlby, 1988) seine Umgebung zunehmend mutiger erkunden und sich auf zuvor Ängstigendes und Neues

einlassen. Insbesondere für KlientInnen, die in ihrer Kindheit und Jugend emotionale Vernachlässigung erfahren haben, birgt eine solch haltgebende Beziehung zum Berater die Möglichkeit einer neuen positiven Beziehungserfahrung. Die Bedeutung und heilsame Wirkung einer positiven Beziehungserfahrung wurde zunächst von Ferenczi und Rank (1924) und später im Konzept der *korrigierenden emotionalen Erfahrung* von Alexander und French (1946) betont. Da es sich hierbei um einen spezifischen Wirkfaktor psychodynamischer Psychotherapien handelt (Wöller & Kruse, 2005), wird auf die Möglichkeit der Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung im Rahmen der integrativen Beratung in Kapitel 1.5.5.2 näher eingegangen.

### **1.5.3 Behavior: verhaltensorientierte Methoden in der integrativen Beratung**

Die Verhaltenstherapie geht von der Annahme aus, dass jedes Verhalten erlernt wurde und dass dysfunktionale Verhaltensweisen folglich durch Anwendung von Lernprinzipien verändert werden können. Die Methoden und Techniken, die zur Veränderung dysfunktionalen Verhaltens eingesetzt werden, lassen sich den Lernparadigmen der klassischen (Pavlov, 1927) und operanten Konditionierung (Skinner, 1953) sowie dem Modelllernen (Bandura, Blanchard & Ritter, 1969) zuordnen.

Beim *klassischen Konditionieren* (Pavlov, 1927) wird ein ursprünglich neutraler Reiz durch zeitliche Kopplung mit einem ungelerten reflexauslösenden Reiz (unkonditionierter Reiz) zu einem erlernten (konditionierten) Reiz, der nun den Reflex alleine auszulösen vermag. Während das klassische Konditionieren lediglich auf die antezedenten Bedingungen von Verhalten gerichtet ist, berücksichtigt das *operante Konditionieren* (Skinner, 1953) zusätzlich die Konsequenzen von Verhalten. Über die Kontrolle der Verhaltensfolgen mittels positiver und negativer Verstärkung wird versucht, Verhalten in die erwünschte Richtung zu verändern, indem angemessene Handlungen verstärkt und damit deren Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht wird (Lernen am Erfolg). Die Herausbildung eines bestimmten Verhaltensmusters vollzieht sich im Modell des operanten Konditionierens in einer langen Sequenz von Versuch und Irrtum und allmählicher Annäherung an das erwünschte Verhalten durch Verstärkungsprozesse. Demgegenüber betont Bandura (1986) in seiner sozial-kognitiven Lerntheorie die sozialen Ursprünge des Verhaltens im Zusammenspiel sich wechselseitig beeinflussender Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren (reziproker Determinismus). Menschen können komplexes Verhalten sehr rasch und effizient alleine durch die Beobachtung anderer Personen erlernen (Modelllernen), indem sie Informationen über Verhaltensstrukturen und damit verbundene situative Bedingungen in mentale Repräsentationen übertragen, auf die sie bei eigener Ausführung des Verhaltens zurückgreifen. *Modelllernen* kann nach Bandura et al. (1969) zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires eingesetzt werden, zur Abschwächung bereits erlernter Verhaltensweisen oder deren Erleichterung über den „... hemmenden bzw. enthemmenden Effekt einer Modellperson ... in seiner Wirkung auf das Verhalten des Beobachters“ (Reinecker, 2007, S. 289). Weiterhin wird durch Modelllernen die Diskriminationsfähigkeit gefördert, indem der Beobachter wahrnimmt, in welchen Situationen die Modellperson ein bestimmtes Verhalten zeigt oder unterlässt. Nachfolgend werden verhaltenstherapeutische Methoden beschrieben, die in der integrativen Beratung Anwendung finden.

Um angsterzeugenden Vorstellungen vor Prüfungen zu begegnen, kann die *systematische Desensibilisierung* eingesetzt werden, die nach Ansicht ihres Begründers Wolpe (1954) auf dem Lernmodell der klassischen Konditionierung beruht und lange Zeit als „... das wohl bekannteste Verfahren der Verhaltenstherapie“ (Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte & Sorgatz, 1994, S. 153)

galt. Die grundlegende Annahme der systematischen Desensibilisierung besteht darin, eine Angstreaktion zu hemmen, indem sie durch eine mit dieser Reaktion unvereinbare Aktivität – Entspannung – ersetzt wird (reziproke Hemmung). Wenn es den Studierenden gelingt, in Anwesenheit eines vorgestellten angstauslösenden Reizes zu entspannen, wird die Verbindung zwischen Angstreiz und -reaktion allmählich aufgelöst. Zwar gibt es für die Wirkungsweise der systematischen Desensibilisierung mittlerweile andere Erklärungstheorien (Habituation, Löschung von Erregung, soziale Verstärkung, Veränderung von Erwartungen; s. Reinecker, 2007, S. 279) und Weiterentwicklungen (Exposition in vivo, Konfrontation), nichtsdestotrotz erweist sie sich zur konstruktiven Bewältigung von (Prüfungs-)Ängsten im Beratungssetting als hilfreich.

*Operante Methoden* finden in der integrativen Beratung automatisch Anwendung in Form von sozialer Verstärkung durch den Berater. Durch Lob, positive Rückmeldung und nonverbale Zustimmung des Beraters, werden für den Beratungsprozess förderliche Verhaltensweisen des Klienten, wie etwa positive Selbstäußerungen, vermehrte Selbstexploration oder eigenständige Änderungsvorschläge sozial verstärkt und die Motivation für Veränderungsprozesse erhöht. Diese Möglichkeiten operanten Lernens innerhalb der Berater-Klient-Beziehung können unterstützt und ergänzt werden, indem der Berater dem Klienten zusätzliches Wissen vermittelt oder ihn durch Verhaltensratschläge unterstützt, ihm z. B. bei Arbeitsstörungen und Prüfungsängsten klare Anleitungen gibt, wie das Arbeits- und Prüfungsverhalten effektiv verändert werden kann. In der Psychotherapeutischen Beratungsstelle des Studentenwerks Heidelberg werden hierzu eigens entwickelte Verhaltensanweisungen zur Bewältigung von Prüfungsängsten (*12 Regeln zu einem selbstbewussten und erfolgreichen Umgang mit Prüfungen*) und Arbeitsschwierigkeiten (*10 Ratschläge zum selbständigen Arbeiten im Studium*) verwendet. Indem die Klienten zunehmend mehr Wissen über problemaufrechterhaltende Faktoren erwerben, können sie lernen, ihr Verhalten und Erleben durch Selbstbeobachtung und Selbstverstärkung eigenständig in die erwünschte Richtung zu verändern (*Selbstmanagement*; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006). *Hausaufgaben*, z. B. in Form von Verhaltensexperimenten oder Selbstbeobachtungsaufgaben, stellen eine gute Möglichkeit dar, in der Sitzung erarbeitete Inhalte in den Alltag zu übertragen und Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit des Klienten zu fördern.

Strategien des *Modelllernens* kommen in der Beratung explizit in Form von Verhaltensübungen und Rollenspielen, z. B. zur Verbesserung der sozialen Kompetenz oder zur Simulation von Prüfungen, vor. Idealerweise sollten Verhaltensübungen und Rollenspiele in Gruppen erfolgen, da diese im Vergleich zur Einzelberatung eine realitätsgetreuere Darstellung und Bearbeitung des problemrelevanten Verhaltens erlauben und sich die Teilnehmer gegenseitig unterstützen und Rückmeldung geben können. In impliziter Form wirken verbale „... Beschreibungen eines erwünschten Verhaltens als *symbolische Modelle*, anhand derer sich ein Klient das Zielverhalten zumindest teilweise bereits aneignen kann“ (Fliegel et al., 1994, S. 99). Schließlich kommt dem Berater selbst eine wichtige Funktion als Modell zu, derer er sich stets bewusst sein sollte. So übernehmen KlientInnen neben konkreten Verhaltensweisen, die explizit Gegenstand der Beratung waren (z. B. im Rahmen eines sozialen Kompetenztrainings), implizit Einstellungen, Vorlieben, Normen und Werte des Beraters.

Verhaltenstherapeutische Techniken wie systematische Desensibilisierung und Selbstverstärkung beziehen sich zwar explizit auf Lernparadigmen der klassischen und operanten Konditionierung, letztlich umfassen sie jedoch immer auch kognitive Prozesse. So erfolgt z. B. im Ver-

lauf der systematischen Desensibilisierung eine Neubewertung der Bedrohlichkeit der angstauslösenden Situation und auch die Selbstverstärkung ist ohne die Beteiligung von Kognitionen (z. B. Planungs- und Kontrollprozesse) undenkbar. Aus diesem Grund gab es schon früh Bemühungen um „... eine explizit kognitive Rahmung“ (McLeod, 2004, S. 108) verhaltenstherapeutischer Arbeit, wobei hierbei v. a. dem Ansatz der sozial-kognitiven Lerntheorie nach Bandura (1986) eine wichtige Bedeutung zukam. „Mittlerweile haben sich Verhaltens- und kognitive Ansätze so verzahnt, dass sie faktisch kaum mehr zu trennen sind und man heute von den ‚kognitiv-behavioralen‘ Verfahren spricht“ (Mühlig & Poldrack, 2006, S. 478). Die Auseinandersetzung mit (dysfunktionalen) Kognitionen findet auf der Ebene der *Cognitions* statt.

#### **1.5.4 Cognitions: kognitive Strategien in der integrativen Beratung**

Kognitive Verfahren legen den Fokus auf die systematische Veränderung dysfunktionaler Einstellungs-, Wahrnehmungs- und Denkmuster. Im Wesentlichen gibt es drei theoretische Ansätze, die in dysfunktionalen Kognitionen die entscheidenden Faktoren für emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen sehen: die Rational-Emotive Verhaltenstherapie nach Ellis (1962), die Kognitive Therapie nach Beck (1976) und das Stressimpfungstraining nach Meichenbaum (1979). Alle drei Ansätze stimmen in der Annahme überein, dass Menschen nicht direkt auf Situationen oder Ereignisse reagieren, sondern dass die bewussten oder unbewussten Bewertungen dieser Ereignisse entscheidend für die emotionalen und Verhaltensreaktionen sind. In der Aussage des Stoikers Epiktet (50-138 n. Chr.) wird die zentrale Annahme kognitiver Verfahren auf den Punkt gebracht: „Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Vorstellungen von den Dingen“ (Epiktet, Übers. 1984, S. 24). Young, Klosko und Weishaar (2008) betonen in ihrer Schematherapie die Rolle früher maladaptiver Schemata für die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen und erweitern zu deren Modifikation die kognitive Therapie nach Beck (1976) um erlebnisbasierte Strategien der Gestalttherapie wie bildliche Vorstellungen und Rollenspiele. Von besonderer Bedeutung sind für Young et al. (2008) eine förderliche therapeutische Beziehung in ihrer Möglichkeit, korrigierende emotionale Erfahrungen zu vermitteln und für die Patienten ein begrenztes *Reparenting* zu übernehmen. Hier machen Young et al. (a. a. O.) Anleihen bei tiefenpsychologisch fundierten Konzepten der Beziehungsgestaltung, insbesondere bei der *korrigierenden emotionalen Erfahrung* von Alexander und French (1946). Eine inhaltliche Nähe ergibt sich auch zur psychoanalytisch-interaktionellen Einzeltherapie von Heigl-Evers, Heigl und Ott (1995), in der der Therapeut vorübergehend (mütterliche und väterliche) Hilfs-Ich-Funktionen übernimmt, die dem Patienten aktuell nicht verfügbar sind und versucht, ihm in der therapeutischen Beziehung „... neue Erfahrungen des Im-Kontakt-mit-Anderen-Seins“ (Streck, 2007, S. 140) zu ermöglichen. Im Folgenden möchte ich mich jedoch auf die Darstellung der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie nach Ellis (1962, 1993) beschränken, da diese nachfolgenden Ansätzen den Weg bahnte „... und wohl auch heute noch als paradigmatisch für kognitive Konzepte gelten kann“ (Kriz, 2007, S. 141).

##### **1.5.4.1 Rational-Emotive Verhaltenstherapie (REVT)**

Im Mittelpunkt der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie (REVT) steht die Auseinandersetzung mit irrationalen Bewertungsmustern, die Ellis (1962, 1993) als ursächlich für die Entwicklung psychischer Störungen und deren Aufrechterhaltung erachtete. Die Einschätzung einer Bewertung als rational oder irrational erfolgt dabei nicht über ihre logische Richtigkeit, sondern über ihren instrumentellen Wert für die Zielerreichung: „Irrationale Bewertungen hin-

dern das Individuum letztlich daran, seine persönlichen Lebensziele zu erreichen“ (Wilken, 2005, S. 358). Die gängigsten irrationalen Bewertungen lassen sich nach Ellis (1993) folgenden vier Grundkategorien zuordnen: absolute Forderungen, globale negative Selbst- und Fremdbewertungen, Katastrophendenken und niedrige Frustrationstoleranz. In *absoluten Forderungen* werden Wünsche und Ansprüche an sich selbst, an andere Menschen und an die Umwelt zu absoluten Bedürfnissen und Notwendigkeiten zugespitzt: „Ich muss in jeder Hinsicht perfekt sein!“, „Andere Menschen müssen mir stets wohlwollend begegnen!“, „Die Dinge müssen genau so sein, wie ich sie haben will!“. Das beständige Orientieren am Müssen und Sollen bezeichnete Ellis provokant als *Mussturbation*. In die Kategorie *globale negative Selbst- und Fremdbewertungen* fallen irrationale Überzeugungen, dass eigene Fehler oder Fehler anderer absolut entsetzlich und unverzeihlich sind und dass diejenigen, die diese Fehler begehen – sich selbst eingeschlossen –, Versager sind, die nichts Gutes verdienen und verurteilt werden müssen. Beim *Katastrophendenken* werden die negativen Konsequenzen einer Situation übertrieben. Katastrophisieren drückt sich in Sätzen wie „Es ist absolut fürchterlich, dass ...!“ oder „Es wäre eine totale Katastrophe, wenn ...!“ aus. In *niedriger Frustrationstoleranz* findet die irrationale Überzeugung Ausdruck, dass bestimmte Lebensumstände, andere Personen oder deren Verhaltensweisen nicht ausgehalten, nicht ertragen oder geduldet werden können.

Da Ellis (1993) in den dargestellten irrationalen Bewertungsmustern „... die tiefsten Ursachen der meisten psychischen Störungen“ (S. 77) sah, stellen diese auch den Ansatzpunkt für therapeutische Veränderung dar. Das therapeutische Vorgehen umfasst 5 Stufen. Zunächst wird dem Patienten das kognitive Modell vermittelt. Anhand von (Fremd-)Beispielen und Analogien wird ihm verdeutlicht, dass sein Fühlen, Denken und Handeln überwiegend davon beeinflusst wird, wie er bestimmte Situationen und Ereignisse bewertet. Aus rationalen und realitätsangemessenen Bewertungen resultieren angemessene Emotionen und funktionales Verhalten, wohingegen die Reaktionen bei irrationalen Bewertungen durch übermäßige Affekte und dysfunktionale Verhaltensweisen gekennzeichnet sind. In einem zweiten Schritt werden dann anhand konkreter Problemsituationen die irrationalen Überzeugungen und Bewertungen herausgearbeitet, die der gegenwärtigen Störung des Patienten zugrunde liegen. Ziel ist, diese im Anschluss durch angemessene und funktionale Bewertungen zu ersetzen, die dem Patienten ein angepassteres Leben ermöglichen und ihn zur Erreichung seiner persönlichen Lebensziele befähigen. Die wichtigste und bekannteste Methode zur Überprüfung und Umstrukturierung irrationaler Bewertungsmuster (Schritt 3) ist der *sokratische Dialog*. Dabei wird der Patient in die Position gebracht, seine irrationalen Überzeugungen begründen zu müssen. Durch „... geschicktes Nachhaken, Hinterfragen und Infragestellen“ (Mühlig & Poldrack, 2006, S. 488) des Therapeuten gelangt er zu der Einsicht, dass dies nicht möglich ist. Er gerät in einen „Zustand innerer Verwirrung“ (Stavemann, 2005, S. 270) und muss nun neue, rationale und realitätsadäquatere Überzeugungen entwickeln (Schritt 4). Diese neuen Überzeugungen werden vom Therapeuten ebenfalls in Frage gestellt, sodass der Patient sie verteidigen muss. Dadurch soll erreicht werden, dass sich die neuen, rationalen Überzeugungen beim Patienten besser festsetzen (Schritt 5). Kriz (2007) weist darauf hin, „... dass die Aufdeckung irrationaler und dysfunktionaler Ideen die gesamte Therapie durch andauert“ (S. 147). Dadurch vollzieht sich im Patienten allmählich ein gewisser philosophischer Wandel, der ihm eine gelassener, ruhigere und angemessenere Umgangsweise mit Problemen erlaubt und ihm ermöglicht, zukünftig irrationale Überzeugungen leichter durch rationale Überzeugungen zu ersetzen. Auf diese Weise wird der Patient zunehmend zu seinem eigenen Therapeuten.

#### **1.5.4.2 Praktisches Vorgehen: kognitive Umstrukturierung in der integrativen Beratung**

In der integrativen Beratung ist man vor das Problem gestellt, dass für eine vollständige kognitive Umstrukturierung die Zeit fehlt. Umstrukturierung in der integrativen Beratung ist daher eher punktuell, die kognitiven Strategien zeichnen sich durch Kürze und Direktheit aus (vgl. Winiarski, 2004), wobei das oben ausgeführte kognitive Modell (Kapitel 1.5.4.1) sozusagen „als Interventionskompass im Hintergrund“ (Winiarski, a. a. O., S. 61) fungiert. Die explizite Vermittlung des kognitiven Modells an den Klienten unterbleibt daher auch. Diese erfolgt implizit, indem unangemessene emotionale und Verhaltensreaktionen direkt aufgegriffen, die zugrundeliegenden irrationalen Überzeugungen und Bewertungen herausgearbeitet und dann im sokratischen Dialog verändert werden. „Mit dieser zusammengefassten Technik kann auch in einmaligen Gesprächen ein Umstrukturierungsprozess angeregt werden, den der Klient fortan ‚by doing‘ weiter ausarbeitet“ (a. a. O., S. 87). Bei folgenden Problemsituationen lassen sich Winiarski (2004) zufolge kognitive Techniken gewinnbringend in der Beratung einsetzen: bei Angst vor Ablehnung und Selbstwertproblemen, bei sozialer Angst und Hoffnungslosigkeit, bei rigidem Denken, bei Trauer, bei Zeitmanagement- und Entscheidungsproblemen.

#### **1.5.5 Dynamics: Psychodynamik in der integrativen Beratung**

Der Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud, hat bereits um 1900 die Bedeutung unbewusster Konflikte für das persönliche und gesellschaftliche Leben aufgezeigt (Freud, 1895). Seine systematische Beschreibung des Unbewussten wurde vor kurzem durch die neurobiologische Forschung bestätigt (Kandel, 1999; Roth, 2001, 2004). „Aus neurobiologischer Sicht ist Freud ... Recht zu geben: Das unbewusste, limbische Erfahrungsgedächtnis lenkt unser Handeln stärker als unser bewusstes Ich“ (Roth, 2004, S. 37). Dass der größte Teil menschlichen Verhaltens durch unbewusste Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung bestimmt wird, ist mittlerweile auch außerhalb der Psychoanalyse allgemein akzeptiert (z. B. Dijksterhuis, Bos, Nordgren & van Baaren, 2006). Aber nach wie vor sind es die psychodynamischen Theorien, die dem Unbewussten eine zentrale Rolle für das Erleben und Verhalten der gesunden Persönlichkeit und für die Entwicklung psychischer Störungen zuschreiben. Psychodynamische Behandlungsmethoden zielen daher auch nicht primär auf eine Beseitigung der Symptomatik ab, sondern wollen die zugrundeliegenden Ursachen und unbewussten Konflikte reflektieren und bestenfalls beseitigen. Nach Rudolf und Rüger (2006) sind unbewusste Konfliktspannungen das Ergebnis negativer emotionaler Erfahrungen mit den wichtigen Bezugspersonen – in Form von Beschuldigungen, Kränkungen, Enttäuschungen etc. Diese negativen Beziehungserfahrungen werden verinnerlicht und haben die Verdrängung der Bedürfnisse zur Folge. Obwohl die nicht erfüllten Bedürfnisse dem bewussten Erleben damit nicht mehr zugänglich sind – sie sind abgewehrt –, erzeugen sie unbewusste innere Spannungszustände und führen bei Reaktivierung konflikthafter Themen durch äußere Ereignisse zu Symptomen der Depression, der Angst und zu psychosomatischen Beschwerden. Internalisierte Konflikterfahrungen gelten „... als eine bedeutsam unbewusste Determinante des Erlebens“ (Rudolf & Rüger, 2006, S. 40) und nehmen einen starken Einfluss auf die Gestaltung neuer Situationen. Sie prägen insbesondere Beziehungserwartungen an andere Menschen. Unbewusst wird angenommen, dass diese sich genauso frustrierend, versagend, enttäuschend und ängstigend etc. verhalten werden wie die frühen Bezugspersonen. Gleichzeitig besteht unbewusst jedoch auch die Hoffnung, dass sie sich gerade entgegen der negativen Vorerfahrungen verhalten mögen und

sich damit endlich „... alles zum Guten wende[t]“ (Rudolf & Rüger, a. a. O., S. 41). Auch dies kann zu realitätsverzerrenden Einstellungen und Verhaltensweisen führen.

Innerhalb der integrativen Beratung kann der Klient in Kontakt zu seiner inneren konflikthafte Situation kommen und diese bewusster wahrnehmen lernen. Er kann sich mit sich und seiner Lebensgeschichte, mit Hoffnungen und Ängsten, Fähigkeiten und Grenzen im Spiegel der (Übertragungs-)Beziehung zum Berater auseinandersetzen. Damit kann Beratung „... über den engeren Beratungsanlass hinaus zu einer Einsicht fördernden Begegnung werden ...“ (Großmaß & Püschel, 2005, S. 218). Solche Momente der Begegnung verhelfen dem Klienten zur Wahrnehmung zunächst nicht zugänglicher Gefühle und Erlebensweisen. In der integrativen Beratung wird ein Raum eröffnet, in dem der Klient mit Erinnerungen, Vorstellungen und Affekten „spielen“ kann. Wenn dieses Spiel gelingt, können die zunächst nicht ausreichend mentalisierten Erfahrungen des Klienten bewusst und kohärent gestaltet werden (s. Holm-Hadulla, 1997). Die dabei zum Einsatz kommenden Techniken sind überwiegend die Förderung von Einsicht durch *Klarifikation* und *Konfrontation* (Greenson, 1967; s. Kapitel 1.5.5.1) und die Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung (s. Kapitel 1.5.5.2), die vom Klienten verinnerlicht werden kann.

#### **1.5.5.1 *Einsichtsfördernde Techniken und deren Anwendung in der integrativen Beratung***

Wöller und Kruse (2005) verstehen unter *Klären* oder *Klarifizieren* das Bemühen des Therapeuten, Ordnung in die zunächst z. T. vagen, widersprüchlichen und mitunter verwirrenden Angaben des Patienten zu bringen, sodass seine aktuelle Konfliktsituation, seine Gedankengänge und Empfindungen verständlich und nachvollziehbar werden. Die subjektive Realität des Patienten, sein eigenes (Krankheits-)Verständnis und die eigene Deutung seines Verhaltens und Erlebens sind hierbei von besonderer Wichtigkeit. Darüber hinaus geht es darum, die Botschaft des Patienten jenseits des von ihm konkret Mitgeteilten zu entschlüsseln, „... indem wir uns in die Welt des Patienten hineindenken und einfühlen“ (Wöller & Kruse, 2005, S. 142). Der Klärungsprozess kann nach Wöller und Kruse (a. a. O.) angeregt werden durch die Bitte um Präzisierung des Geschilderten, wobei der Patient begleitende Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen, Vermutungen oder Phantasien benennen soll; auch die Frage nach der subjektiven Bedeutung von Begriffen, Begebenheiten und Verhaltensweisen für den Patienten und die Anregung zu weiteren Assoziationen können zur Klärung beitragen. In dem Bemühen, die subjektive Realität des Patienten zu erfassen, sollte der Therapeut das bisher Verstandene immer wieder zusammenfassen und auf Richtigkeit überprüfen, damit er nicht den eigenen Erlebenshintergrund für den des Patienten hält.

Die Übergänge zwischen *Klarifikation* und *Konfrontation* (Greenson, 1967) sind fließend. Beim *Konfrontieren* (Wöller & Kruse, 2005) richtet der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auf konflikthafte und widersprüchliche Aspekte seines Verhaltens und Erlebens. Diese Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen sind dem Patienten prinzipiell bewusst, da sie ihm unangenehm sind oder Angst bereiten, sind sie derzeit jedoch seiner Aufmerksamkeit entzogen und daher vorbewusst. Konkreter geht es nach Wöller und Kruse (a. a. O.) beim Konfrontieren z. B. darum, den Blick des Patienten auf für die Therapie wichtige Verhaltensaspekte zu richten, ihm Zusammenhänge zwischen emotionalen Zuständen und körperlichen Vorgängen aufzuzeigen oder ihn auf Widersprüche zwischen seinen verbalen Äußerungen und seinem tatsächlichen Verhalten hinzuweisen. Dem Patienten soll vor Augen geführt werden, „... dass er etwas

Bestimmtes in einer bestimmten Weise tut“ (Hoffmann, 2008, S. 45). Konfrontation in dem hier beschriebenen Sinne, weist starke Ähnlichkeiten zum *Spiegeln* in der Gesprächspsychotherapie nach Rogers auf (Hoffmann, a. a. O.). An den Äußerungen und Reaktionen des Therapeuten kann der Patient wahrnehmen und erkennen, was dieser von ihm „sieht“. Durch einen entsprechenden Tonfall und eine entsprechende Wortwahl sollte die Konfrontation so vermittelt werden, dass der Patient diese nicht als Vorwurf versteht oder sich kritisiert fühlt.

Während sich Klärung und Konfrontation auf bewusste und vorbewusste (bewusstseinsfähige) Prozesse beziehen, zielt die *Deutung* auf das (dynamische) Unbewusste ab. „Deuten heißt, ein unbewusstes Phänomen bewusst machen“ (Greenson, 1967, S. 52). Gegenwärtige Erlebens- und Verhaltensweisen werden in Bezug zu unbewussten Wünschen, Motiven und Gefühlen gesetzt. Nach Wöller und Kruse (2005) können sich Deutungen auf Abwehrvorgänge, biographische Zusammenhänge, Widerstands- und Übertragungsphänomene beziehen. Entsprechend unterscheidet man Abwehr-, genetische, Widerstands- und Übertragungsdeutungen (Wöller & Kruse, a. a. O.). Da Deutungen von der Alltagskommunikation stark abweichen (Thomä & Kächele, 2006), müssen sie durch Klarifikation und Konfrontation gut vorbereitet werden. Der Patient muss „reif“ für die Deutung sein (Wöller & Kruse, a. a. O., S. 150), um sie annehmen und als hilfreich erleben zu können; das heißt, die Deutung muss stimmig und der Zeitpunkt der Deutung gut gewählt sein. Dies erfordert einen hohen Zeitbedarf und ist daher in der integrativen psychotherapeutischen Beratung aufgrund der zeitlichen Begrenzung nicht zu realisieren. Deutung, „... das Verfahren, das die Psychoanalyse von allen anderen Psychotherapien unterscheidet“ (Greenson, 1967, S. 52), spielt in der integrativen Beratung als Methode der Einsichtsförderung daher eine untergeordnete bis zu vernachlässigende Rolle (Hohage, 1986; Holm-Hadulla, 1997; Rüter & Reimer, 2006); einsichtsfördernde Verstehens- und Erkenntnisarbeit erfolgt überwiegend über Klarifikation und Konfrontation bewusster und vorbewusster Prozesse. Dies muss keineswegs nachteilig sein. Für seine zeitbegrenzte *Psychodynamische Therapie von Angststörungen* stellt Hoffmann (2008) fest, dass „... bleibende Veränderungen in der Therapie auch ohne einen therapietechnischen Bezug auf das Unbewusste zu erzielen sind“ (S. 48). Er führt weiter aus, dass „[w]enn der Patient erlebt, dass bei ihm ein Vorgang innerlich problematisch abläuft, ... es in vielen Fällen für eine Verhaltens- oder Erlebensänderung keinen Bezug mehr auf das Warum [bedarf]“ (Hoffmann, a. a. O., S. 47). Rudolf (2006) stellt den Wert der Deutung als „Königsweg zum Unbewussten“ insgesamt in Frage: „Es erscheint ferner vorstellbar, dass die sogenannten vorgeschalteten Interventionen der Klärung und Konfrontation sehr viel mehr **therapeutische Wirkung** entfalten als die Deutung“ (S. 98). Insbesondere für strukturell vulnerable Patienten erweist sich die in der klassischen Psychoanalyse zentrale Intervention der Deutung seines Erachtens als „Irrweg“, da sie die Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten selbstreflexiven Fähigkeiten überfordert (a. a. O., S. 90). Dies betrifft im Besonderen Übertragungsdeutungen, durch die bei strukturell beeinträchtigten Patienten Beschämung und Ohnmacht verstärkt werden. Empirisch konnte gezeigt werden, dass ein hoher Anteil an Übertragungsdeutungen in psychodynamischen Kurztherapien bei Patienten mit unreifen Objektbeziehungen, wie sie für strukturell beeinträchtigte Patienten charakteristisch sind, zu einer schlechteren therapeutischen Beziehung und zu schlechteren Behandlungsergebnissen führen (z. B. Piper, Azim, Joyce & McCallum, 1991).

Da die integrative Beratung an progressiven Entwicklungen interessiert ist und die Erarbeitung kurzfristiger Lösungsmöglichkeiten für aktuelle Problem- und Konfliktsituationen zum Ziel



hat, werden Regression und Übertragung im Allgemeinen nicht gefördert. Holm-Hadulla (1997) empfiehlt folgenden Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung in der integrativen Beratung: Übertragungsmanifestationen werden wahrgenommen, reflektiert und zum Verstehen genutzt, aber in der Regel nicht explizit gefördert, gedeutet und durchgearbeitet. Dies bedeutet, dass *mit*, aber nicht *in* der Übertragung gearbeitet wird. Übertragung und Gegenübertragung sind daher vor allem „... Reflexionskategorien für das Verstehen von Beratungsinteraktion ...“ (Großmaß & Püschel, 2005, S. 217). Ausnahmen hiervon bestehen jedoch dann, „... wenn die Übertragungsdynamik für das im Beratungsprozess fokussierte Thema zentral ist oder wenn eine Irritation der Arbeitsbeziehung oder eine im Beratungsprozess entstandene Idealisierung bzw. Blockierung nur durch Intensivierung des Übertragungsgeschehens bearbeitbar gemacht werden können“ (a. a. O., S. 225).

Abschließend ist zur Vermittlung von Einsicht in (un-)bewusste Zusammenhänge, die in der integrativen Beratung überwiegend durch Klarifikation und Konfrontation erfolgt, zu sagen, dass diese nicht auf ein rein intellektuelles (kognitives) Verständnis beschränkt bleiben darf (Gefahr der „Pseudoeinsicht“); um therapeutisch wirksam zu sein, muss Einsicht eine affektive Erlebensebene umfassen, also mit Gefühlen verknüpft sein oder Gefühle zum Inhalt haben (*affektive Einsicht*, Wöller & Kruse, 2005; *emotionale Einsicht*, Hohage, 1986). „... ‚[E]chte‘ Einsicht bzw. Einsehen [liegt] zwischen dem emotionalen und dem intellektuellen Pol ...“ (Thomä & Kächele, 2006, S. 291).

#### **1.5.5.2 Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung in der integrativen Beratung**

Neben der Vermittlung von emotionaler Einsicht in (un-)bewusste Prozesse und Zusammenhänge, benennen Wöller und Kruse (2005) die Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung als weiteren spezifischen Wirkfaktor psychodynamischer Psychotherapien. Die Bedeutung und heilsame Wirkung einer positiven Beziehungserfahrung wurde zunächst von Ferenczi und Rank (1924), später von Alexander und French (*korrigierende emotionale Erfahrung*, 1946) und von Luborsky (*hilfreiche Beziehung*, 1976) betont. Innerhalb einer positiven therapeutischen Beziehung können bestimmte Funktionen des Therapeuten wie emotionale Präsenz, respektvolle Akzeptanz und empathisches Verstehen vom Patienten internalisiert werden, sodass sich in ihm eine „... *internalisierte Repräsentanz eines wohlwollenden und verstehenden Therapeuten* ausbilden kann“ (Wöller & Kruse, a. a. O., S. 154).

Eine neue positive Beziehungserfahrung kann sich in der integrativen Beratung schon allein über die unaufdringliche Präsenz und fördernde Empathie (Holm-Hadulla, 2002) des Beraters und sein kompetentes Interesse an der Lebenswelt des Klienten (Holm-Hadulla, 1997) vermitteln. Der Klient kann – vielleicht erstmalig in seinem Leben – erfahren, dass seine Verhaltens- und Erlebensweisen respektiert werden und vor dem Hintergrund seiner bisherigen Lebensgeschichte nachvollziehbar und verstehbar sind. Eine wertschätzende Atmosphäre erleichtert es dem Klienten auch, „schwierige“, angst- und schambesetzte oder verpönte (tabuisierte) Gefühle wie z. B. Ärger, Wut, Neid sowie Scham- und Schuldgefühle zum Ausdruck zu bringen. Respekt, Interesse und Empathie des Beraters können aus psychodynamischer Sicht die psychische Bearbeitung von lähmenden Erfahrungen fördern und angstmindernd sowie narzisstisch und Über-Ich entlastend wirken (s. Holm-Hadulla, 1997). Während die bisher ausgeführte und auch unter Alliance (Kapitel 1.5.2) beschriebene supportive Beziehungsgestaltung mittlerweile fester Bestandteil aller Formen von Psychotherapie und Beratung ist, findet in psychodynamischen Psychotherapien eine über diese Arbeit *in* der Beziehung hinausgehende Arbeit *mit* der

Beziehung statt: eine Betrachtung der therapeutischen Beziehung unter dem Gesichtspunkt der *Übertragung*. Wöller und Kruse (2005) sehen in Übertragungsdeutungen eine weitere Möglichkeit zur Vermittlung einer neuen positiven Beziehungserfahrung: „Wenn ein Patient Merkmale einer frühen verurteilenden und herabsetzenden Bezugsperson [auf den Therapeuten] überträgt, kann die taktvoll durchgeführte Auflösung einer solchen Übertragung durch einsichtsfördernde Interventionen entscheidende positive Auswirkungen ... besonders auch auf die verinnerlichenden Objektbeziehungen des Patienten haben“ (S. 159). Wie bereits erwähnt, werden Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen in der integrativen Beratung zum besseren Verständnis des Klienten zwar beachtet, aber in der Regel nicht gefördert und nicht gedeutet; Übertragungsdeutungen zur Vermittlung von positiven Beziehungserfahrungen kommen daher in der integrativen Beratung eher selten vor. Auf Basis der Kenntnis der Erfahrungen des Klienten mit den frühen Bezugspersonen und über die Reflexion der Gegenübertragung können jedoch die zentralen Beziehungsdefizite des Klienten erschlossen werden und ihm eine entgegengesetzte neue und positive Beziehungserfahrung vermittelt werden. Für einen Klienten, der schon früh auf sich alleine gestellt war und von den Eltern in der Auseinandersetzung mit seinen Problemen wenig Unterstützung erfahren hat, stellt z. B. die gemeinsame Arbeit an der Lösung eines Problems eine völlig neue Beziehungserfahrung dar. Umgekehrt ist für eine Klientin, deren Eltern (scheinbar) immer wussten, was für sie gut ist, ohne dabei jedoch ihren eigentlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, die Unterstützung des Beraters bei der Erarbeitung einer eigenen und für sie passenden Problemlösung eine *korrigierende emotionale Erfahrung* (Alexander & French, 1946). Die Beispiele zeigen, dass eine positive und korrigierende emotionale Beziehungserfahrung im Rahmen der integrativen psychotherapeutischen Beratung nur dann möglich ist, wenn es dem Berater gelingt, sich intuitiv und flexibel auf die Bedürfnisse des Klienten einzustellen und sich in der Berater-Klient-Beziehung deutlich anders zu verhalten als die ursprünglichen Bezugspersonen. Auf Seiten des Beraters darf diese Möglichkeit der Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung jedoch nicht zum Selbstzweck werden und zu einem stereotypen Entgegengesetzt-Verhalten um jeden Preis führen, sondern sollte nur dann ergriffen werden, wenn der Klient in der gegenwärtigen Situation eine den ursprünglichen Bezugspersonen konträre Reaktion des Beraters auch tatsächlich braucht und nicht andere Anliegen wie bspw. die Aktivierung von Ressourcen im Vordergrund stehen. Besonders bei strukturell beeinträchtigten Patienten und Klienten stellen *Holding* (Winnicott, 1974) und *Containing* (Bion, 1992) wichtige Möglichkeiten zur Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung dar. *Holding* ist nach Wöller und Kruse (2005) das Bereitstellen einer sicheren und förderlichen Umwelt: Der Therapeut/Berater übernimmt für gewisse Zeit eine mütterlich-haltende Funktion und vermittelt dem Patienten/Klienten den Halt und die Geborgenheit, die er bei seinen frühen Bezugspersonen nur unzureichend erleben konnte. *Containing* ist nach R. M. Holm-Hadulla (persönl. Mitteilung, 13.10.2008) die Aufnahme und Bewahrung schwer zu ertragender Emotionen in den psychischen Binnenraum des Beraters. Dort findet auch eine Mentalisierung statt, mit der der Klient projektiv-identifikatorisch in Verbindung steht. Die Vermittlung einer positiven Beziehungserfahrung über *Containing* wird dadurch möglich, dass der Berater diese negativen Emotionen über eine Reflexion seiner Gegenübertragung als vom Klienten stammend identifizieren kann, wodurch er einen Abstand dazu gewinnen und weiterhin empathisch zugewandt bleiben kann. Der Berater reagiert also bspw. auf Angriffe des Patienten/Klienten nicht mit Rechtfertigungen oder Vorwürfen, sondern kann freundlich zugewandt bleiben, weil er versteht, warum der Patient/Klient sich gerade so fühlt oder reagiert, wie er es tut.

### 1.5.6 Existenzielle Dimensionen integrativer Beratung

Existenzielle Psychotherapeuten und Berater setzen sich gemeinsam mit ihren Patienten und Klienten mit „... unvermeidbare[n] und letztlich nicht auflösbare[n] Gegebenheiten des menschlichen Daseins“ (Noyon & Heidenreich, 2007, S. 125) auseinander, beispielsweise mit der Tatsache der Endlichkeit und Begrenztheit des Seins, mit Freiheit, Verantwortung, Liebe, Hass etc. Die Bedeutung dieser universell wichtigen Themen („letzte Fragen“) für die Symptomatik bzw. die Probleme des Patienten wird zu klären versucht. Existenzielle Psychotherapieansätze gründen auf der Existenzphilosophie, in deren Zentrum des Denkens die Situation des Menschen in seiner Welt steht. Neben Existenzphilosophen wie Kierkegaard, Heidegger und Sartre, leisteten auch Religionsphilosophen wie Buber und Tillich wesentliche Beiträge zu existentiellem Denken. Schriftsteller wie Dostojewski, Camus und Kafka setzten sich in ihren Stücken und Novellen ebenfalls mit existenziellen Themen auseinander. So vielfältig wie die philosophischen Vorläufer sind auch die Richtungen existentieller Psychotherapie, sodass hier nur einige Hauptvertreter benannt werden können. In intensiver Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse Freuds machten die Schweizer Psychiater Binswanger (1942) und Boss (1979) – vom Denken Heideggers (1927) beeinflusst – dessen Daseinsanalyse für den therapeutischen Kontext nutzbar. Der Wiener Psychiater und Neurologe Frankl (1992) entwickelte ausgehend von der Psychoanalyse und der Individualpsychologie Adlers einen psychotherapeutischen Ansatz, den er Logotherapie und Existenzanalyse benannte und in dessen Mittelpunkt er die Suche des Menschen nach Sinn stellte. Neuere Beiträge zur existentiellen Psychotherapie stammen von May (1989), der in seiner Arbeit besonders von Tillich beeinflusst wurde, von Bugental (1981) und Yalom (2000). Um einen Eindruck davon zu vermitteln, in welcher Form die Auseinandersetzung mit den existenziellen Grundgegebenheiten des Mensch-Seins innerhalb der existentiellen Psychotherapie und Beratung erfolgt, soll, den Ausführungen Yaloms (2000) folgend, kurz auf den therapeutischen Umgang mit Tod, Freiheit, Isolation und Sinnkrisen eingegangen werden.

*Tod:* Yalom (2000) schreibt der Todesangst eine wichtige Bedeutung für die Psychopathologie zu: „Die Todesfurcht spielt eine wesentliche Rolle in unserer inneren Erfahrung; sie verfolgt uns wie nichts anderes“ (S. 42). Entsprechend stark sind die dagegen errichteten Abwehrmechanismen, die jedoch den Preis psychischer Symptome haben oder zumindest Wachstum verhindern und das Leben einschränken. Existenzielle Psychotherapie soll nun dazu beitragen, sich der Tatsache des Todes wieder bewusst zu werden, da dies „unsere Lebensperspektive verändern und ein wahrhaft authentisches Eintauchen ins Leben fördern kann“ (a. a. O., S. 225).

*Freiheit:* „Nicht Zufall, Pech oder unzureichende Gene sind die Ursache dafür, dass ein Patient einsam und isoliert ist, chronisch heruntergewirtschaftet ist oder Schlafstörungen hat“ (Yalom, 2000, S. 276), menschliches Handeln vollzieht sich immer auch innerhalb gewisser persönlicher Freiräume, die verantwortungsbewusst gestaltet werden müssen. Nur die „Akzeptanz der Verantwortung befähigt die Person, ihre ... Autonomie und ihr ... volles Potential auszuschöpfen“ (a. a. O., S. 319). Eine übliche Form der Vermeidung von Verantwortung ist nach Yalom (a. a. O.) die Zwanghaftigkeit, in der eine psychische Welt erschaffen wird, die keine Freiheit erlaubt.

*Isolation:* Yalom (2000) unterscheidet drei Formen von Isolation: interpersonale, intrapersonale und existenzielle Isolation. Während sich *interpersonale Isolation* auf das Fehlen befriedi-

gender sozialer Beziehungen bezieht, meint *intrapersonale Isolation* das Abgetrenntsein von Selbstanteilen, die Unterdrückung eigener Gefühle oder Wünsche. *Existenzielle Isolation* bezeichnet demgegenüber eine noch viel grundlegendere Form der Isolation, die auch dann weiter besteht, wenn befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen vorliegen und abgespaltene Selbstanteile vollständig integriert sind. Sie beschreibt einen „... unüberbrückbaren Abgrund zwischen ... dem Menschen und der Welt“ (Yalom, 2000, S. 421). Diese „Trennung von der Welt“ (a. a. O.) kann nur schwer ausgehalten werden, weshalb entsprechende Abwehrmechanismen errichtet werden. „Das Hauptbollwerk gegen den Schrecken vor existentieller Isolation“ (a. a. O., S. 430) sind Beziehungen. Diese können aber erst im bewussten Wissen um unser letztendliches Alleinsein in der Welt liebevoll und wachstumsfördernd gestaltet werden.

*Sinn*: Menschen brauchen Sinn. Keinen Sinn im Leben zu sehen, keine Ziele, Ideale und Werte zu haben, für die es sich zu leben lohnt, verursacht großes Leiden und kann schlimmstenfalls zu dem Entschluss führen, dieses „sinnlose“ Leben beenden zu wollen. Aber was kann ein Therapeut/Berater tun, wenn der Patient/Klient nach tragischen Ereignissen in eine existentiellen Sinnkrise geraten ist, in der ihm Gegenwart und Vergangenheit völlig sinnlos erscheinen? Die vielversprechendste therapeutische Antwort auf Sinnlosigkeit ist nach Yalom (2000) Engagement. Engagement ist seiner Ansicht nach in zweifacher Hinsicht bereichernd, einerseits durch die Tätigkeit selbst, andererseits durch die darin enthaltene sinnstiftende Funktion, die dabei helfen kann, unverbundene „... Lebensereignisse zu einem zusammenhängenden Muster zu ordnen“ (Yalom, 2000, S. 567). Die therapeutische Strategie im Umgang mit Sinnlosigkeit ist daher eine indirekte: Anstatt auf die Frage nach dem Sinn des Lebens einzugehen, unterstützt der Therapeut den Patienten auf der Suche nach erfüllenden Tätigkeiten, die Sinn vermitteln und hilft ihm, dabei auftretende Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

Die Ausführungen zeigen, dass existenzielle Psychotherapie und Beratung weniger durch spezifische festgelegte Techniken charakterisiert sind, als vielmehr durch eine öffnende Grundhaltung den universell wichtigen Themen des Lebens gegenüber. Indem sich der Therapeut/Berater persönlich und authentisch auf den Patienten/Klienten einlässt und ihm Raum zur Auseinandersetzung mit den existentiellen Grundgegebenheiten menschlichen Seins bietet, kann er ihm bei der Auseinandersetzung mit den existentiellen Themen hilfreich sein und ihm ein Stück weit zum Vorbild in dieser Auseinandersetzung werden. In der integrativen Beratung tauchen existenzielle Themen oft ganz explizit auf, z. B. als Individuationsthematik, Verlustangst oder soziale Isolation. Aufgrund der Begrenzung der Zeit rücken spätestens gegen Ende der Beratung auch Themen von Trennung, Abschied, Begrenzung und Vergänglichkeit in den Fokus. Doch selbst wenn existenzielle Themen nicht offen zum Gegenstand der Beratung gemacht werden, so sind die Antworten auf die existentiellen Fragen: „... Wollen, Verantwortung übernehmen, Beziehung zum Therapeuten aufnehmen und sich im Leben engagieren“ (Yalom, 2000, S. 569), immer Bestandteile einer Beratung und nach Yalom (2000) letztlich die entscheidenden Prozesse für therapeutische Veränderung.

### **1.5.7 Kombination der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung**

Die beschriebenen Strategien und Interventionen der einzelnen Ebenen und Dimensionen integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung – von der Verhaltensmodifikation (*Behavior*) und der Veränderung dysfunktionaler Kognitionen (*Cognitions*), über die Reflexion lebensgeschichtlich bedingter und unbewusster Konflikte (*Dynamics*), bis hin zur

Auseinandersetzung mit den existentiellen Themen menschlichen Daseins (*E*) – sind Bestandteil jeder Beratung und bilden den Hintergrund jeder Sitzung vom Erstgespräch bis zum Abschluss der Beratung, wobei eine tragfähige und hilfreiche Berater-Klient-Beziehung (*Alliance*) die Voraussetzung für das Wirksamwerden der eingesetzten Techniken und die Grundlage von Entwicklung und Veränderung darstellt. Je nach Situation und Anliegen werden diese so kombiniert, dass den aktuellen Problemen, Konflikten und Bedürfnissen des Klienten in den unterschiedlichen Phasen der Beratung (s. Kapitel 1.6.1, 1.7) bestmöglich Rechnung getragen werden kann.

Darüber hinaus finden sich in den beschriebenen Strategien, Interventionen und therapeutischen Haltungen implizit zentrale Prinzipien systemischer Therapie- und Beratungsansätze verwirklicht (vgl. Schweitzer, 2007). Die Erarbeitung kurzfristiger Lösungsmöglichkeiten für aktuelle Konfliktsituationen stellt ein wesentliches Ziel integrativer Beratung dar, und damit die gemeinsame Suche nach vernachlässigten oder unentdeckten Ressourcen des Klienten gelingen kann, müssen die aus den klassischen Psychotherapieschulen entlehnten Techniken einen lösungs- und ressourcenorientierten Zuschnitt erfahren. Darauf wurde vorangehend insbesondere hinsichtlich eines modifizierten Umgangs mit kognitiver Umstrukturierung, aber auch mit einsichtsfördernden Techniken und Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen in der integrativen Beratung im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie bzw. psychodynamischen Psychotherapie eingegangen.

Auch findet in der integrativen Beratung eine ausreichende Berücksichtigung des jeweiligen Bezugssystems des Klienten statt. Jeder Klient ist immer auch Teil eines sozialen Systems und die systemische Perspektive somit unausweichlicher Bestandteil einer jeden Beratung. Dass die Spielräume für individuelle Veränderungen wesentlich davon abhängen, inwieweit sich problematische Kommunikations- und Beziehungsmuster innerhalb des Bezugssystems verändern lassen, ist jedem Berater intuitiv eingängig. Dennoch kann es überaus nützlich sein, sich explizit mit systemischen Konzepten auseinanderzusetzen, um dem Klienten eine differenziertere und ressourcenorientiertere Wahrnehmung seiner selbst und seiner wichtigen Bezugspersonen zu ermöglichen. Aus diesem Grund erfolgt nachstehend ein kurzer Exkurs zur systemischen Perspektive innerhalb der integrativen Beratung.

### **1.5.8 Systemische Perspektive**

Systemische Ansätze betrachten den Menschen in Zusammenhang mit den ihn umgebenden Systemen. Im Zentrum der Überlegungen und der therapeutischen Strategien steht also nicht mehr das Individuum als Symptomträger allein, sondern das System, das den Klienten selbst, seine wichtigen Bezugspersonen und den Therapeuten/Berater umfasst. Nach systemischem Krankheitsverständnis sind Störungen oder dysfunktionale Verhaltensweisen einzelner Systemmitglieder Manifestationen eines Fehlers im System und beispielsweise begründet in mangelhafter Kommunikation oder krankheitserzeugenden Beziehungsmustern zwischen den Systemmitgliedern. Den theoretischen Hintergrund systemischer Therapie/Beratung und systemischen Denkens überhaupt bildet die Systemtheorie, als deren Begründer der Biologe Ludwig von Bertalanffy (1956) gilt. In seiner Allgemeinen Systemtheorie veranschaulichte er, dass ein System mehr ist als die Summe seiner Elemente. Aus den Wechselwirkungen zwischen den Systemelementen entstehen neue Formen des Verhaltens, die nicht auf die Charakteristika der einzelnen Elemente zurückgeführt werden können. Dabei sind die Systemelemente so aufeinander bezogen dass die Veränderung eines Elementes die Veränderung aller anderen System-

elemente zur Folge hat. Zunächst nahm die Forschergruppe um Gregory Bateson (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1969) Bezug auf die Allgemeine Systemtheorie, die es ermöglichte, „... menschliches Verhalten als eigenständiges, überindividuelles Phänomen zu beschreiben, das sich erst aus seinem jeweiligen Kontext erklären [lässt]“ (Ludewig, 1992, S. 42). Die neuere systemische Psychotherapie und Beratung ist beeinflusst durch den radikalen Konstruktivismus (von Glasersfeld, 1985), dem zufolge es keine vom erkennenden Subjekt unabhängige Wirklichkeit gibt, sondern Wirklichkeit vom Beobachter konstruiert und geschaffen wird. Das Autopoiesiskonzept von Maturana und Varela (1987) und die Synergetik (Haken & Schiepek, 2006) sind weitere wesentliche Theoriebausteine neuerer systemischer Therapieprozessmodelle. Das Ziel einer systemischen Therapie/Beratung besteht darin, Veränderungen auf einer systemischen Ebene anzuregen und zu fördern und die zur Verfügung stehenden Lösungsmöglichkeiten für das relevante System zu erweitern, indem z. B. implizite Regeln neu definiert, das Gleichgewicht zwischen verschiedenen Teilen des Systems oder die Effektivität von Kommunikation und Feedback innerhalb des Systems verändert werden.

Ausgehend von den einzelnen Sichtweisen der aktuellen Probleme (Interpunktionen) erarbeitet der Therapeut/Berater gemeinsam mit den Mitgliedern des Systems die *Muster*, nach denen die Kommunikationen unabhängig von deren Inhalt ablaufen und analysiert die ausgesprochenen und unausgesprochenen *Regeln*, nach denen die Beziehungen strukturiert sind. Der systemische Therapeut/Berater versucht dabei, einseitige lineare Ursache-Wirkungs-Beschreibungen „Herr Meier zieht sich zurück, weil seine Frau nörgelt“, zu zirkulären Sichtweisen zu erweitern: „Herr Meier zieht sich zurück, weil seine Frau nörgelt *und* Frau Meier nörgelt, weil sich ihr Mann zurückzieht“. Unter einer solchen systemisch-zirkulären Betrachtungsweise machen Schuldzuweisungen keinen Sinn mehr: „Jedes Systemmitglied ist selbst verantwortlicher Mitgestalter der Interaktion“ (Waidhofer, 2006, S. 468). Auf diese Weise werden die bisherigen Wirklichkeitskonstruktionen der Systemmitglieder in Frage gestellt und „verstört“ (Ludewig, 1992). Durch die Diskussion über die Sichtweisen der einzelnen Systemmitglieder kann sich ein erweitertes Verständnis für die Haltung der anderen wichtigen Bezugspersonen ergeben. Die Reflexion der Kommunikationsmuster und Beziehungsregeln kann zu deren Veränderung beitragen: Eine hilfreichere Kommunikation über das aktuelle Problem wird möglich. Sinnvolle Änderungen der Regeln und Muster lassen sich zusätzlich durch konkrete Anregungen zu neuen Problemlösungsversuchen (z. B. Symptomverschreibungen, Rituale) initiieren.

Eine detaillierte Problemanalyse kann zur Konstruktion von Lösungen und Interventionen zwar hilfreich sein, ist aber häufig nicht notwendig. Die Entwicklung möglicher Lösungsszenarien beginnt daher bereits im diagnostischen Prozess und ist nach Schweitzer (2007) mindestens ebenso wichtig wie eine ausführliche Problemanalyse, da durch die Suche nach den „Ausnahmen vom Problem“ und durch Antizipieren von Problemlösungen Zielvisionen erzeugt werden, die das gegenwärtige Verhalten positiv beeinflussen können. Neuere systemische Therapieansätze (z. B. de Shazer, 1989) gehen davon aus, dass das Klientensystem bereits über die Ressourcen zur Problemlösung verfügt, sie jedoch aktuell noch nicht oder nicht mehr nutzen kann. Unter dieser Arbeitshypothese, die im Gegensatz zur Pathologie- und Defizitorientierung der Psychoanalyse und frühen Verhaltenstherapie steht, wird Therapie/Beratung zur Suche nach vernachlässigten oder unentdeckten Ressourcen. „Handle stets so, dass Du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst.“ In diesem „ethischen Imperativ“ des Biokybernetikers

Heinz von Foerster (1988; zitiert nach von Schlippe & Schweitzer, 2003, S. 116) drückt sich systemisches Denken und Handeln aus. Der Therapeut/Berater ist dazu angehalten, die Denk- und Handlungsspielräume der Klienten zu erweitern, den Möglichkeitsraum zu vergrößern. Er lädt zum Experimentieren ein, zum „Denken des bislang Ungedachten“, zum „Ausprobieren des bislang nicht Ausprobierten“ (Schweitzer, 2007, S. 310).

Von besonderer Bedeutung sind in der systemischen Therapie/Beratung bestimmte Fragetechniken, insbesondere *zirkuläres Fragen*. Über Fragen wie: „Was denken Sie, wie Ihre Frau die Beziehung zwischen Ihnen und ihrem Vater einschätzt?“, können Hypothesen über Kommunikations- und Beziehungsmuster im Klientensystem aufgestellt und überprüft werden und Veränderungen in den Wirklichkeitskonstruktionen eingeleitet werden, da „... mit jeder zirkulären Frage ... auch ein Angebot zum Einnehmen einer Außenperspektive auf das eigene soziale System gemacht [wird]“ (von Schlippe & Schweitzer, 2003, S. 142).

Beim *Reframing* (Umdeutung) wird der bisherigen Betrachtungsweise eines Geschehens ein systemischer Rahmen gegenübergestellt. Dabei wird das Denken in einseitigen linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen mit einer systemisch-zirkulären Betrachtungsweise konfrontiert, die dem Klientensystem eine „... oft überwältigend andere Sicht der Dinge“ (a. a. O., S. 179) ermöglicht.

Verschiedene Formen der Skulpturarbeit (Familienskulptur, Schweitzer & Weber, 1982; Familienbrett, Ludwig & Wilken, 2000) erlauben eine *symbolisch-metaphorische Darstellung* emotionaler Bindungen und hierarchischer Strukturen in der Familie und erweitern die Methodenvielfalt systemischer Therapie/Beratung.

In der integrativen Beratung ist die konkrete Einbeziehung des jeweiligen Bezugssystems des Klienten im Rahmen von Paar- und Familiengesprächen möglich. Wenn dies von Seiten des Klienten nicht gewünscht wird oder aus anderen Gründen nicht möglich ist oder nicht sinnvoll erscheint, kann das soziale System des Klienten mittels geeigneter Methoden symbolisch präsent gemacht werden. *Zirkuläre Fragen* erlauben es, den Beitrag wichtiger Bezugspersonen zum Beziehungsmuster zu erfragen und die Vorstellungen und Sichtweisen des Klienten im Sinne der Multiperspektivität zu erweitern. Die Erweiterung der Handlungsspielräume ist ein weiteres wichtiges Ziel: Durch lösungsorientiertes Experimentieren (z. B. „Mehr desselben tun“, „Etwas unterlassen“, „Etwas Neues erproben“; s. von Schlippe & Schweitzer, 2003), können Klienten zu einem eigenständigeren Handeln ermutigt werden. Übergeordnetes Ziel der integrativen Beratung ist, dem Klienten eine differenziertere und ressourcenorientiertere Wahrnehmung seiner selbst und seiner wichtigen Bezugspersonen zu ermöglichen und ihn bei der Erweiterung seiner Handlungsspielräume anregend zu begleiten.

#### **1.5.9 Hermeneutik: eine existentielle und kommunikationstheoretische Basis integrativer Beratung**

Dieses Kapitel setzt sich mit der Frage nach dem Gemeinsamen, die dargestellten Strategien und Interventionen des integrativen Beratungsmodells Verbindenden auseinander. Im Unterschied zu Grawe (2005), der die gemeinsamen Wirkfaktoren erfolgreicher Therapien *Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, motivationale Klärung* und *therapeutische Beziehung* induktiv aus empirischen Wirksamkeitsuntersuchungen und Prozess-Outcomestudien ableitete, wird hier ein anderer Weg beschritten, der den interpersonellen

Kontext, in dem psychologische und psychotherapeutische Beratung stattfindet, in den Blick nimmt. Butler und Strupp (1986) fordern, zum Verständnis des interpersonellen Kontexts, die „... fundamentalen Prinzipien menschlicher Interaktion ... , die essentiell für therapeutische Veränderungen seien“ (Butler & Strupp, 1986; zitiert nach Tschuschke, 1990, S. 247), zu untersuchen. Auch Wampold (2007) betont die herausragende Rolle der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient für Veränderung: „... the communication between the therapist and the patient ... is not simply a necessary condition for the remediation of a dysfunction but is the primary mechanism of change“ (S. 861). Die moderne Hermeneutik kann zu einem solch grundlegenden Verständnis psychotherapeutischer Kommunikation beitragen (Holm-Hadulla, 1996; 1997).

„Hermeneutik ist die Kunst des *hermeneuein*, d. h. des Verkündens, Dolmetschen, Erklärens und Auslegens“ (Gadamer, 1974, Sp. 1061). Während Hermeneutik früher auf die Auslegung und Interpretation von literarischen und Kunstwerken und damit auf spezielle Hermeneutiken wie etwa die theologische, philologische und juristische eingeengt war, konnte sie sich im 19. Jahrhundert vor allem durch Schleiermacher (1977) von ihrer Bindung an die Theologie und Sprachwissenschaft lösen und wurde zu einer universalen Lehre vom Verstehen und Auslegen. Das Gespräch als Begründung des Verstehens trat in den Vordergrund. In Analogie zur verstehenden Auseinandersetzung mit Sprache und Text, ergab sich über das Einfühlen und Sich-Hineinversetzen in den anderen eine Gemeinsamkeit zur verstehenden Psychologie. Dilthey (1894) erhob das hermeneutische Verstehen zum fundamentalen Prinzip der Geisteswissenschaften und stellte es dem analytisch-zergliedernden Erklären der Naturwissenschaften gegenüber: „Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir“ (S. 139). An die Tradition Diltheys angelehnt, schuf Jaspers (1913) eine hermeneutisch-geisteswissenschaftlich orientierte Psychopathologie (*Allgemeine Psychopathologie*), die den Patienten nicht als Objekt behandelt, sondern ihm eine eigene Wahrheit zuerkennt und versucht, seiner Würde als Mensch im Verstehensprozess gerecht zu werden. An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich Jaspers auch für die Hochschulerneuerung und die psychologische Beratung von Studierenden stark machte. Heidegger (1927) erweiterte die Hermeneutik auf die Gesamtheit menschlicher Existenz: Verstehen wird bei ihm zur „... Grundbewegtheit des menschlichen Daseins ...“ (Gadamer, 1993, S. 103). „Das Dasein entwirft als Verstehen sein Sein auf Möglichkeiten“ (Heidegger, 1927, S. 148). Verstehen ist bei Heidegger damit nicht mehr nur eine besondere Erkenntnismethode der Geisteswissenschaften im Unterschied zu den erklärenden Naturwissenschaften, sondern in diesem existentiellen Sinn umfasst Verstehen immer schon Aspekte des Könnens (sich auf etwas verstehen) und des Möglich-Seins, ein „... Sich-Entwerfen auf die Möglichkeiten seiner selbst ...“ (Gadamer, 1993, S. 103). Beim Heidegger-Schüler Gadamer bildet hermeneutisches Verstehen als „... natürliche Fähigkeit des Menschen“ (Gadamer, 1993, S. 301) die Voraussetzung zum Erleben von Sinnhaftigkeit und innerer Konsistenz. Hermeneutik wird zu einem „... elementaren Geschehen, in dem Menschen ihre Realität erfahren und gestalten“ (Holm-Hadulla, 1997, S. 27). Von besonderer Bedeutung ist für Gadamer (1993) die sinnstiftende Funktion der Sprache im hermeneutischen Geschehen:

Wir sind ... in allem Wissen von uns selbst und allem Wissen von der Welt immer schon von der Sprache umgriffen, die unsere eigene ist. Wir wachsen auf, wir lernen die Welt kennen, wir lernen die Menschen kennen und am Ende uns selbst, indem wir



sprechen lernen. Sprechen lernen .... heißt, die Vertrautheit und Erkenntnis der Welt selbst, und wie sie uns begegnet, erwerben. (S. 149)

Holm-Hadulla (1997) geht von einem erweiterten Begriff der Sprachlichkeit aus, und schreibt auch vorsprachlicher und gegenständlicher Tätigkeit eine existenzstiftende und -erhellende Wirkung zu.

Die modernen Neurowissenschaften bestätigen, dass sich schon der Säugling seine Welt aktiv aneignet und die kognitive Strukturierung von Erfahrungen für seine Entwicklung von entscheidender Bedeutung ist (Hüther & Krens, 2005; Kandel, 1999; Roth, 2001). Über die sinnstiftende Interaktion mit seiner sozialen Umwelt, insbesondere der Mutter, erwerben der Säugling und später das Kind ein Verständnis von sich und der Welt. Buchholz (1999) spricht in diesem Zusammenhang von einem Übergang „vom Körper in die soziale Welt“ (S. 276). Über Schreien oder Zappeln äußert der Säugling ein bestimmtes körperliches Bedürfnis, er hat Hunger, will beachtet werden oder spielen etc. Mütter und Väter fassen das Verhalten des Kindes als wichtige Mitteilung auf, geben ihm Sinn und Bedeutung. Die Säuglingsbeobachter Shotter und Newson (1982) verwenden hierfür die aussagekräftige Metapher der „Sinn-Infusion“ (Shotter & Newson, 1982; zitiert nach Buchholz, 1999, S. 278) „Unspezifische Äußerungen des Kindes werden so behandelt, *als ob* sie schon einen artikulierbaren Sinn hätten, ... dem Kind [werden] Intentionalität, Mitteilungswille und eine Handlungsgestalt, kurz: ein Selbst unterstellt (Buchholz, a. a. O., S. 278). In der Regel stellt dies eine „intuitive elterliche Kompetenz“ (Papoušek, 1996) dar. Wenn die Mutter feinfühlig ist (*Feinfühligkeit*; Grossmann et al., 1989), die Bedürfnisse ihres Kindes wahrnimmt und ausreichend gut beantwortet (*good enough mother*; Winnicott, 1953), dann wird die Initiative des Kindes bestätigt. Durch die Interaktion wird es zum Schöpfer und macht die Erfahrung, in seiner Welt etwas bewegen zu können. Im besten Fall spielen sich die Interaktionen zwischen Mutter/Vater und Kind immer besser ein, über wechselseitige Korrekturprozesse kommt es zu einer immer besseren Passung. Bei den Eltern entwickelt sich ein repräsentatives Bild ihres Kindes, sie lernen ihr Kind immer besser „kennen“. Gleichzeitig lernt das Kind sich über die Reaktionen der Eltern (*Spiegelung*; Kohut, 1973) selbst immer besser wahrnehmen und verstehen. Es lernt, das Verhalten des anderen vorherzusagen. Ein *inneres Arbeitsmodell*, das die eigene Person, den anderen und den beteiligten Affekt umfasst, bildet sich heraus. Das kindliche Selbst konturiert sich (Selbstrepräsentanz) und es entsteht ein Bewusstsein für den anderen (Objektrepräsentanz). „... [Die] Person wird durch Interaktion gemacht“ (Buchholz, 1999, S. 281). Daraus erwächst die Möglichkeit zur Übernahme der Perspektive des anderen und zur Empathie. „Die Fähigkeit, andere Menschen ‚auszulegen‘, erfordert keine hermeneutischen Spezialkenntnisse, sondern ist Überlebensbedingung in interaktiv organisierten sozialen Welten schon von Kindesbeinen an – ohne eine solche Fähigkeit gäbe es keine Entwicklung“ (Buchholz, a. a. O., S. 265).

Aus dem individuellen Verstehen, das, wie gezeigt wurde, immer auch interaktionell bedingt ist, entwickeln sich vielgestaltige Kulturtechniken, bis hin zu Religion, Wissenschaft und Kunst, durch die sich Menschen über sich und ihre Stellung in der Welt vergewissern. Aus diesen komplexeren Kulturtechniken greifen psychotherapeutische und Beratungstechniken einzelne Aspekte heraus und fokussieren sie auf die Behandlung von psychischen Störungen, z. B. bei Lebenskrisen. Dennoch bleiben sie einem umfassenderen Kommunikationsgeschehen verbunden, das mit hermeneutischen Begriffen, die die einzelnen Beratungselemente in einer umfassenderen Kommunikationstheorie verbindet, beschrieben werden kann.

Aufbauend auf diesem „Vorverständnis“ (Gadamer, 1960), wird nun anhand der hermeneutischen Wirkprinzipien *Erinnerung*, *Repräsentierende Gestaltung* und *Interaktionelles Erleben* (Holm-Hadulla, 1996; 1997) dargestellt, wie und warum die Kommunikation, der Dialog zwischen Berater und Klient gelingen kann und wodurch die beschriebenen Strategien und Interventionen des integrativen Beratungskonzepts ihre Wirkung entfalten.

*Erinnerung:* Die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte innerhalb einer vertrauensvollen Berater-Klient-Beziehung bringt den Klienten in Kontakt zu verdrängten und abgespaltenen Erfahrungen, die Ursache von psychischen, psychosomatischen und Verhaltenssymptomen sein können. Erinnerung als erstes hermeneutisches Wirkprinzip ist dabei jedoch mehr als das Auffinden biographischer Fakten. Sie kann die Voraussetzung zur „... ‚Überwindung von Fremdheit‘ ... sich selbst [und] seinen aktuellen und vergangenen Erfahrungen gegenüber ...“ (Holm-Hadulla, 1996, S. 358) schaffen. Die Akzeptanz vormals nicht zugänglicher innerer Erlebnisse führt zu einer Komplettierung der persönlichen Wirklichkeit, die die Vergangenheit in einem anderen Licht erscheinen lässt, ihr Sinn und Bedeutung verleiht. Passives Geschehen(-Lassen) wird zu aktivem Gestalten: Indem der Klient seine Geschichte und Lebenswelt in Besitz nimmt, übernimmt er die Autorenschaft für sein Leben (s. Holm-Hadulla, 1997), sein Innenleben bereichert sich, die psychischen, psychosomatischen und Verhaltenssymptome werden überflüssig.

*Repräsentierende Gestaltung:* Die Gestaltung von Erfahrungen erfolgt sowohl über sprachliche Repräsentationen als auch über Vorstellungsbilder, in denen die unbewussten und zunächst nicht greifbaren Wahrnehmungen und Erinnerungen zur Anschauung gelangen. Dies ist das zweite hermeneutische Wirkprinzip: die repräsentierende Gestaltung. Dadurch, dass diffuses Geschehen innerhalb des Beratungsgesprächs sprachlich und bildhaft repräsentiert wird, findet eine zunehmende Integration des Seelenlebens statt: Zuvor abgespaltene Selbstaspekte können wahrgenommen und integriert werden, ängstigende und deprimierende Erfahrungen verlieren ihren dumpfen und hemmenden Einfluss. Auf diese Weise entsteht ein kohärenteres Selbsterleben. Der zuvor eingeschränkte Dialog mit sich selbst und den relevanten Bezugspersonen kann wieder aufgenommen werden (Holm-Hadulla, 1996; 1997).

*Interaktionelles Erleben:* Die Eröffnung neuer Wahrnehmungshorizonte, die den Klienten in Kontakt zu abgespaltenen Selbstanteilen bringt und ihm zu einer konturierteren Erlebniswirklichkeit verhilft, vollzieht sich innerhalb der szenisch gestalteten Interaktion zwischen Berater und Klient. Interaktionelles Erleben ist daher das dritte hermeneutische Wirkprinzip. Indem sich der Berater interessiert teilnehmend in die innere und äußere Welt des Klienten hineinbegibt, die Erlebnisse und Erfahrungen des Klienten emotional mitvollzieht, sie in seiner Phantasie aktualisiert und in sich repräsentierend gestaltet, entsteht ein gemeinsamer Erlebnisraum. Der Berater bringt dem Klienten sein szenisch gestaltetes Erleben zur Anschauung, ermutigt ihn, Unangenehmes und Beschämendes wahrzunehmen, wodurch sich der Erlebnisraum des Klienten um diese neuen Perspektiven erweitern kann. Da dieses Verständnis des Beraters trotz persönlicher Lebenserfahrung und fundierten fachlichen Wissens zwangsläufig ein subjektives und vorläufiges ist, steht es dem Klienten selbstverständlich frei, ob er die erlebten Anschauungen des Beraters teilen und zur Gestaltung seines Erlebens nutzen möchte. Auf diese Weise erweitert sich das Wissen und das Verständnis der am Gespräch Beteiligten immer mehr, es kommt zu einer „Horizontverschmelzung“ (Gadamer, 1960, S. 312), zu einer gemeinsam „... geteilten Wahrheit und Wirklichkeit“ (Holm-Hadulla, 1997, S. 47 f.), die ein

gewisses „Aufgehobensein[...] in einer Sprachgemeinschaft ...“ (Holm-Hadulla, 2000b, S. 132) vermittelt: „[W]enn einer versteht, was ein anderer sagt, ist das nicht nur ein Gemeintes, sondern ein Geteiltes, ein Gemeinsames“ (Gadamer, 1993, S. 19). Die Erweiterung des Selbstverständnisses ist daher viel mehr als ein kognitiver Akt: „Im-Gespräch-Sein heißt aber Über-sich-hinaus-Sein, mit dem Anderen denken und auf sich zurückkommen als auf einen anderen“ (a. a. O., S. 369).

Die beschriebenen hermeneutischen Wirkprinzipien *Erinnerung*, *Repräsentierende Gestaltung* und *Interaktionelles Erleben* kommen in jedem Gespräch, in jeder Kommunikation vor und werden auch von Klienten beschrieben, wie folgende Äußerung zeigt: „... Dass man alleine viel über Sachen nachdenken kann, aber erst, wenn man im Gespräch mit anderen darüber spricht, vernetzt sich das nochmal irgendwie und man kommt selbst auf neue Erkenntnisse dadurch, dass man es ausgesprochen hat, worauf man alleine gar nicht gekommen wäre. Alleine durch das Aussprechen gibt es für einen selbst noch einen anderen Sinn.“ Die Klientin beschreibt die repräsentierende Gestaltung über Sprache, die damit verbundene Sinnstiftung und die Perspektiverweiterung durch das „Im-Gespräch-Sein“ mit anderen. Im Vergleich zum Alltagsgespräch werden die hermeneutischen Wirkprinzipien in Psychotherapie und Beratung systematischer genutzt (Holm-Hadulla, 1996; 1997). Der interaktionelle Kontext in der Beratung unterscheidet sich von anderen Gesprächszusammenhängen u. a. wesentlich darin, dass der Berater dem Klienten seine Wahrnehmungskompetenz gezielt zur Verfügung stellt. Auf dem Hintergrund seines psychotherapeutischen Vorwissens und seiner persönlichen Lebenserfahrung reflektiert er das Erleben des Klienten und gestaltet stellvertretend für den Klienten zunächst nicht zugängliche Wahrnehmungen und Erinnerungen (s. Holm-Hadulla, 1996; 1997).

Die Wirkung hermeneutischer Prinzipien in der integrativen psychologischen und psychotherapeutischer Beratung lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Vermittelt durch das gestaltete Erleben des Beraters, kann der Klient zuvor unverarbeitete Ereignisse in seinem Lebensraum wahrnehmen, sprachlich und bildhaft repräsentierend gestalten und in sein psychisches Ambiente integrieren. Vormalig bedrängende und diffuse Erfahrungen werden so zu bedeutungsvollem *Erleben*, die einstige Fremdheit zum Geschehenen und zum eigenen Selbst kann überwunden werden.

## 1.6 Beratung und Kreativität

„Many parallels exist between creativity as a basic process of human growth and development and counseling as a mutual interchange among persons seeking solutions to problems of personal growth“ (Cole & Sarnoff, 1980). Umso erstaunlicher, dass die Literatur zu Kreativität im Beratungskontext und -prozess überaus spärlich ist (Carson, 1999; Holm-Hadulla, 2000a). Cole und Sarnoff (1980) sehen einen möglichen Grund hierfür in der überwiegenden Fokussierung vieler psychotherapeutischer BeraterInnen auf spezifische Beratungsmethoden und -techniken; umfassendere Theorien über menschliches Wachstum, Entwicklung und Problemlösen werden ihrer Ansicht nach hingegen zu wenig berücksichtigt.

Rogers (1976) beschäftigte sich eingehend mit Bedingungen, die für persönliches Wachstum und Kreativität förderlich sind. Zur Freisetzung des kreativen bzw. Selbstaktualisierungspotentials erachtet er *Offenheit gegenüber Erfahrung*, *eine innere Bewertungsinstanz* und *die Fähigkeit, mit Elementen und Begriffen zu spielen*, als konstruktiv. *Offenheit gegenüber Erfahrung* „... bezeichnet ein Fehlen von Starre und eine Durchlässigkeit von Begriffsgrenzen, Meinungen,

Wahrnehmungen und Hypothesen. Es bedeutet Toleranz für Doppeldeutiges und die Fähigkeit, eine Menge widersprüchlicher Informationen aufzunehmen, ohne der Situation einen Abschluß aufzuzwingen“ (Rogers, 1976, S. 343). *Eine innere Bewertungsinstanz* meint nach Rogers (a. a. O.),

... daß die Quelle oder der Ort des wertenden Urteils im Inneren liegt. Weder Lob noch Tadel anderer bestimmt den Wert des Produkts eines kreativen Menschen, sondern er selber. Habe ich etwas geschaffen, das *mich* befriedigt? Drückt es einen Teil meines Selbst aus – meines Gefühls oder meines Denkens, meiner Schmerzen oder meiner Ekstase? (S. 344)

Aus der

... Fähigkeit, mit Ideen, Farben, Formen, Beziehungen spontan zu spielen[,] .... resultiert die Ahnung, entsteht die kreative Anschauung des Lebens in einer neuen und signifikanten Art und Weise. Es ist, als ob aus dem verschwenderischen Ausbrüten tausender von Möglichkeiten eine oder zwei evolutionäre Formen hervorgehen, deren Qualitäten ihnen einen dauerhaften Wert verleihen. (a. a. O.)

Diese Bedingungen konstruktiver bzw. selbstaktualisierender Kreativität lassen sich u. a. durch Psychotherapie und auch psychotherapeutische Beratung fördern (Holm-Hadulla, 2007; Rothenberg, 1989; Thomä & Kächele, 2006). Kognitive, Verhaltens- und Beziehungsprobleme, die Entwicklung und Wachstum verhindern, können im Beratungsprozess identifiziert, bearbeitet und aufgelöst werden (Carson, 1999; Holm-Hadulla, 2000a). Durch psychotherapeutische Beratung kann persönliches Wachstum angeregt werden, die KlientInnen können eine größere Bewusstheit (ihrer selbst) erlangen, ihr Selbstwertgefühl kann gestärkt werden und zwischenmenschliche Beziehungen können sich verbessern. In einem wechselseitigen Prozess erarbeiten Berater und Klient gemeinsam unterschiedliche Sichtweisen auf ein Phänomen oder unterschiedliche Herangehensweisen an eine Situation, wodurch die kreative Problemlösefähigkeit des Klienten verbessert werden kann. Eingefahrene und einengende maladaptive Denk- und Verhaltensmuster können aufgegeben werden und der Erwerb neuer Erkenntnisse und sozialer Rollen ist möglich. Diese veränderten Sicht- und Verhaltensweisen sind für den Klienten neu und wertvoll und erfüllen damit wesentliche Kriterien für Kreativität (Rothenberg, 1989). Auch für die Gesellschaft können sie von Nutzen sein: Schließlich steht im Vorfeld eines kreativen Produkts und einer kreativen Entdeckung immer kreatives Denken.

Doch Innovation und Umgestaltung erfordern neben divergentem Denken auch konvergentes Denken (Guilford, 1967). Nachdem alte Gewohnheiten und Denkmuster aufgebrochen wurden und sich zuvor vermeintlich nicht vereinbare Gedanken und Einfälle einer Kombination zugänglich zeigten, müssen Berater und Klient die gefundenen Ideen und Vorstellungen hinsichtlich Realisierbarkeit und Nutzen sorgfältig evaluieren und bewerten, um zu den für den Klienten am besten geeigneten (Lösungs-)Ansätzen, Einstellungen und Herangehensweisen zu gelangen (Carson, 1999). Kreativer Fortschritt und Persönlichkeitswachstum vollziehen sich daher in einem beständigen Wechselspiel aus konvergentem und divergentem Denken. Notwendige Voraussetzung hierfür ist ein festgelegter und verlässlicher Rahmen und eine verständnisvolle und wertschätzende Haltung seitens des Beraters. Auf diese Weise entsteht ein geschützter (Spiel-)Raum, der dem Klienten Sicherheit vermittelt und ihm ermöglicht, Prob-

leme jenseits unmittelbarer Konsequenzen im beruflichen und privaten Umfeld wahrzunehmen und zu bewältigen (Holm-Hadulla, 2000a). Nachfolgend (Kapitel 1.6.1) wird dargestellt, wie KlientInnen in der konstruktiven Bewältigung einer Krise im Rahmen integrativer psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell unterstützt werden können.

### **1.6.1 (Wieder-)Entdeckung und Freisetzung des kreativen Potentials im Rahmen integrativer psychotherapeutischer Beratung**

Die Unterstützung von KlientInnen bei der schöpferischen Bewältigung einer Krise wird nachfolgend i. R. einer Krisenintervention, integrativen Beratung bzw. Kurzpsychotherapie nach dem ABCDE-Modell dargestellt. Das Vorgehen ist jedoch übertragbar auf längere Psychotherapien und andere therapeutische Kontexte wie z. B. Onlineberatungsangebote (Sperth et al., 2011). Integrative psychotherapeutische Beratung kann dazu verhelfen, das kreative Potential wieder neu zu entdecken: Individuelle Hemmnisse, die eine produktive Lebensgestaltung verhindern, können beseitigt und kreative Gestaltungs- und Handlungskompetenz gezielt gefördert werden. „... [D]ie erfolgreiche Entwicklung des kreativen Potentials“ (Holm-Hadulla, 2000a, S. 382) vollzieht sich dabei in unterschiedlichen Phasen des Beratungsprozesses und lässt sich unterschiedlichen Phasen des kreativen Prozesses zuordnen. Nachfolgende Darstellung (Kapitel 1.6.1.1 bis 1.6.1.5) erfolgt in Orientierung an die aus der Kreativitätsforschung bekannten, auf Poincaré (1913) und Wallas (1926) zurückgehenden Phasen des kreativen Prozesses (Vorbereitung, Inkubation, Illumination, Elaboration, Verifikation) und in Anlehnung an die von Holm-Hadulla (2000b) bzw. Holm-Hadulla et al. (2009a) beschriebenen Therapiephasen (Initialphase, technische Phase, Schlussphase), die um die von Petzold (2003) i. R. des *Korrespondenzmodells* in Gruppen (therapeutische, supervisorische, Selbsthilfegruppen) beschriebene Integrationsphase ergänzt wird.

#### **1.6.1.1 Krise als Ausgangssituation**

Begreift man Kreativität als existentielle „... Grundbestimmung des Mensch-Seins“ (Holm-Hadulla, 2000a, S. 367), als alltägliche Aufgabe, das Leben zu gestalten, ihm „... Sinn und Struktur zu verleihen“ (a. a. O., S. 376), dann kann eine psychische Krise als ins Stocken geratener Gestaltungs- und Bewältigungsprozess der Realität verstanden werden. Alltägliche und studienspezifische Anforderungen können, wenn überhaupt, nur unter Mühen bewerkstelligt werden, die Kommunikation mit sich selbst und bedeutsamen anderen ist eingeschränkt, das Leben erscheint farblos und sinnentleert. Kast (1989) unterscheidet „Über- und Unterstimulierungskrisen“. Mit Überstimulierungskrisen sind die „lauten“ Krisen gemeint, in denen „... [d]er Mensch ... überstimuliert ist, ... weggetragen von seinen Emotionen, von Angst, von Wut, von Liebe, von irgendeiner Erregung ...“ (S. 38). Unterstimulierungskrisen sind hingegen „leise“ Krisen, „... Menschen [sind] ganz in ihrer Kontrolle erstarrt, spalten z. B. alle Emotionen von ihrem bewußten Leben ab, haben so zwar alles vermeintlich im Griff, aber ihr Leben wird immer entleert ... (a. a. O.). Beide Krisenformen kommen bei KlientInnen der PBS vor. An die eigentliche Krisenintervention kann sich dann eine Beratung und in besonderen Fällen auch eine Kurzpsychotherapie in der PBS anschließen, bspw. dann, wenn bei ausländischen Studierenden ein nicht ausreichender Versicherungsschutz für psychotherapeutische Leistungen über die Notfallversorgung hinaus besteht, der zur Behandlung zur Verfügung stehende Zeitraum zu gering und eine Weitervermittlung an niedergelassene PsychotherapeutInnen nicht möglich ist – z. B. aufgrund eines anstehenden Auslandsaufenthaltes – oder Befürchtungen von Schwierigkeiten bei einer späteren Verbeamtung bzw. der Aufnahme in eine private Kran-

ken- oder Berufsunfähigkeitsversicherung der Inanspruchnahme weiterführender psychotherapeutischer Angebote entgegen stehen.

#### **1.6.1.2 Initial- bzw. Vorbereitungsphase**

*Initialphase:* Zunächst wird durch den festgelegten und verlässlichen Rahmen der Beratungsgespräche und die supportive Grundhaltung des Beraters die notwendige vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen, die dem Klienten eine Auseinandersetzung mit seinen aktuellen Problemen ermöglicht (A). Indem sich der Klient über sein persönliches Befinden, seine Nöte und Sorgen mitteilt und im Berater ein verständnisvolles und wertschätzendes Gegenüber findet, kann eine emotionale Entlastung stattfinden. Die Gestaltung der Berater-Klient-Beziehung innerhalb der integrativen Beratung stellt die Bedingungen *psychischer Sicherheit* her, die von Rogers (1976) als förderlich für die Entstehung konstruktiver Kreativität erachtet werden: (1.) *Das Individuum als bedingungslos wertvoll akzeptieren*, (2.) *Ein Klima anbieten, in dem keine Wertsetzung von außen erfolgt* und (3.) *empathisch Verstehen* (S. 347 f.). Kast (1989) betont die Wichtigkeit der emotionalen Entlastung zu Beginn einer Krisenintervention: „Zunächst aber muß in diese Angststimmung hinein Erleichterung, Entspannung gebracht werden, und in einem zweiten Schritt geht es darum, das Hauptproblem, das sich in einer Krise verbirgt und in dem auch der Sinn der Krise zu sehen ist, zu formulieren“ (S. 19).

*Vorbereitungsphase:* Die für die Initialphase relevanten Aspekte lassen sich überwiegend der Vorbereitungsphase des kreativen Prozesses zuordnen (Abbildung 1). In einer offenen, vertrauensvollen Kommunikation findet eine Problemlösung statt, eine „... ‚Thematisierung des Themas‘ ...“ (Petzold, 2003, S. 129). Das Problem wird bewusst (gemacht), aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, bisherige Lösungsversuche werden untersucht, Bewältigungsmöglichkeiten anderer reflektiert. Dadurch wird die Einengung des in der Krise Befindlichen geöffnet (Kast, 1989) und die Komplexität im Thema erschlossen (Petzold, 2003). In Anbetracht der Informationsfülle tritt eine gewisse Verwirrung ein, die Spannung erzeugt. Ideen für Lösungen scheinen auf, werden wieder verworfen, ein wirkliches Konzept ist noch nicht vorhanden (Kast, a. a. O).

#### **1.6.1.3 Technische bzw. Inkubations- und Illuminationsphase**

*Technische Phase:* Je nachdem, welche Hemmnisse sich in der produktiven Gestaltung und kreativen Bewältigung des Alltags auf Seiten des Klienten abzeichnen, gelangen unterschiedliche Techniken und Interventionen des integrativen psychologischen und psychotherapeutischen Beratungskonzepts zum Einsatz. Abbildung 1 zeigt die in den unterschiedlichen Phasen des Beratungsprozesses in Anpassung an die individuelle Problemstellung zur Anwendung kommende Technik in Zuordnung zu den unterschiedlichen Phasen des kreativen Prozesses.

Die aktuellen Probleme, Konflikte und Bedürfnisse des Klienten müssen dabei vor dem jeweiligen soziokulturellen Kontext verstanden werden. Ist die Ausschöpfung des kreativen Potentials durch dysfunktionales Arbeitsverhalten erschwert (B), so kann der Berater dem Klienten durch Vermittlung geeigneterer Lern- und Arbeitstechniken i. S. der *10 Ratschläge zum selbständigen Arbeiten im Studium*<sup>8</sup> zu einer besseren Nutzung seiner intellektuellen Ressourcen verhelfen. Hierbei erweist sich insbesondere eine räumliche Trennung von Arbeitsplatz und

---

<sup>8</sup> In der PBS Heidelberg entwickelter Leitfaden für ein eigenständiges, strukturiertes und zielorientiertes Arbeiten im Studium (PBS, 2008).

Wohnbereich durch Ermutigung zur Arbeit in der Bibliothek, eine klare zeitliche Strukturierung der Arbeit mit regelmäßigen und ausreichenden Pausen und die (Wieder-)Herstellung der Work-Life-Balance als sinnvoll und Erfolg versprechend. Gerade bei begabten und motivierten Studierenden geht das Gleichgewicht zwischen Arbeit und Geselligkeit, Anspannung und Entspannung aufgrund überhöhter Leistungsansprüche häufig verloren. Sie reduzieren ihre sportlichen, kreativen und sozialen Aktivitäten oder verzichten ganz auf diese. Damit vernachlässigen sie jedoch einen wesentlichen Bereich, der für ein erfülltes und gesundes Leben und für ein längerfristiges erfolgreiches Arbeiten die Grundvoraussetzung darstellt.

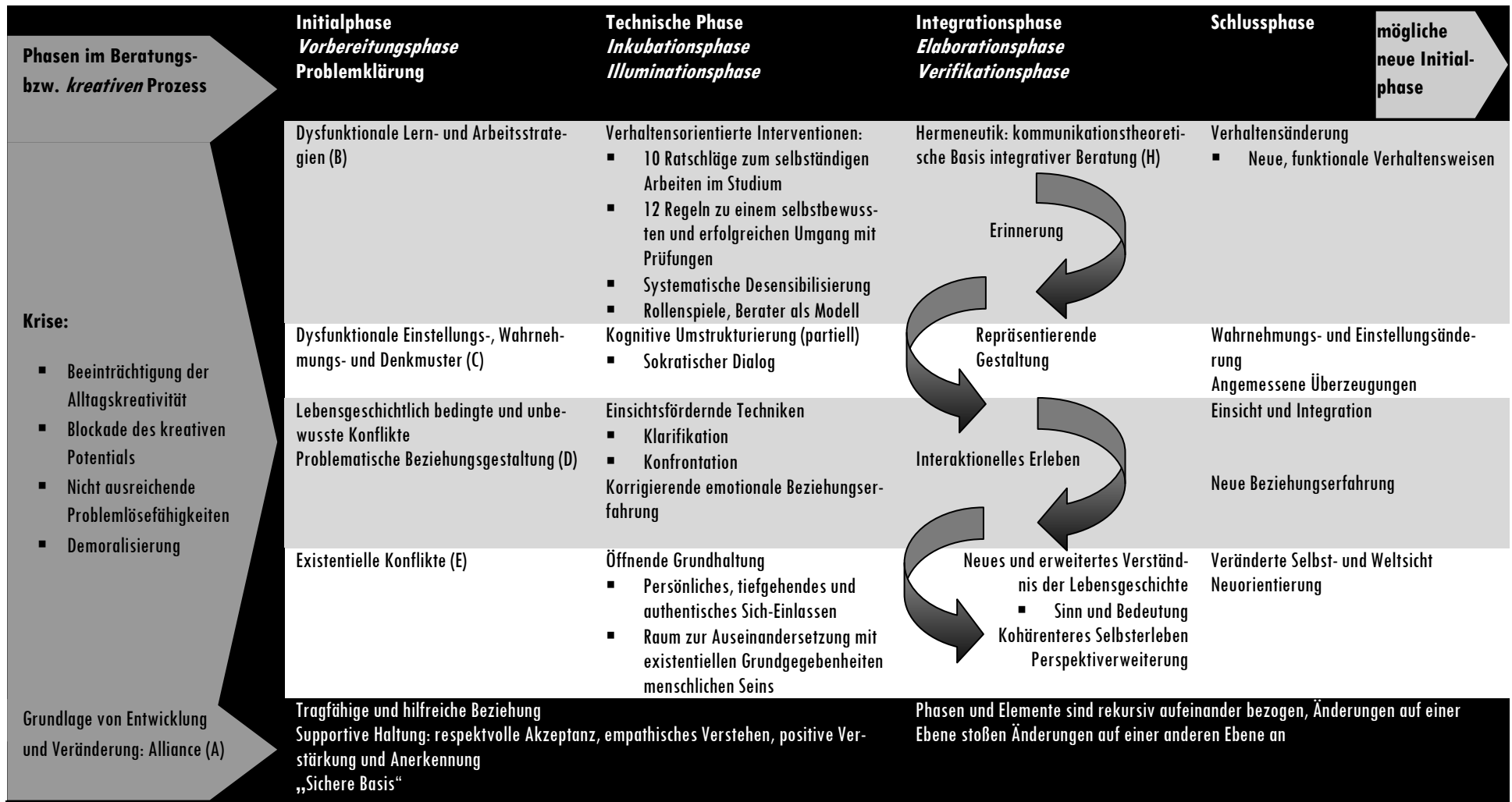


Abbildung 1: Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer psychotherapeutischer Beratung in Zuordnung zu den Phasen des Beratungs- bzw. kreativen Prozesses.



Verhaltenstherapeutische Ratschläge zur produktiven und kreativen Lebensgestaltung werden zwar vom Klienten aufgrund des Expertenstatus des Beraters eher angenommen als von Freunden aus der Umgebung (Holm-Hadulla, 2007). Längerfristig wirksam werden sie jedoch erst dann, wenn die irrationalen Überzeugungen und Bewertungen, die den bisherigen problematischen emotionalen und Verhaltensreaktionen zugrunde liegen, herausgearbeitet und innerhalb des sokratischen Dialogs in Richtung auf angemessenere und funktionalere Bewertungen verändert werden (C). Diese erlauben dem Klienten eine gelassenerere und ruhigere Umgangsweise mit seinen Problemen und befähigen ihn zur Erreichung seiner persönlichen Lebensziele. Die kognitive Umstrukturierung erfolgt in der integrativen psychologischen und psychotherapeutischen Beratung dabei implizit und punktuell in Orientierung an die von Winiarski (2004) vorgeschlagene „zusammengefasste Technik“ (S. 87).

In der Auseinandersetzung mit dysfunktionalen Kognitionen und deren Veränderung tauchen häufig lebensgeschichtlich bedingte und unbewusste Konflikte auf, die der Realisierung des kreativen Potentials entgegen stehen (D). Bei noch sehr auf die Eltern bezogenen Studierenden können Autonomie-Abhängigkeitskonflikte die Verwirklichung kreativer Ressourcen behindern. Wenn bei erfolgreichem Studienabschluss eine äußere Trennung von den Eltern wahrscheinlich wird, die innerlich noch nicht vollzogen ist, kann dieser Konflikt vermeintlich dadurch gelöst werden, dass sich vor entscheidenden Abschlussprüfungen Prüfungsängste und Leistungsversagen einstellen, die ein zumindest übergangswises Verbleiben im Elternhaus sichern. Auch Neid- und Rivalitätskonflikte können die Realisierung der eigenen Fähigkeiten behindern. Aus Angst, sich durch Engagement und gute Leistungen zu sehr aus dem Freundeskreis herauszuheben, die Unterstützung des Umfeldes zu verlieren und vielleicht schon wie in der Schule als Streber Spott und Verachtung auf sich zu ziehen, bleiben Studierende hinter ihren Möglichkeiten zurück. Autoritätskonflikte und -ängste können dazu führen, dass Studierende angebotene Hilfestellungen von Dozenten nicht in erforderlichem Maße annehmen können oder in Prüfungssituationen trotz sehr guter Vorbereitung einen Black-out haben. Innerhalb der integrativen psychologischen und psychotherapeutischen Beratung kann der Klient in Kontakt zu seiner inneren konflikthafter Situation kommen und diese bewusster wahrnehmen lernen.

Die Interventionen der technischen Phase können nicht losgelöst von der Berater-Klient-Beziehung betrachtet werden. Durch die persönliche Unterstützung und die positive Verstärkung seiner individuellen Ressourcen durch den Berater, erfährt der Klient eine Steigerung seiner Selbstachtung und seines Selbstvertrauens, Es entwickelt sich eine tragfähige und hilfreiche Beratungsbeziehung, eine „sichere Basis“ (Bowlby, 1988), von der aus der Klient sich zunehmend mutiger mit ängstigenden und bedrohlichen Wahrnehmungen und Erinnerungen auseinandersetzen kann (A).

*Inkubationsphase:* In der *technischen Phase* befinden wir uns innerhalb des kreativen Prozesses zunächst in der Phase der *Inkubation*. Durch die Interventionen der technischen Phase (Abbildung 1) angeregt, entsteht ein Abstand, „... so daß die Krisensituation ‚aufgehalten‘ wird und die Möglichkeiten, die in der Krise stecken, genutzt werden können“ (Kast, 1989, S. 14). „Das erkannte, formulierte und differenzierte Thema/Problem ruht, bzw. steht im Hintergrund oder läuft am Rande mit“ (Petzold, 2003, S. 129). Nach Kast (1989) ist dies für die KlientInnen

... eine unruhige und frustrierende Zeit. Problemlösungen scheinen auf, werden wieder verworfen; man gerät durch das Problem in immer größeren Druck, hat auch das Gefühl, man brüte etwas aus, fühlt sich aber ineffektiv, inkompetent und leidet an der Vergeblichkeit der Bemühungen, zweifelt letztlich an seinem Selbstwert. (S. 24)

„Das ‚Alte‘ ist oder scheint verloren, das Neue noch nicht entworfen und vor allem noch nicht gelebt“ (Lieb, 2009, S. 26). Durch seine Interventionen bringt der Berater jedoch „... die Überzeugung von der Lösbarkeit des Problems in die Situation hinein und der ‚Kriselnde‘ übernimmt sie gerne als die Hoffnung, daß das Stadium der Krise das Vorstadium einer Wandlung sein könnte“ (Kast, 1989, S. 25). KlientInnen haben so

... trotz aller Vergeblichkeit ... den Eindruck, daß sich etwas tut, daß es nur noch nicht faßbar ist. In dieser Phase muß man aufgeben, bewußt die Sache in den Griff bekommen zu wollen .... [, muss] geschehen ... lassen, darauf ... vertrauen, daß ein Einfall das Chaos ordnen wird. (a. a. O., S. 24)

Petzold (2003) nimmt in der *Inkubationsphase* ein „... Zusammenwirken von *konvergentem* und *divergentem*, von rechts- und linkshemisphärischem Denken ...“ (S. 129) an. „Es ist durchaus möglich, ‚un- bzw. vorbewußtes Weiterarbeiten‘ ... anzunehmen, allerdings keines, in dem reflexiv-analytisches Denken nicht mehr stattfinden kann ...“ (a. a. O.).

*Illuminationsphase*: Die sich der Inkubationsphase anschließende bzw. aus ihr hervorgehende *Einsicht*, die *Illumination*, der *Aha-Effekt*, wirkt in der Beschreibung zunächst recht nüchtern:

It seems that unique insights often result from a process whereby some initial conscious thought is followed by a period during which the problem is put to rest. Subsequently, after this period without conscious thought, a solution or idea presents itself. (Dijksterhuis & Meurs, 2006, S. 136)

Für den Betreffenden ist diese Einsicht in der *Illuminationsphase* des kreativen Prozesses jedoch „... ein Ereignis von *vitaler Evidenz*“ (Petzold, 2003, S. 130), das von Gefühlen der „... Entlastung, Befreiung, Gemeinsamkeit [und] Atmosphären der Zugehörigkeit [und] Zufriedenheit ...“ (a. a. O.) begleitet wird. „... [Ü]ber *Wahrnehmen* und *Erfassen* hinaus [ist] die Dimension des *Verstehens* eröffnet“ (a. a. O.).

Anhand der hermeneutischen Wirkprinzipien (H) *Erinnerung*, *Repräsentierende Gestaltung* und *Interaktionelles Erleben* (Holm-Hadulla, 1996; 1997) lässt sich die vom Wahrnehmen und Erfassen ausgehende Entwicklung hin zum Verstehen nachzeichnen (s. a. Abbildung 1). *Interaktionelles Erleben*: Im „gemeinsamen Erlebensraum“ (Holm-Hadulla, 1997, S. 81) können unangenehme, bedrängende, ängstigende und deprimierende Erfahrungen des Klienten sprachlich und durch Vorstellungsbilder repräsentierend gestaltet werden (*Repräsentierende Gestaltung*). Indem der Berater dem Klienten sein „szenisch gestaltete[s] Erleben“ (a. a. O.) zur Anschauung bringt, kann sich der Wahrnehmungshorizont des Klienten um diese Perspektiven erweitern. In der Akzeptanz vormals nicht zugänglicher innerer Erlebnisse (*Erinnerung*) komplettiert sich seine persönliche Wirklichkeit: Auch schmerzlichen Erfahrungen der Vergangenheit kann unter dieser neuen Betrachtungsweise ein Sinn entnommen werden (vgl. hier die Nähe zum *Reframing* als zentraler Interventionstechnik systemischer Beratungsansätze). Durch Inbesitznahme seiner Geschichte übernimmt der Klient „... die Autorenschaft für das

eigene Leben ...“ (Holm-Hadulla, 1997, S. 32). Aus passivem Geschehen(-Lassen) wird aktives Gestalten, das psychische, psychosomatische und Verhaltenssymptome überflüssig werden lässt. Die Beschäftigung mit den Problemen des Klienten im gemeinsamen Erlebens- und „Übergangsraum“ (Winnicott, 1987), geschieht dabei auf eine spielerische Art und Weise, „... jenseits unmittelbarer Konsequenzen ...“ (Holm-Hadulla, 2000a, S. 378) in Studium und privatem Umfeld. Dieses Spielen mit Gedanken und Vorstellungen ist keinesfalls als Realitätsflucht misszuverstehen, sondern bildet im Gegenteil durch die damit verbundene Gestaltung des psychischen Binnenraums erst die Voraussetzung zu deren Bewältigung. Ein solches Vorgehen i. R. einer Krisenintervention bzw. einer integrativen Beratung oder Kurzpsychotherapie nach dem ABCDE-Modell ermöglicht die nach Rogers (1976) für konstruktive Kreativität notwendige *psychische Freiheit*:

Wenn ein Lehrer, Elternteil, Therapeut oder ein anderer Mensch in fördernder Funktion dem Individuum völlige Freiheit des symbolischen Ausdrucks erlaubt, fördert er Kreativität. Diese Permissivität gibt dem Individuum völlige Freiheit, das, was er im Innersten seines Selbst ist, zu denken, zu empfinden, zu sein. Sie begünstigt die Offenheit und das spielerische und spontane Jonglieren mit Wahrnehmungen, Begriffen und Bedeutungen und das macht einen Teil der Kreativität aus. (S. 348)

Durch die hermeneutischen Wirkprinzipien ist auch die Grundlage für eine „Ich-Du-Beziehung“ nach Buber (1974) geschaffen, die von ihm als zentral für die persönliche Entwicklung erachtet wird: „... [D]enn das innerste Wachstum des Selbst vollzieht sich nicht, wie man heute gern meint, aus dem Verhältnis des Menschen zu sich selber, sondern aus dem zwischen dem Einen und dem Anderen“ (Buber, 1965, S. 36). Für May (1964, 1987) steht die Begegnung im Mittelpunkt seiner aus Kontakten und Gesprächen mit Künstlern und Dichtern hervorgegangenen Kreativitätstheorie: „Creativity occurs in an act of encounter, and is to be understood with this encounter as its center“ (May, 1964, S. 39). „Wir können Kreativität [zwar] nicht *willentlich* erzwingen. Aber wir können uns auf eine Begegnung *willentlich* mit Hingabe und intensivem Engagement einlassen“ (May, 1987, S. 42). Die Möglichkeit einer solcherart gestalteten persönlichkeits- bzw. kreativitätsförderlichen Begegnung ist im ABCDE-Modell integrativer Beratung über das persönliche, tiefgehende und authentische Sich-Einlassen des Beraters gegeben (E). Im Rahmen integrativer psychotherapeutischer Beratung kann der Klient durch eine solche intensive Begegnung „... sein Gefühl der Entfremdung von der übrigen Menschheit überwinden“ (May, 1987, S. 132) und über Bilder und Symbole zu einer „neuen Form“ gelangen: „... also kommt die benötigte Einsicht, am besten in Form eines Bildes, im Bewußtsein des Betroffenen zustande“ (May, a. a. O., S. 133). Nach May (a. a. O.) „... ist [der] schöpferische Prozeß ... der Kampf gegen die Auflösung, das Ringen, neue Daseinsformen ins Leben zu rufen, die Harmonie und Integration zu ermöglichen“ (S. 133 f.).

#### **1.6.1.4 Integrations- bzw. Elaborations- und Verifikationsphase**

*Integrationsphase*: Die durch die Interventionen auf den unterschiedlichen Beratungsebenen angeregten und durch die hermeneutischen Wirkprinzipien beförderten Verhaltensalternativen, veränderten Überzeugungen und Bewertungen, (emotionalen) Einsichten und Erweiterungen des (Selbst-)Verständnisses müssen in der Phase der *Integration* nach Petzold (2003) einer „... kritische[n] Reflexion und Überprüfung im Hinblick auf die Ausgangslage und die in der Initialsituation avisierten Zielsetzungen ...“ (S. 130) unterzogen werden und in „... Handlungskonsequenzen ...“ (a. a. O.) überführt werden. Die Integrationsphase des therapeutischen

bzw. Beratungsprozesses entspricht nach Petzold (2003) der *Elaborations-* bzw. *Verifikationsphase* des kreativen Prozesses.

*Elaborations-* bzw. *Verifikationsphase*: Erweisen sich die erarbeiteten Lösungen in Hinblick auf die spezifische Problemkonstellation des Klienten als hinreichend nützlich, so ist das Behandlungsziel erreicht und die Beratung oder Kurzpsychotherapie geht in die *Schlussphase* über. „... [W]enn die Ergebnisse der kritischen Reflexion ... [hingegen] nicht genügen oder wenn sich keine oder nur ungenügende Aspekte für ihre Umsetzung in Handeln finden“ (Petzold, 2003, S. 130), dann kann sich aus der Phase der Elaboration und Verifikation i. S. der „... ‚hermeneutischen Spirale‘ ...“ (a. a. O.) eine neue Initialphase ergeben. Unter dieser Betrachtungsweise erscheint der Übergang von einer Krisenintervention in eine Kurz- und auch längere Psychotherapie als Abfolge von Behandlungssequenzen bzw. Durchlaufen sich aneinander reihender bzw. aufeinander aufbauender kreativer Prozesse.

#### **1.6.1.5 Schlussphase**

*Schlussphase*: In dieser Phase wird der Beratungsprozess zusammengefasst und evaluiert. Ein Resümee der gemeinsamen Arbeit kann für Klient wie Berater gleichermaßen gewinnbringend sein. Ein solcher Austausch kann von Fragen geleitet sein wie: „Was nimmt der Klient aus der Beratung mit?“, „Was hat er als besonders hilfreich erlebt?“, „Was war weniger förderlich?“ Der Berater kann dem Klienten auch mitteilen, was aus seiner Sicht im Beratungsprozess besonders wichtig war und worauf der Klient in Zukunft seiner Ansicht nach achten sollte. Dadurch werden dem Klienten noch einmal seine Entwicklungsfortschritte vor Augen geführt, die ihn darin bestärken können, seinen weiteren Weg ohne Beratung fortzusetzen. In Zuordnung zu den Ebenen des ABCDE-Modells sind mögliche kreative „Produkte“ integrativer Beratung: funktionalere Verhaltensweisen (B), die von angemesseneren Überzeugungen getragen sind (C) und neue (emotionale) Einsichten (D), die – wie die Verhaltens- bzw. Wahrnehmungs- und Einstellungsänderungen der B- und C-Ebene – zu einer veränderten Selbst- und Weltsicht (E) beitragen können (Abbildung 1). Diese kreativen „Produkte“ integrativer Beratung ermöglichen dem Klienten eine Neuorientierung und ein verbessertes Kohärenzerleben (Holm-Hadulla, 2011; Holm-Hadulla, Hofmann & Sperth, 2012).

Damit die Begegnung innerhalb der Berater-Klient-Beziehung für den Klienten zu einer korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrung (ebenfalls ein mögliches kreatives „Produkt“ integrativer Beratung der D-Ebene) werden kann, ist der Abschiedssequenz der Beratung besondere Beachtung zu schenken. Besonders Klienten mit traumatischen Trennungserfahrungen und -ängsten in der Vorgeschichte fällt der Abschied nicht immer leicht. Hier kann es hilfreich sein, dem Klienten das Signal zu geben, dass er sich in Krisenzeiten jederzeit wieder an den Berater wenden kann, was ohnehin eine Selbstverständlichkeit sein sollte. Auch die Aussicht auf Nachgespräche (persönlich oder telefonisch) erleichtert manchmal den Abschied und die Beendigung der Beratung. Katamnestiche Nachgespräche im Zeitabstand von 3, 6 oder 12 Monaten sind darüber hinaus immer sinnvoll, um die Stabilität der erreichten Veränderungen abschätzen zu können und bei offenen Problemen frühzeitig eine weitere, ggf. auch psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung einleiten zu können.

Vorstehende Darstellung ist aus Illustrationszwecken linear aufgebaut, „... [d]ie Phasen des kreativen Prozess sind [jedoch] nicht linear aufeinander folgend, sondern rekursiv, ... durchdringen sich gegenseitig (Holm-Hadulla, 2000a, S. 376). Gleiches gilt für die „... Dimensionen

des ABCDE-Modells [ , die] rekursiv aufeinander bezogen [sind]“ (Holm-Hadulla et al., 2009a, S. 330). KlientInnen, die um Beratung nachsuchen, können sich nach Cole und Sarnoff (1980) zu Beratungsbeginn daher in unterschiedlichen Phasen des kreativen Prozesses befinden:

... persons may move directly into a period of incubation or develop a commitment to solve their problems, which May recognizes as first prerequisite for the creative process. Some may expect the counselor to make the commitment or the solution to appear magically. These people must first „own“ the problem, admitting it is theirs and only they can solve it. Still others may have already arrived at the illumination stage, but are not elaborating the solution because of fear or guilt. These people need to defer judgment so they can take the needed elaborative steps. (S. 143)

Nachdem die Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung beschrieben (Kapitel 1.5.2 bis 1.5.8), hermeneutische Wirkprinzipien als Basis und verbindendes Element dargestellt (Kapitel 1.5.9) und auf die den Haltungen, Strategien und Interventionen inhärenten persönlichkeits- bzw. kreativitätsförderlichen Aspekte verwiesen wurde (Kapitel 1.6.1), soll das integrative Beratungskonzept nun anhand einer Kasuistik in seiner praktischen Anwendung illustriert werden (Kapitel 1.7).

## **1.7 Kasuistik**

Es handelt sich um einen anonymisierten Beratungsfall des Autors, der in gekürzter und leicht veränderter Form bereits in Sperth et al. (2009) erschienen ist und auch in Holm-Hadulla et al. (2011) zur Illustration des ABCDE-Modells integrativer Beratung dient.

### **1.7.1 Initial- bzw. Vorbereitungsphase**

*Die 21-jährige Klientin studiert im dritten Semester im Bachelorstudiengang Biologie. In ihrer letzten mündlichen Prüfung in Ernährungsbiologie habe sie einen Black-out gehabt, habe eine „Leere im Kopf“ verspürt, habe „nicht mehr gewusst, was sie sagen“ solle. Es sei ihr nicht gelungen, das, was „in ihren Gedanken“ gewesen sei und was sie eigentlich zum Ausdruck hätte bringen wollen, „authentisch genug“ zu vermitteln. Sie hätte sich den Fragen hilflos ausgeliefert gefühlt, hätte kurz und einsilbig geantwortet, sodass der gewünschte Dialog nicht zustande gekommen sei und sie die Prüfung nicht bestanden hätte. Der Prüfer hätte ihr dringend nahe gelegt, an „ihrem Problem zu arbeiten“ und sie an die PBS verwiesen.*

#### **1.7.1.1 Erstgespräch**

*Die mittelgroße brünette Klientin ist modisch gekleidet und stark geschminkt, in ihrer Erscheinung wirkt sie puppenhaft. Sie sitzt aufrecht in ihrem Sessel, hält sich mit ihren Händen an den Armlehnen fest, als suche sie Halt. In monotoner Stimmlage berichtet sie von der vergangenen mündlichen Prüfung, ihrer Vorbereitung darauf und ihrer „Prüfungsangst“. Dabei wirkt sie z. T. kindlich-naiv und wenig emotional beteiligt. Dieser Eindruck ändert sich, als sie von ihrer Mutter berichtet. Diese leide seit Jahren an hypochondrischen Ängsten und depressiven Verstimmungen. Die Mutter übertreibe gerne und beschwere sich häufig, dass die Klientin ihre Krankheit nicht ernst nehmen würde und „nie für sie da“ sei. In ihrer Schilderung der Situation mit der Mutter erscheint die Klientin deutlich erwachsener und ihre berechtigte Sorge um die Mutter, aber auch ihre Verärgerung darüber, dass die Mutter sich in ihre Krankheit flüchtet und ihr das Leben schwer macht, ist gut einfühlbar.*

#### 1.7.1.1.1 Problemklärung

*Die Klientin berichtet über Schwierigkeiten, sich längerfristig auf Prüfungen vorzubereiten. Zwar mache sie sich „große Pläne“, scheitere aber regelmäßig an deren Umsetzung und gebe ihr Vorhaben einer kontinuierlichen Vorbereitung dann rasch auf. Auch wird deutlich, dass es der Klientin sehr schwer fällt, sich selbst zu vertreten. Sie stellt sich Erwachsenen gegenüber gerne als „nett und gutmütig“ dar. Sie schätze die Harmonie und möchte „nicht unangenehm auffallen“. Daher versuche sie immer zu errahnen, was ihr Gegenüber hören wolle und entsprechend zu antworten. Da sie in der vergangenen Prüfung die Haltung des Prüfers in Bezug auf die Inhalte jedoch nicht so gut vorhersehen konnte, sei sie sehr unsicher gewesen. Die Klientin stimmt zu, dass dieses Im-Voraus-die-Erwartungen-des-Gegenübers-Er ahnen und sich diesen Erwartungen gemäß zu verhalten, unendlich anstrengend ist und häufig dazu führt, dass sie sich „verbiegt“ und sich „unecht“ fühlt. Gleichzeitig habe sie dies, seit sie denken könne, schon immer so gemacht.*

#### 1.7.1.1.2 Aufbau einer tragfähigen und hilfreichen Beratungsbeziehung

*Möglicherweise durch mein akzeptierendes, interessiertes und empathisches Zuhören scheint sich die Klientin im Gesprächsverlauf etwas zu entspannen. Sie lehnt sich hin und wieder in ihren Sessel zurück, wird zugänglicher und offener, ihre Beschreibungen werden lebendiger. Mein anfängliches Gefühl der Langeweile weicht einem Gefühl der Sorge um die Klientin; hinter ihrer „schönen Fassade“ entdecke ich hilfsbedürftige und liebenswerte Seiten. Es scheint sich eine Ebene der Verständigung zu etablieren.*

Nachdem die Klientin gegangen ist, halte ich als vorläufige Diagnose eine Lern- und Arbeitsstörung, Selbstwertzweifel und eine Identitätsunsicherheit fest. Es ergaben sich keinerlei Hinweise auf eine psychotische Störung oder aktuelle Suizidalität.

#### 1.7.1.2 Zweite Sitzung

*Die Beratungsbeziehung zur Klientin ist zu Beginn der Beratung insofern erschwert, als dass sich ihr (unbewusstes) Interaktionsmuster natürlich auch zwischen uns inszeniert. Die Klientin berichtet bspw., dass sie sich vorher auf dem Weg hierher eine Antwort auf meine Frage, wie es ihr gehe, überlegt hätte. Anfangs hätte sie mir antworten wollen, dass alles schlecht laufe. Dann jedoch sei ihr eingefallen, dass Manches ganz gut gelaufen sei. Nun sei sie verwirrt, weil sie nicht wisse, was die richtige Antwort auf meine Frage nach ihrem Befinden sei. An dieser Stelle habe ich den Eindruck, dass sich die Klientin auch mir gegenüber entweder als „strahlende Prinzessin“ und „unkompliziertes funktionierendes Kind“ präsentieren möchte, dem es (scheinbar) gut geht oder als jemand, der völlig hilflos ist und alleine gar nichts auf die Reihe bringt. Ich lade die Klientin dazu ein, dass sie ihre Befindlichkeiten hier so äußern kann, wie sie sind und dass sie mir nichts „vorspielen“ muss.*

#### 1.7.1.2.1 Auftragsklärung

Da die Klientin ihre Wiederholungsprüfung in Ernährungsbiologie unbedingt bestehen muss, um ihr Studium fortsetzen zu können, mache ich ihr in der zweiten Sitzung das Angebot einer 10 Stunden umfassenden Beratung, um sie in der Vorbereitung auf diese Prüfung zu begleiten und zu unterstützen. Sie nimmt dieses Angebot dankbar an und als *Beratungsziel* ergibt sich, eine Form der Prüfungsvorbereitung zu finden, die ihr das „Lernen auf den letzten Drücker“ erspart und sie selbstsicherer in die Prüfung gehen lässt.

## **1.7.2 Technische bzw. Inkubations- und Illuminationsphase**

### **1.7.2.1 Verhaltensorientierte Intervention zur effektiven Prüfungsvorbereitung und zu einer ausgeglichenen Work-Life-Balance**

Um das angestrebte Beratungsziel erreichen zu können, erschien es zunächst sinnvoll, das bisherige Lern- und Arbeitsverhalten der Klientin näher zu untersuchen.

*Sie berichtet, dass sie sich auf Prüfungen ausschließlich in ihrem Zimmer vorbereite. Dort sei sie jedoch häufig abgelenkt, könne sich nicht richtig konzentrieren. Wenn Leute anrufen würden und sich mit ihr treffen wollten, hätte sie Schwierigkeiten, ihnen abzusagen. Sie lege dann lieber ihre Arbeit zur Seite, gehe Kaffee trinken oder abends aus und setze sich erst nach diesen Treffen bis nachts an den Schreibtisch, sodass sie die eigentlichen Lernzeiten tagsüber nicht richtig zum Lernen nutze. Wir besprechen, dass es ihr helfen könnte, Arbeitsort und Privatbereich zu trennen und ich ermutige sie zu einem Lernen in der Bibliothek. Da es der Klientin in der Vergangenheit nie gelungen ist, einen realistischen Arbeitsplan zu erstellen, besprechen wir zunächst ganz allgemein, wie ein solcher Plan aufgebaut sein sollte. Der Klientin erscheint es ungewohnt, den gesamten zur Verfügung stehenden Zeitraum „vorauszuplanen“, sie hatte sich bisher nur für jede Woche Wochenpläne gemacht und den Lernstoff darauf „irgendwie verteilt“, ohne „das große Ganze“ zu berücksichtigen. Auch das Eintragen von Zeit für alltägliche Aufgaben wie Haushalt und die Planung von Freizeit erscheint ihr zunächst ungewohnt. Wir besprechen auch, wie sie ihre Freizeit sinnvoll gestalten kann, um ihre Energiereserven wieder aufzutanken und Genuss und Spaß zu erleben. Die Klientin möchte wieder öfter ins Fitnessstudio gehen und sich abends mit Freundinnen treffen. Für die nächste Sitzung gebe ich ihr die Hausaufgabe, einen realistischen Lernplan zu erstellen. Zur Orientierung gebe ich ihr die 10 Ratschläge zum selbständigen Arbeiten im Studium mit, einen in der PBS Heidelberg entwickelten Leitfaden für ein eigenständiges strukturiertes und zielorientiertes Arbeiten im Studium, den wir bei Arbeitsschwierigkeiten an die KlientInnen ausgeben.*

### **1.7.2.2 Veränderung dysfunktionaler Kognitionen (3. bis 6. Sitzung)**

*In der dritten Sitzung zeigt mir die Klientin stolz ihren Lernplan, der gut gelungen ist. Sie hat sowohl einen Monatsplan erstellt, der die Vorbereitung auf die Prüfung in Ernährungsbiologie abdeckt, als auch einen Plan für die aktuelle Woche, in dem sie die Grobplanung auf die Wochenarbeitszeit übertragen hat. Neben regelmäßigen Lernzeiten beinhaltet der Plan auch genügend Freizeitausgleich. Die Orientierung an diesem Plan und die Einhaltung der Lernzeiten gelinge ihr besser als erwartet, sie sei dennoch unzufrieden mit sich. In Ernährungsbiologie gebe es klare und eindeutige Fragen und Antworten und welche mit einem bestimmten Interpretationsspielraum. Bei letzteren müsse sie die Antwort genau auf das abstimmen, was der Prüfer hören wolle, was jedoch aufgrund der Stofffülle nicht möglich sei. An solchen Fragen verzweifle sie, da sie keine klare Orientierung hätte, was richtig und was falsch sei. Sie müsse die Prüfung jedoch unbedingt bestehen, da sie sonst nicht weiterstudieren könne. Auch brauche sie eigentlich eine gute Note, um später eine Chance zu haben, zum Masterstudiengang zugelassen zu werden.*

Aus den bisherigen Informationen der Klientin ergibt sich folgende *dysfunktionale Bewertung* der Prüfung: Ich muss im Vorfeld die korrekten Antworten erraten, die mein Prüfer auf alle seine Fragen hören möchte, sonst

- ist der Prüfer persönlich enttäuscht von mir,
- kann ich die Prüfung auf keinen Fall bestehen.

Die Klientin scheint Prüfungen zu einer emotionalen Bewertungssituation ihrer Person zu machen. Sie glaubt, sich den für sie uneindeutigen und schwer vorhersehbaren Anforderungen des Prüfers unterwerfen zu müssen, um dessen Anerkennung und Zuneigung nicht zu verlieren. Ihren eigenen Ansichten und Haltungen den Fragen und Antworten gegenüber schenkt sie kein Vertrauen. Diese Bewertung der Prüfung erschwert die Vorbereitung ungemein und stellt die Klientin vor ein sehr zeitaufwändiges bis unmöglich zu lösendes Problem.

#### 1.7.2.2.1 Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen

Das Ziel der Intervention auf der kognitiven Ebene ist es, „... für den Klienten erfahrbar/deutlich werden zu lassen, dass *seine* subjektive Art der Bewertung einer bestimmten Situation [hier: Prüfung als Überprüfung der Person] nur eine von vielen möglichen ist und dass es langfristig hilfreiche Alternativen gibt, die mit sehr viel weniger emotionalem Leid verbunden sind“ (Wilken, 2006, S. 110). Entsprechend soll die Angemessenheit der Überzeugungen und Ansprüche der Klientin von ihr geprüft und dann von ihr selbst hin zu einer funktionaleren Bewertung der Prüfung verändert werden. Wie dies geschieht, zeigt der folgende *sokratische Dialog* zur Frage der Verwendung von Diätmargarine:

*Klientin:* Zum Beispiel hat sich der Dozent widersprüchlich geäußert, ob Diätmargarine gesünder als Butter ist.

*Berater:* Das macht es Ihnen natürlich schwer, die richtige Antwort zu erraten. Was halten Sie denn von der Verwendung von Diätmargarine?

*Klientin:* Es ist schon so, dass in der Diätmargarine mehrfach ungesättigte Fettsäuren sind, die den Cholesterinspiegel senken, da gibt es auch wissenschaftliche Studien zu. Andererseits ist es falsch, zu glauben, dass Margarine automatisch weniger Fett als Butter enthält, die Fettsäurezusammensetzung ist nur unterschiedlich. Außerdem ist Butter ein viel besserer Geschmacksträger und deshalb ist die Entscheidung, ob man lieber Butter oder Margarine verwenden sollte, zumindest für Gesunde letztendlich eine Geschmacksfrage. Menschen mit erhöhten Blutfettwerten sollten aber lieber zur Diätmargarine greifen.

*Berater:* Das heißt, es gibt da gar keine ganz eindeutige Antwort, die Antwort ist sozusagen „Geschmackssache“. Was glauben Sie denn, wie der Dozent Ihre Antwort bewerten würde?

*Klientin:* Weiß nicht genau, das ist ja gerade mein Problem, dass ich nicht weiß, was er wirklich hören will.

*Berater:* Und wenn Sie nicht genau wissen, was der Dozent hören will, sagen Sie lieber gar nichts?

*Klientin:* Im Zweifelsfall ja.

*Berater:* Aber wenn Sie nichts sagen, dann kann der Dozent ja auf keinen Fall sehen, dass Sie sich mit dem Thema überhaupt auseinandergesetzt haben.

*Klientin:* Aber wenn mich der Dozent dann doof findet?

*Berater:* Weil Sie nicht genau wissen, was er von Diätmargarine hält? Finden Sie gleich jemanden doof, der nicht zu allem die richtige Antwort hat, vor allem wenn es ja gar keine ganz richtige Antwort gibt?

*Klientin:* Sie meinen also, ich soll lieber etwas nicht ganz so Richtiges sagen als gar nichts?

*Berater:* Das wäre doch eine Überlegung wert, insbesondere weil ich Ihre Antwort auf die Frage sehr gut und sehr ausführlich fand.

In dieser und in den nächsten Sitzungen kommt es immer wieder zu ähnlichen Dialogen wie dem beschriebenen. Allmählich gewinnt die Klientin ein größeres Zutrauen in ihre Sicht der



Dinge: Sie ist nicht mehr der Überzeugung, dass „alles was sie macht, nicht gut genug“ ist, sondern dass das, was sie denkt und macht, zumindest „nicht mehr nur verkehrt“ sein kann. Während dieser Arbeit vergessen wir nicht die anfänglichen verhaltensorientierten Work-Life-Balance Strategien. Diese hat die Klientin allerdings so weit verinnerlicht, dass sie nur noch am Rande Thema sind.

*Die Einstellung der Klientin zum Lernen verändert sich. Im Vergleich zu früher gerät sie „nicht mehr so in Panik“. Während sie früher zwei Wochen vor der Prüfung gedacht hätte: „Oh je, nur noch zwei Wochen zum Lernen“, würde sie nun die verbleibende Zeit als „Chance sehen, noch mehr zu lernen“. Es sei schon lange nicht mehr vorgekommen, dass sie „die Nächte durchgelernt“ hätte. Insgesamt sei sie viel organisierter und gönne sich auch in den letzten Tagen vor der Prüfung noch etwas, um nach dem Lernen auf andere Gedanken zu kommen. Sie schafft die mündliche Prüfung in Ernährungsbiologie schließlich mit sehr gutem Ergebnis. In der Prüfung sei es ihr leicht gefallen, zu reden und zu erzählen, sie hätte „authentisch und von innen heraus“ geantwortet, ihre Sichtweise der Dinge dargelegt und sich nicht überlegt, was der Prüfer hören wollte. Wenn sie drohte, den Faden zu verlieren, sei sie ruhig geblieben, hätte nachgedacht und dann eine Antwort gegeben, die zwar nicht immer hundertprozentig richtig gewesen sei, jedoch zu weiterführenden Fragen des Dozenten geführt hätte, sodass ein gutes Prüfungsgespräch entstanden sei. Im Vorfeld der Prüfung sei sie erstaunlich ruhig gewesen, hätte ein Gefühl der Sicherheit in sich verspürt, dass sie es schaffen könnte. Sie hätte auf das vertraut, was sie sich zu den Themen herausgeschrieben hätte, hätte damit ein Fundament gehabt, auf das sie zurückgreifen konnte, „egal, welche Frage kommt“. Damit ist das ursprünglich vereinbarte Beratungsziel erreicht. Die Klientin signalisiert jedoch, dass sie weitere Gespräche nutzen möchte, um noch mehr Sicherheit zu bekommen.*

### **1.7.3 Integrations- bzw. Elaborations- und Verifikationsphase**

#### **1.7.3.1 Psychodynamische Ebene (ab 7. Sitzung)**

*In der darauffolgenden Stunde spricht sie erstmalig (anfänglich nicht ohne Scham und Zögern) von ihrer seit einem Jahr bestehenden Beziehung. Auf Drängen einer Freundin habe sie deren jüngeren Bruder und jetzigen Freund kennen gelernt. Nach einer ersten körperlichen Annäherung hätte sie jedoch erst einmal keinen verbindlicheren Kontakt gesucht. Die Freundin hätte ihr dann aber nahegelegt, es doch einmal zu versuchen und so sei sie in die Beziehung wie schon in die Beziehungen zuvor „eher reingestolpert“. Bereits nach kurzer Zeit sei ihr jedoch klar geworden, dass die beiden zu verschieden seien: sie sehr emotional und er sehr rational. Er gebe ihr nicht das, was sie brauche, mache ihr keine Komplimente, sage ihr nicht oder nur auf ihr Drängen hin, dass er sie vermisse. Die Klientin vermisst in der Beziehung „tiefgründigere Gespräche“. Sie vermisse auch das Gefühl, in seiner Gegenwart „wirklich Frau“ zu sein, fühle sich in ihrer Attraktivität zu wenig bestätigt. Zwar bemühe sich der Freund sehr, die Kritik, die sie an ihm äußert, umzusetzen und sich zu verändern, bislang jedoch mit für sie wenig akzeptablem Erfolg.*

*Auf die zirkuläre Frage (von Schlippe & Schweitzer, 2003), wie es denn wäre, wenn der Freund genauso wäre, wie sie ihn sich idealerweise vorstellen würde, ihr beständig Komplimente machen würde, sie immer genau dann küssen würde, wenn sie es wolle, ihr jeden Wunsch von den Lippen ablesen würde, antwortet die Klientin, dass der Freund dann ja wie eine Marionette oder wie ein Spielzeug wäre, das man bei Bedarf aus dem Schrank holt. Das wolle sie dann auch nicht. Sie wolle schon, dass der Freund „eine eigene Persönlichkeit“ hätte. Indem ich mich ein Stück weit*

auf die Seite des Freundes stelle und aus seiner Position heraus argumentiere, können wir gemeinsam verstehen, dass sich hier ein schwieriges Interaktionsmuster herausgebildet hat: Ausgelöst durch ihre Unzufriedenheit mit der Beziehung, gerät der Freund in seinem Bemühen, es ihr besonders recht machen zu wollen, immer mehr unter Druck und wird dadurch immer mehr zur Marionette, was für sie dann wieder Anlass zur Kritik bietet, dass von ihm so wenig Eigenes komme.

Die Beziehungsgestaltung mit dem Freund könnte psychodynamisch so verstanden werden, dass die Klientin ihr eigenes Gefühl des Manipuliert-Werdens durch andere (ihre Marionetten-seite) in den Freund hineinlegt und ihn selbst manipuliert: Aus der (unbewussten) Befürchtung heraus, dass der Freund sie wie andere (frühere) Beziehungspersonen (bspw. die Mutter) auch zur Marionette eigener Wünsche und Bedürfnisse machen könnte, manipuliert sie den Freund lieber selbst. Dieser Abwehrmechanismus der *projektiven Identifizierung* wird in der Beratung nicht gedeutet. Durch teilweise Identifizierung mit dem Freund versuche ich jedoch, der Klientin ein Stück weit zu spiegeln, was sie mit dem Freund macht, wie man zur Marionette wird und wie man aus diesem Teufelskreis vielleicht auch wieder herauskommen kann, indem man eine „eigene Persönlichkeit“ entwickelt. Ganz allgemein versuche ich, die Klientin in ihren echten und authentischen Aspekten positiv zu spiegeln.

Der Klientin soll in der aktuellen Beziehung zum Berater eine positive Beziehungserfahrung i. S. der *korrigierenden emotionalen Erfahrung* von Alexander und French (1946) ermöglicht werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass therapeutische Veränderungen auch ohne vollständiges Bewusst-Machen abgewehrter Inhalte erfolgen können. Aus psychodynamischer Sicht scheine ich als externes Hilfs-Ich zu fungieren, das der Klientin Sicherheit und Struktur gibt: Sie bemerkt, dass die Bestätigung, die sie hier von mir erfahren würde, ihr sehr helfen würde. Darüber hätte sie erfahren, dass das, was sie mache und wie sie denke, so verkehrt nicht sein könne. Daneben stellt die Beratung einen Übergangsraum im Sinne Winnicotts (1987) dar, einen Raum für Entwicklung, in dem sie wichtige Aspekte ihrer Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft wahrnehmen und kreativ gestalten kann (Holm-Hadulla, 2007).

### **1.7.3.2 Existentielle Ebene**

In jeder Beratung kommen Themen auf, die allgemein menschlich sind: Gestaltung von Partnerschaften, berufliche Entwicklung, Sinn des Lebens, Kreativität. In der vorliegenden Beratung kommt dem Ringen der Klientin um Autonomie und Authentizität eine zentrale Bedeutung zu. Die Klientin sieht sich vor die existentielle Frage gestellt, inwieweit sie sich so zeigen darf, wie sie wirklich ist oder ob sie zur Sicherung der Anerkennung und Zuneigung anderer und einer vermeintlichen Harmonie wesentliche (Selbst-)Anteile verdeckt halten muss, was zur Folge hat, dass sie sich unlebendig und unecht fühlt und zur Marionette wird.

### **1.7.4 Schlussphase**

#### **1.7.4.1 Hermeneutische Wirkprinzipien und kreative „Produkte“ integrativer psychotherapeutischer Beratung**

Die hermeneutischen Wirkprinzipien *Erinnerung*, *Repräsentierende Gestaltung* und *Interaktionelles Erleben* sind Bestandteil jedes Gesprächs (Kapitel 1.5.9), in Beratungs- und Therapiegesprächen werden sie jedoch systematischer genutzt (Holm-Hadulla, 1996; 1997), was ganz implizit geschieht. Im vorliegenden Fallbeispiel lassen sich folgende, durch Interventionen auf

den unterschiedlichen Beratungsebenen angeregt und mittels hermeneutischer Wirkprinzipien beförderte kreative „Produkte“ integrativer Beratung festhalten:

*Perspektiverweiterung im interaktionellen Erleben:* Bei der Klientin hat eine Erweiterung des Selbstbildes stattgefunden, die u. a. über sokratische Dialoge und zirkuläres Fragen angeregt wurde. Sie sieht sich nicht mehr länger nur als jemand, der alles falsch, sondern der zumindest einiges richtig macht. Nicht länger als jemand, der keine Meinung hat oder diese zur Sicherung einer Pseudoharmonie nicht äußern darf, sondern als jemand, der zu seiner Meinung auch in der Prüfungssituation stehen kann. Die veränderte Selbstsicht geht mit Verhaltensänderungen einher; ebenso können umgekehrt durch Verhaltensratschläge angeregte Änderungen bspw. im Lernverhalten zu einer anderen und vollständigeren Sicht auf sich und andere beitragen. Im Gegensatz zu früher, als die Klientin sich aus der Angst heraus, die Freundinnen zu enttäuschen oder gar zu verlieren, sehr an diesen orientiert und ihr Lernen erst nach den Treffen in die Abendstunden verlegt hat, konnte sie durch die Ermutigung zur klaren Trennung von Arbeits- und Freizeit die Erfahrung machen, dass sie sich längerfristig und konsequent auf Prüfungen vorbereiten kann und dabei trotzdem nicht auf Kontakte mit Freundinnen verzichten muss, die entgegen ihrer Erwartung nicht enttäuscht, sondern verständnisvoll auf die von ihr klar vertretenen Lernzeiten reagierten.

*Repräsentierende Gestaltung:* Im von der Klientin für den Freund gefundenen Bild der Marionette verdichtet sich ihre eigene Identitäts- und Beziehungsproblematik. Im Sprechen über den Freund und die aufrechterhaltenden Mechanismen für sein Marionettendasein konnten ihre Anteile an diesem schwierigen Interaktionsmuster verdeutlicht werden und stellvertretend für sie selbst, aber auch das Paar, Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie durch Entwicklung einer „eigenen Persönlichkeit“ die Marionette „abgelöst“ werden kann.

#### **1.7.4.2 Abschließende Einordnung und Bewertung des Fallbeispiels**

Bei der insgesamt 15 Sitzungen umfassenden integrativen Beratung bzw. Kurzpsychotherapie handelt es sich in der Einordnung nach Kast (1989) um eine Unterstimulierungskrise. Der (Über-)Lebensmodus der Klientin, sich ihrer Umgebung (maximal) anzupassen (i. S. eines *falschen Selbst* nach Winnicott, 1965), hatte in der zurückliegenden Prüfung nicht zum Erfolg geführt. Die Erwartungen der Prüfer vollständig vorauszuahnen und sich dementsprechend vorbereiten und verhalten zu können, war der Klientin verständlicherweise nicht möglich gewesen. Neben der Reproduktion des Lernstoffes wurde in der Prüfung Eigenes verlangt, war ihre Einschätzung und Meinung, war sie *als Person* gefragt. Die Einladung der Prüfer, sich selbst einbringen und äußern zu können, konnte von der Klientin nicht angenommen werden, das Gespräch verstummte, brach ab. Durch das Interesse der Prüfer an ihrer Sichtweise war die Klientin aus dem Konzept gebracht, war damit konfrontiert, dass sie in ihrem Erleben überhaupt keine eigene Meinung hatte, bzw. dieser nicht genug trauen konnte, um sich darüber mitzuteilen. Die Fragen der Prüfer nach ihrer Meinung bzgl. des Lernstoffes trafen sie auf einer viel existentielleren Ebene, sie fühlte sich als Person in Frage gestellt, in Gänze hinterfragt. Etwas umformuliert und auf das der Krise zugrundeliegende Hauptproblem (Kast, 1989) abzielend, könnte man auch formulieren: Die Klientin wusste auf die Frage, wer sie als Person denn eigentlich sei, keine Antwort, was ihr verständlicherweise große Angst machte. Sie selbst und ihr bisheriger Lebensmodus der überwiegenden Anpassung an ihre Umgebung waren grundlegend in Frage gestellt.

Das Angebot, sie in der Vorbereitung auf die Wiederholungsprüfung zu begleiten, brachte vermutlich eine gewisse Entspannung in die Situation, über die Vermittlung von Lern- und Arbeitsstrategien hatte die Klientin einen Anker, eine Orientierung. Diese Orientierung geschah jedoch nicht nur nach dem gewohnten Muster der Anpassung an äußere Erwartungen – in diesem Falle die des Beraters und seine Vorstellungen über die „richtige Art, sich vorzubereiten“ –, sondern es war möglich, einen ersten Zugang zur Persönlichkeit der Klientin hinter ihrer „schönen Fassade“ (i. S. des *wahren Selbst* nach Winnicott, 1965) zu gewinnen. Dysfunktionale Einstellungen, Wahrnehmungen und Denkmuster, die ihre bis zur Selbstverleugnung reichende Anpassung an die Erwartungen anderer untermauerten, konnten kritisch hinterfragt werden. In der Beratungsbeziehung lud ich die Klientin ein, sich so zu zeigen, wie sie ist und reagierte ermutigend und bestärkend auf spontane, authentische Selbstäußerungen.

Die Beratung nach der 6. Stunde zu beenden, wäre durchaus möglich gewesen. Das ursprüngliche Beratungsziel, die Wiederholungsprüfung zu bestehen, war erreicht, die Lern- und Arbeitsorganisation der Klientin hatte sich deutlich in Richtung auf eine kontinuierlichere Vorbereitung verbessert, bei Erhalt ihrer Leistungsfähigkeit über eine gelungene (re-)kreative Freizeitgestaltung. Auch ihr Selbstwertgefühl hatte sich verbessert und es gelang der Klientin besser, eigene Bedürfnisse und Interessen zu vertreten und sich ggü. den Ansprüchen anderer abzugrenzen.

Die Verlängerung der Beratung auf insgesamt 15 Stunden ermöglichte der Klientin jedoch nicht nur eine Konsolidierung des Erreichten, sondern eröffnete einen Raum für vertiefende Einsichten: in ihre Beziehungsgestaltung, ihre Identitätsproblematik, ihr Ringen um Autonomie und Authentizität. Das von der Klientin (für den Freund) gefundene Marionettenbild<sup>9</sup> ist Symbol und Lösung ihres Konflikts zugleich, in ihm verdichtet sich ihre Entwicklung zu einer äußerlich angepassten, auf Steuerung und Belebung von außen (vermeintlich) vollständig angewiesenen, innerlich jedoch leeren und aus sich selbst heraus (scheinbar) bewegungslosen Persönlichkeit (*falsches Selbst*; Winnicott, 1965). Gleichzeitig scheint im Symbol der Marionette aber auch der Weg zur Los-Lösung und Befreiung hin zu einer eigenständigen authentischen Persönlichkeit (*wahres Selbst*; Winnicott, a. a. O.) auf.

Dieser Prozess, das wahre Selbst zu „befreien“, ist sicherlich nur i. R. einer längerdauernden Psychotherapie möglich. Die Akzeptanz und die Wertschätzung „wahrer“ Selbstanteile der Klientin i. R. der vorliegenden integrativen Beratung bzw. Kurzpsychotherapie könnte für die Klientin jedoch wertvoll i. S. einer *korrigierenden emotionalen Erfahrung* (Alexander & French, 1946) gewesen sein: „Every new period of living in which the True Self has not been seriously interrupted results in a strengthening of the sense of being real ...“ (Winnicott, 1965, S. 149).

Bei zu frühzeitiger Beendigung der Beratung hätte die notwendige Tiefe für eine solch kreative bzw. persönlichkeitsförderliche Entwicklung nicht erreicht werden können. Die Klientin hätte zwar in ihrem vertrauten Modus der Anpassung (an den Berater) einen Erfolg verbuchen kön-

---

<sup>9</sup> Die Paarbeziehung ist nach dem Muster einer *narzisstischen Kollusion* (Willi, 2000) gestaltet, dreht sich um „... die Frage, inwiefern Liebe die Selbstaufgabe für den Partner erfordert oder einem ermöglicht, man selbst zu bleiben“ (S. 65). Die um Anpassung und Autonomie kreisende Grundthematik ist also dieselbe wie in anderen Beziehungen der Klientin auch, in ihrer Partnerschaft gestaltet sie sich jedoch „mit vertauschten Rollen“ aus. So befindet sich die Klientin in einer progressiven Position, während ihr Freund in regressiver Position „... den Anspruch auf die Entfaltung eines eigenen Selbst“ (a. a. O., S. 80) aufgibt.

nen, allerdings auf das Konto ihres *falschen Selbst* (Winnicott, 1965); die Chance, sich selbst neu bzw. wieder zu entdecken, wäre nicht genutzt worden. „Only the True Self can be creative and only the True Self can feel real“ (Winnicott, a. a. O., S. 148). In Anbetracht steigender KlientInnenzahlen bleibt zu wünschen, dass sich die personelle Ausstattung der PBS so entwickelt, dass der zur Verfügung stehende zeitliche Rahmen den KlientInnen nicht nur eine „... schnelle Lösung von psychischen Problemen ... auf ‚leichte Art‘ (Hagelberg, 2006, S. 21) unter Verbleib im alten Lebensmodus, sondern weiterhin eine wirklich persönlichkeits- und kreativitätsförderliche Begegnung und Entwicklung ermöglichen kann.

## **1.8 Verortung des ABCDE-Modells integrativer Beratung im Feld der Psychotherapie-Integration**

„Psychotherapie-Integration ist auf dem Vormarsch“ (Caspar, Herpertz & Mundt, 2008, S. 33), die Zukunft gehört nach Kächele und Strauß (2008) den „Methodenmischern“ (S. 412); Verfahrensgrenzen werden bereits jetzt immer häufiger überschritten und Techniken und Methoden zu neuen Ansätzen kombiniert. In Untersuchungen zur therapeutischen Orientierung bezeichnen die Hälfte (Norcross, 2005) bis zwei Drittel (Orlinsky et al., 1999) der befragten praktizierenden PsychotherapeutInnen ihre Arbeit als eklektisch bzw. integrativ. Nach Caspar et al. (2008) arbeiten von der Grundorientierung verhaltenstherapeutisch ausgebildete Therapeuten dabei häufiger integrativ als solche psychodynamischer Provenienz (mögliche Erklärungsansätze hierfür a. a. O.).

### **1.8.1 Möglichkeiten der Integration**

Norcross und Goldfried (2005) benennen in ihrem *Handbook of Psychotherapy Integration* vier unterschiedliche Wege zur Integration: technischer Eklektizismus, gemeinsame Wirkfaktoren, theoretische Integration und assimilative Integration. Auf diese Möglichkeiten wird in den nachfolgenden Unterkapiteln kurz eingegangen, bevor in Kapitel 1.8.2 eine zusammenfassende Einordnung des ABCDE-Modells integrativer Beratung im Feld der Psychotherapie-Integration erfolgt.

#### **1.8.1.1 Technischer Eklektizismus**

Dieser von Lazarus (1967) geprägte Terminus beschreibt ein Vorgehen, bei dem der Therapeut unabhängig von seiner theoretischen Orientierung und Schulenzugehörigkeit unterschiedliche Methoden und Techniken zum Einsatz bringt, die für den Patienten von Nutzen sind (Feixas & Botella, 2004; Heim, 2009). Lazarus und Messer (1991) sehen in therapeutischen Techniken den Niederschlag dessen, was TherapeutInnen in ihrer alltäglichen Praxis mit PatientInnen wirklich tun und im technischen Eklektizismus die Möglichkeit, therapeutisches Handeln zu erweitern: Erlaubt ist, was dem Klienten oder Patienten hilft, unabhängig von der etwaigen Unvereinbarkeit der hinter den Techniken stehenden theoretischen Annahmen (Feixas & Botella, 2004). In unterschiedlichen psychotherapeutischen Lagern stieß ein technisch eklektizistisches Vorgehen auf vehemente Kritik (Lazarus, 2005b). Eysenck (1970) sprach sich gegen den seiner Ansicht nach damit verbundenen „Mischmasch von Theorien, eine unordentliche Sammlung von Prozeduren, ein Resteragout von Therapien“ (Eysenck, 1970; zitiert nach Huber, 1996, S. 228) aus und forderte eine konsistente und klare Theoriebildung auf empirischer Grundlage, die er (ausschließlich) in der Verhaltenstherapie verwirklicht sah. Aus psychoanalytischer Richtung wurde Lazarus die mangelnde Berücksichtigung psychodynamischen Denkens und (Be-)Handelns in seinem späteren stark lerntheoretisch geprägten multimodalen

Therapiekonzept (BASIC-ID; Lazarus, 2005a) vorgeworfen und das Integrative seines Ansatzes in Frage gestellt (Heim, 2009). Feixas und Botella (2004) sehen das Hauptproblem des technischen Eklektizismus in der mangelnden Kohärenz der verwendeten Techniken oder der zugrundeliegenden Philosophien.

#### 1.8.1.2 Gemeinsame Wirkfaktoren

Hierunter werden Ansätze gefasst, die sich der Identifikation von Elementen verschrieben haben, die allen Psychotherapieschulen gemeinsam sind (Norcross, 2005). Diese sollen so kombiniert werden, dass therapeutische Veränderung bestmöglich gewährleistet werden kann (Feixas & Botella, 2004). Bereits 1936 wies Rosenzweig darauf hin, dass die Vertreter der jeweiligen Therapieschulen zwar der Ansicht sind, dass nur die auf ihrer spezifischen theoretischen Orientierung basierenden therapeutischen Methoden Erfolg versprechend sind, dass für den Therapieerfolg jedoch andere Faktoren vermutlich von noch größerer Bedeutung sind: „... [B]esides the intentionally utilized methods and their consciously held theoretical foundations, there are inevitably certain *unrecognized factors* in any therapeutic situation - factors that may be even more important than those being purposely employed (Rosenzweig, 1936, S. 412). Genau diese gemeinsamen bzw. unspezifischen Wirkfaktoren, die implizit in den unterschiedlichen Psychotherapieverfahren zum Einsatz kommen, sind nach Rosenzweig (a. a. O.) dafür verantwortlich, dass alle Psychotherapieverfahren trotz z. T. erheblicher Unterschiede in den eingesetzten Theorien und Techniken annähernd gleiche Effekte erzielen. Unter Bezugnahme auf das Rennen in *Alice im Wunderland* (Carroll, 1865) prägte er für diese Wirksamkeitsäquivalenz der Psychotherapieverfahren den Begriff des Dodo-Bird-Verdikts: „At last the Dodo said, *Everybody has won, and all must have prizes*“ (Rosenzweig, 1936, S. 412).

Frank (1997) beschrieb aktuelle psychotherapeutische Methoden als Neuauflagen traditioneller Heilprozeduren; Unterschiede zwischen den Therapieschulen würden aus Wettbewerbsgründen jedoch betont und erscheinen damit vermeintlich größer, als sie in Wirklichkeit sind (Feixas & Botella, 2004). Nach Frank (1997) sind folgende Elemente allen Psychotherapieansätzen gemeinsam (Darstellung folgt Wampold, 2001, S. 25):

1. Eine vertrauensvolle und hilfreiche psychotherapeutische Beziehung, die der Patient mit einem professionellen Therapeuten eingeht.
2. Der Patient hat die Überzeugung bzw. Hoffnung, dass der Therapeut tatsächlich hilfreich handelt.
3. Der Therapeut hat ein Konzept, das dem Patienten eine plausible Erklärung für seine Beschwerden vermittelt und ein Vorgehen, eine Art Ritual oder Prozedur enthält, wodurch die Beschwerden aufgelöst und bewältigt werden können.
4. Das Konzept muss plausibel, aber nicht „wahr“ im Sinne von wissenschaftlich validiert sein. Wichtig ist jedoch, dass das Konzept mit der Weltsicht, den Wertungen und Haltungen des Patienten in Übereinstimmung steht oder gebracht werden kann oder für ihn zumindest so reizvoll ist, dass er es akzeptieren kann: „Simply stated, the client must believe in the treatment or be lead to believe in it“ (a. a. O.).
5. Therapeut und Patient sind aktiv am und im therapeutischen Prozess beteiligt.

#### 1.8.1.3 Theoretische Integration

Bei diesem Vorgehen wird eine Integration theoretischer Konzepte angestrebt: Zwei oder mehr Psychotherapieansätze werden in dem Bemühen integriert, dass ihre Kombination wirksamer

ist als jeder Ansatz für sich genommen (Feixas & Botella, 2004; Norcross, 2005). Integrationsbemühungen richteten sich seit den 1930er- und 40er-Jahren auf eine Kombination aus psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Der elaborierteste Ansatz stammt von Wachtel (1977; Wachtel & McKinney, 2003): In seinem von der psychodynamischen Theorie ausgehenden Konzept der zyklischen Psychodynamik (*cyclical psychodynamics*) unterstreicht er die Bedeutung (früher) unbewusster Konflikte und Phantasien und die Bedingungen für deren Aktivierung in der Gegenwart. Ihre Aufrechterhaltung und die Überwindung des daraus resultierenden dysfunktionalen Verhaltens konzeptualisierte er jedoch ergänzend aus lerntheoretischer Perspektive, u. a. den Wiederholungszwang, das Durcharbeiten oder die projektive Identifizierung (Wachtel, 2008). Verhaltensmodifikationen können seiner Ansicht nach nicht allein über Einsichten erfolgen, sondern umgekehrt können durch verhaltensorientierte Interventionen angeregte Verhaltensänderungen zu neuen Einsichten und einem veränderten Verständnis führen (Wachtel & McKinney, 2003). „Der wichtigste Beitrag Wachtels war, dass er aufzeigte, theoretische Integration zwischen unterschiedlichen Lehren ist machbar“ (Heim, 2009, S. 197). Die Schwierigkeit der theoretischen Integration besteht nach Feixas und Botella (2004) jedoch v. a. darin, Theorien zu verbinden, die sich in ihren Menschenbildannahmen und ihrem Verständnis psychischer Störungen grundlegend unterscheiden.

#### 1.8.1.4 Assimilative Integration

Diese Form der Integration geht von einer festen Fundierung in einem psychotherapeutischen System aus, mit der Bereitschaft, selektiv Praktiken und Sichtweisen anderer Systeme zu integrieren. Assimilative Integration kombiniert die Vorteile eines kohärenten theoretischen Systems mit der Flexibilität einer breiten Palette technischer Interventionen aus mehreren psychotherapeutischen Systemen (Norcross, 2005). Beispielsweise könnte ein Verhaltenstherapeut die *Zwei-Stuhl-Technik* aus der Gestalttherapie in einem ansonsten verhaltenstherapeutischen Verlauf zur Anwendung bringen. Assimilation ist ein erster vorsichtiger Schritt zur vollständigen Integration: Die meisten Therapeuten wurden und werden in einem einzigen Psychotherapieverfahren ausgebildet und integrieren - sobald sie die Begrenzungen ihres Verfahrens bemerken - Strategien und Interventionen anderer therapeutischer Ansätze, um für den individuellen Patienten das jeweils effektivste Behandlungsangebot realisieren zu können.

#### 1.8.2 Zusammenfassende Einordnung des ABCDE-Modells integrativer Beratung im Feld der Psychotherapie-Integration

Auf dem Gebiet der Psychotherapie-Integration (Norcross & Goldfried, 2005; Stricker & Gold, 1993) lässt sich das vorliegende ABCDE-Modell integrativer Beratung als Kombination eines technisch-eklektizistischen Vorgehens und einer metatheoretischen Integration (*metatheoretical integration*; Feixas & Botella, 2004) verstehen. In einer metatheoretischen Integration sehen Feixas und Botella (a. a. O.) die Möglichkeit der Überwindung der mit dem technischen Eklektizismus (Lazarus, 1967) bzw. der theoretischen Integration (Norcross, 2005) verbundenen Schwierigkeiten. Metatheoretische Integration ermöglicht es, unterschiedliche therapeutische Theorien innerhalb eines gemeinsamen Rahmenmodells miteinander zu verbinden.

Ausgehend von der Überlegung, dass jede therapeutische Intervention unabhängig von der theoretischen Orientierung und therapeutischen Schulenzugehörigkeit in einen interpersonellen Kontext eingebettet ist (Butler & Strupp, 1986; Orlinsky, 2006; Wampold, 2007) und sich Therapeut/Berater und Patient/Klient im Gespräch begegnen, bildet im vorliegenden integrativen Beratungskonzept die moderne Hermeneutik (Gadamer, 1960, 1993; Ricœur, 1965) das

metatheoretische Rahmenmodell, das die unterschiedlichen Interventionsstrategien in einer umfassenderen Kommunikationstheorie verbindet (s. Kapitel 1.5.9). Ursprünglich eine Methode der Auslegung und Interpretation von literarischen und Kunstwerken, ist Hermeneutik, die Kunst des Verstehens, in ihren modernen Formen „... eine natürliche Fähigkeit des Menschen“ (Gadamer 1993, S. 301). Vom Säuglingsalter an ist Verstehen eine Voraussetzung zum Erleben von Sinnhaftigkeit und innerer Konsistenz. Anhand der hermeneutischen Wirkprinzipien *Erinnerung, Repräsentierende Gestaltung und Interaktionelles Erleben* (Holm-Hadulla, 1996; 1997) wurde in den Kapiteln 1.5.9, 1.6.1 und 1.7 dargestellt, wie sich Prozesse der Entwicklung und Veränderung im dialogischen Gespräch entfalten können.

## **1.9 Empirische Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung**

In Kapitel 1.5 wurde auf die empirische Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung verwiesen. Auf diese wird nachfolgend näher eingegangen. Es wird dargestellt, dass die empirische Fundierung des vorliegenden integrativen Beratungskonzepts sowohl auf Ebene der *Psychotherapieverfahren* (Kapitel 1.9.1) und der *Behandlungsmethoden* (Kapitel 1.9.2) als auch in Hinblick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung (Kapitel 1.9.3) gegeben ist.

### **1.9.1 Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)**

Gemäß den Kriterien des *Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie* (WBP; Methodenpapier 2.8, 2010) liegen mit der kognitiven Verhaltens- und der psychodynamischen Psychotherapie für zwei der vier Psychotherapieverfahren, aus denen Strategien und Techniken des integrativen Beratungskonzepts extrahiert wurden, hinreichende Wirksamkeitsnachweise vor. So konnte die kognitive Verhaltenstherapie für 10 der zu 12 Klassen zusammengefassten Störungen nach ICD-10 hinreichende Wirksamkeitsnachweise erbringen (Margraf, 2009, S. 25), die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien gilt für 9 der 12 Anwendungsbereiche als gesichert. Waren Wirksamkeitsnachweise für psychodynamische Psychotherapieverfahren vor dem „Grawe-Schock“ (Schauenburg, 2000) nur überaus spärlich vorhanden, so konnte durch das zunehmende Engagement psychodynamisch orientierter Forscher und Praktiker die Wirksamkeit psychodynamischer Kurz- und Langzeittherapie mittlerweile durch aktuelle Metaanalysen (Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004; Leichsenring & Rabung, 2008) überzeugend nachgewiesen werden<sup>10</sup>.

Für das in Beratungsstellen für Studierende auftretende ICD-10-Diagnosespektrum von F2 bis F6 konnten beide Psychotherapieverfahren ihre Wirksamkeit überzeugend belegen. Für die Anwendungsbereiche *affektive Störungen* (F3), *Angst- und Zwangsstörungen* (F40-F42), *Belastungs- und Anpassungsstörungen* (F43), die in Beratungsstellen für Studierende den größten Teil der Klientel ausmachen (s. Tabelle 5), liegen auch für die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie Wirksamkeitsnachweise nach den Kriterien des WBP vor (Margraf, 2009, S. 25). Drei der vier Hauptverfahren, aus denen die Strategien und Techniken des integrativen Beratungskonzepts entnommen sind, können also für die in der psychotherapeutischen Beratungs-

---

<sup>10</sup> Von Seiten kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapieforscher wurde jedoch vehemente Kritik insbesondere an der Metaanalyse zur Wirksamkeit psychodynamischer Langzeittherapie laut (v. a. Rief & Hofmann, 2009). Die Heftigkeit, mit der die Debatte geführt wird (Benecke et al., 2009), macht deutlich, dass der Schulenstreit noch längst nicht überwunden ist.



stelle vorwiegend auftretenden Störungsgruppen als empirisch validiert angesehen werden. Eine Bewertung der Wirksamkeit existentieller Psychotherapieansätze ist aufgrund der spärlichen Forschungslage nicht möglich (Noyon & Heidenreich, 2007; Sharf, 2003), was nach Sharf (a. a. O.) u. a. damit zusammenhängt, dass es kaum spezifische Techniken gibt und die Auseinandersetzung mit existentiellen Themen wie Authentizität und Sinnfindung überwiegend in der therapeutischen Beziehung Ausgestaltung findet, was eine systematische Erforschung erschwert.

### 1.9.2 Empirically Supported Treatments (ESTs)

Anhaltspunkte für die empirische Validierung konkreter Methoden und Techniken des integrativen Beratungskonzepts lassen sich auch der Aufstellung der *Empirically Supported Treatments* (ESTs) entnehmen, die von der *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* der *Society for Clinical Psychology* (Division 12) der *American Psychological Association* (APA) erarbeitet wurde (Chambless & Ollendick, 2001). Nach den Kriterien für empirisch validierte Behandlungen der APA (Division 12) gilt die kognitive Verhaltenstherapie für die bei KlientInnen der PBS verbreiteten *spezifischen Phobien* und *sozialen Ängste* als *gut abgesicherte Behandlung* und die *systematische Desensibilisierung* als *wahrscheinlich wirksame Behandlung* (Margraf, 2009, S. 29). Bei einer *Major Depression* gelten sowohl die Verhaltens- als auch die kognitive Verhaltenstherapie als *gut abgesicherte* und die psychodynamische Kurztherapie als *wahrscheinlich wirksame Behandlung* (Margraf, a. a. O., S. 30)<sup>11</sup>.

### 1.9.3 Empirically Supported Therapy Relationships (ESRs)

Das Bemühen um Identifizierung empirisch validierter Behandlungsmethoden wurde von Kritikern insofern als unvollständig angesehen, als dass die interpersonelle Begegnung und die emotionale Erfahrung, die Psychotherapie in der Praxis ausmachen, in einem solchen Vorgehen nicht abgebildet ist (Norcross, 2001). Ebenso wenig wie die interpersonellen Fähigkeiten des Therapeuten, Beziehungen hilfreich i. S. einer für den Patienten erfolgreichen Therapie zu gestalten. Erklärtes Ziel der *Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships* (ESRs) der *Division of Psychotherapy* (Division 29) der APA war es daher, Elemente effektiver therapeutischer Beziehungen zu identifizieren, um diese auf Basis (non-)diagnostischer Patientencharakteristika mit dem am jeweiligen Patienten orientierten individuellen Zuschnitt zur Anwendung zu bringen (Norcross, 2001; 2002). Als nach den Regeln der Entscheidungsfindung der Task Force *gesichert wirksam* geltende zentrale Elemente der therapeutischen Beziehungsgestaltung erwiesen sich die *therapeutische Allianz*<sup>12</sup>, *Empathie*<sup>13</sup>, die Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient hinsichtlich der Erwartungen und Ziele der Behandlung (*Zielkon-*

---

<sup>11</sup> Die Auflistung ist nicht vollständig, sondern berücksichtigt für die spezifischen Störungsbereiche nur psychotherapeutische Methoden und Techniken, die Bestandteil des ABCDE-Modells integrativer Beratung sind. So erweisen sich nach den Kriterien für empirisch validierte Behandlungen der APA (Division 12) beispielsweise bei sozialen und spezifischen Phobien auch noch die *Konfrontation* und bei der *Major Depression* die *Interpersonelle Therapie* als gut abgesicherte Behandlungen. Für eine vollständige Übersicht siehe Margraf (2009, S. 29 f.).

<sup>12</sup> Definiert als Qualität und Stabilität der Therapeut-Patient-Beziehung, die die Übereinstimmung hinsichtlich der therapeutischen Ziele und der in der Therapie gemeinsam zu bearbeitenden Aufgaben sowie eine positive emotionale Bindung zwischen Patient und Therapeut umfasst (Norcross & Hill, 2004, S. 20).

<sup>13</sup> In Anlehnung an Rogers definiert als einfühlsame Fähigkeit und Bereitschaft des Therapeuten, Gedanken, Gefühle und Sorgen des Klienten aus dessen Blickwinkel zu verstehen (Norcross & Hill, 2004, S. 20).

sens) sowie deren *Zusammenarbeit* innerhalb einer hilfreichen Beziehung. Als aufgrund der verfügbaren Studienlage *wahrscheinlich wirksam*<sup>14</sup> wurden von der Task Force *bedingungsfreie positive Wertschätzung*<sup>15</sup> und *Kongruenz/Echtheit*<sup>16</sup> des Therapeuten nach Rogers (1957), *Feedback*<sup>17</sup>, ein *adäquater Umgang mit Gegenübertragung*<sup>18</sup> sowie die *Behebung von Brüchen in der therapeutischen Beziehung*<sup>19</sup> bewertet.

Diese Beziehungselemente finden sich innerhalb des ABCDE-Modells integrativen Beratung konzeptualisiert auf der A-Ebene (*therapeutische Allianz, Empathie, bedingungsfreie positive Wertschätzung, Kongruenz/Echtheit*), B-Ebene (*Feedback*), D-Ebene (*Umgang mit Gegenübertragung, Behebung von Brüchen in der therapeutischen Beziehung, Feedback*), E-Ebene (*Empathie, Kongruenz/Echtheit*) und H-Ebene (*Empathie, Feedback*). Eine eindeutige und sich wechselseitig ausschließende Zuordnung ist aufgrund der Überschneidungen der Konzepte nicht möglich.

---

<sup>14</sup> Die Auflistung *gesichert* bzw. *wahrscheinlich wirksamer* zentraler Elemente der therapeutischen Beziehungsgestaltung ist nicht vollständig, es finden nur Beziehungselemente Berücksichtigung, die im Rahmen der Beziehungsgestaltung des ABCDE-Modells integrativer Beratung konzeptualisiert sind. *Kohäsion* in der Gruppenpsychotherapie ist bspw. ein *gesichert wirksames* und *Selbsteinbringung* des Therapeuten nach den Ergebnissen der Task Force der Division 29 ein *wahrscheinlich wirksames* Beziehungselement. Für einen vollständigen Überblick siehe Norcross (2002), für ein Update evidenzbasierter psychotherapeutischer Beziehungen siehe Norcross und Wampold (2011).

<sup>15</sup> Diese therapeutische Qualität ist charakterisiert durch eine offene, aufmerksame und wertschätzende Anerkennung der Erfahrungen des Klienten, die nicht an Bedingungen geknüpft ist und eine positive Zuwendung und Bestätigung, die nicht besitzergreifend ist (Norcross & Hill, a. a. O.).

<sup>16</sup> „... bedeutet ..., dass [der Therapeut] seine Erfahrung weitgehend vollständig und genau in seinem Selbst symbolisiert und damit bewusst über sie verfügen kann“ (Höger, 2006, S. 119) und dass er sich in der jeweiligen therapeutischen Beziehung mit seinen persönlichen Erfahrungen und seinem Erleben angemessen einbringen kann (Norcross & Hill, 2004, S. 21).

<sup>17</sup> Feedback ist definiert als beschreibende und bewertende Information des Klientenverhaltens oder dessen Folgen durch den Therapeuten. Die Effekte von Feedback lassen sich verbessern, indem der Therapeut seine Vertrauenswürdigkeit erhöht (was das Annehmen von Feedback erleichtert), indem er positives Feedback gibt (insbesondere zu Behandlungsbeginn, zum Aufbau der therapeutischen Beziehung) und negatives Feedback in Verbindung mit positiven Rückmeldungen anbringt (Norcross & Hill, a. a. O.). Dadurch, dass der Klient auf das Feedback des Therapeuten reagiert (durch Zustimmung, Korrektur, Verdrehung oder Integration) und der Therapeut wiederum auf die Reaktionen des Klienten auf seine Rückmeldungen, ist Feedback keine einseitige Kommunikation, sondern ein wechselseitiger Austausch (Claiborn, Goodyear & Horner, 2001).

<sup>18</sup> Gegenübertragung bezieht sich auf Reaktionen des Therapeuten, in denen dessen ungelöste, zumeist unbewusste Konflikte Ausdruck finden. Die spärliche verfügbare Forschung legt nahe, dass ein Ausagieren der Gegenübertragung für die Psychotherapie hinderlich ist, wohingegen ein effektiver Umgang mit der Gegenübertragung hilfreich für den Therapieprozess und vermutlich auch das -ergebnis ist (Norcross & Hill, 2004, S. 21). Fünf zentrale therapeutische Fähigkeiten sind nach Gelso und Hayes (2001) für einen erfolgreichen Umgang mit der Gegenübertragung bedeutsam: *Selbstwahrnehmung, Selbstintegration*, die Fähigkeit, Angst zu erleben, sie jedoch so steuern zu können, dass sie die Reaktionen auf den Patienten nicht beeinträchtigt (*anxiety management*), *Empathie* und die Fähigkeit des Therapeuten, die Beziehungsdynamik des Patienten theoretisch zu konzeptualisieren (*conceptualizing ability*).

<sup>19</sup> Ein Bruch in der therapeutischen Beziehung ist definiert als Spannung in oder Zusammenbruch der Arbeitsbeziehung. Die wenige verfügbare Forschung legt nahe, dass Häufigkeit und Schwere von Brüchen in der therapeutischen Beziehung durch eine zu rigide Einhaltung von Behandlungsmanualen und eine zu einseitige Fokussierung auf Übertragungsdeutungen begünstigt werden. Die Behebung von Brüchen in der therapeutischen Beziehung gelingt demgegenüber besser, wenn Therapeuten Beziehungsaspekten direkte Beachtung schenken und ihr Verhalten flexibel anpassen, sobald Risse in der therapeutischen Beziehung entstehen (Norcross & Hill, 2004, S. 21).

#### **1.9.4 Zusammenfassende Überlegungen zur empirischen Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung**

Die empirische Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung ergibt sich zusammenfassend also sowohl auf der Ebene der *Psychotherapieverfahren*; hier liegen für drei der vier Hauptverfahren, denen die Interventionen und Techniken des integrativen Beratungskonzepts entstammen, hinreichende Wirksamkeitsnachweise nach den Kriterien des WBP für alle bzw. die am häufigsten in der PBS vertretenen Störungsklassen vor. Auf Basis der *Behandlungsmethoden* gelten zentrale Strategien des integrativen Beratungskonzepts auch nach den Kriterien für empirisch validierte Behandlungen der *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* der Division 12 der APA als *gut abgesichert* bzw. *wahrscheinlich wirksam* (Chambless & Ollendick, 2001; Margraf, 2009). Und schließlich erfolgt die therapeutische Beziehungsgestaltung im Rahmen der integrativen Beratung nach Prinzipien, die gemäß der *Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships* (ESRs) als *gesichert* bzw. *wahrscheinlich wirksam* gelten (Norcross, 2001; 2002).

#### **1.10 Wohlbefinden als erweitertes Ergebniskriterium in der psychotherapeutischen Beratung**

Während Psychotherapie die „Heilung und Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ (§ 1 Abs. 3, PsychThG; vgl. Bundesgesetzblatt, 1998, S. 1311, Bundesanzeiger Verlag) zum Ziel hat und ihr damit ein „kurativer Charakter“ (Warschburger, 2009, S. 24) zukommt, fokussiert die psychotherapeutische Beratung „... traditionell ... [eher auf] die Förderung der Entwicklung und des Wohlbefindens“ (Mattejat & Pauschardt, 2009, S. 174) unter Betonung und Aktivierung der Ressourcen der Ratsuchenden. Eine Beurteilung des Behandlungserfolgs allein in Hinblick auf Veränderungen der Symptomatik ist daher insbesondere in der Beratung zu einseitig (Wampold, Lichtenberg & Waehler, 2002) und wird ihrer Zielsetzung nicht gerecht. In der vorliegenden Untersuchung erfolgt die Bewertung des Behandlungserfolgs daher mehrdimensional und umfasst neben Veränderungen der Symptomatik auch Veränderungen des Wohlbefindens (erfasst über die *Lebens- und Studienzufriedenheitsskala*, LSZ; Holm-Hadulla & Hofmann, 2007). Auch in der Psychotherapie erweitert sich der Blick zunehmend weg von einer reinen Diagnose- und Störungsorientierung hin zu Wohlbefinden und Ressourcen (Frank, 2007). Eine Erweiterung der Beurteilungskriterien für den Behandlungserfolg ist auch deshalb von Relevanz, da PatientInnen im Erstkontakt nicht nur Symptommfreiheit, sondern häufig auch Wohlbefinden ganz explizit als Therapieziel benennen: Sie wollen sich wieder besser fühlen, glücklicher sein, wollen wieder mehr Freude empfinden können etc.

Eine Verbesserung des Wohlbefindens ist im *Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen* von Howard, Lueger, Maling und Martinovich (1993) bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Behandlung möglich. Unter Bezugnahme auf Jerome D. Frank (1997) postulieren die Autoren eine aufeinander aufbauende Verbesserung in den Bereichen *subjektives Wohlbefinden*, *Symptomatik* und *allgemeines Funktionsniveau*, die sich im Therapieverlauf in drei Phasen vollzieht. Die erste Phase der *Remoralisierung* ist gekennzeichnet durch die Verminderung von Hoffnungslosigkeit und das Aufkommen optimistischer Erwartungen bzgl. des Nutzens von Psychotherapie. In der sich daran anschließenden zweiten Phase der *Remediation* findet eine Verbesserung der Symptomatik statt, nachdem eine positive therapeutische Beziehung etabliert wurde und der Patient vorhandene oder neu erlernte Bewältigungsstrategien mobilisiert hat. Die letzte Phase der *Rehabilitation* beinhaltet die Modifikation lang bestehender und mal-

adaptiver Lebens- und Beziehungsmuster und die Erarbeitung neuer Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit sich selbst, anderen und unterschiedlichen Aspekten des Lebens mit dem Ziel einer Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus. Zwischen den Veränderungen in diesen Bereichen fanden Howard et al. (1993) an einer großen Stichprobe von PsychotherapiepatientInnen eine probabilistisch kausale Beziehung; dergestalt, dass eine messbare Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens (*Remoralisierung*) eine notwendige (jedoch nicht hinreichende) Bedingung für eine eindeutige Symptomverbesserung (*Remediation*) ist und letztere die Voraussetzung für eine darauf aufbauende Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus (*Rehabilitation*) darstellt. Stulz und Lutz (2007) konnten an einer Stichprobe von 1.128 US-amerikanischen PsychotherapiepatientInnen zeigen, dass Veränderungen im Therapieverlauf (durchschnittlich 18,3 Sitzungen;  $SD = 15,7$ ) bei ca. zwei Drittel der PatientInnen dem von Howard et al. (1993) vorhergesagten Phasenverlauf entsprachen. Die verbleibenden PatientInnen, deren Veränderungsmuster vom postulierten Verlauf abwichen, ließen sich zwei Gruppen zuordnen. Einer Gruppe, bei der es im Vergleich zur Gruppe mit phasenkonformem Verlauf besonders rasch zu einer Zunahme des subjektiven Wohlbefindens und einer Abnahme der Symptombelastung kam, jedoch kaum eine Veränderung des allgemeinen Funktionsniveaus statt fand – in dieser Gruppe befanden sich besonders viele PatientInnen mit therapeutischer Vorerfahrung. Und einer Gruppe, die sich vor Aufnahme der Therapie in den relevanten Bereichen besonders stark beeinträchtigt zeigte (insbesondere hinsichtlich der Symptombelastung). Bei dieser schwer beeinträchtigten Gruppe setzte die Symptomverbesserung vergleichsweise schnell ein, die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens entsprach der der phasenkonformen Gruppe und es kam ebenfalls zu keiner eindeutigen Verbesserung des globalen Funktionsniveaus.

## II. Methoden

### 2 Studiendesign

Nach einer Begründung des Designs (Kapitel 2.1) wird der Forschungsstand zusammenfassend dargestellt und es werden Fragestellungen und Hypothesen (Quer- und Längsschnitt) abgeleitet (Kapitel 2.2). Die Feldstichprobe Studierender, die für Vergleiche mit der vorliegenden Behandlungstichprobe herangezogen wird, wird beschrieben (Kapitel 2.2.3), ebenso wie die PBS Heidelberg (Kapitel 2.2.4). Ablauf und Durchführung der Untersuchung werden dargestellt (Kapitel 2.3) und die Untersuchungsinstrumente für KlientInnen und BeraterInnen werden beschrieben (Kapitel 2.4). Kapitel 2.5 dient der Darstellung des methodischen Vorgehens zur Untersuchung und (Über-)Prüfung der Fragestellungen und Hypothesen.

#### 2.1 Begründung des Designs

Die vorliegende Untersuchung ist im Feld der psychosozialen Versorgungsforschung angesiedelt. Die Bundesärztekammer gibt folgende Definition von Versorgungsforschung: „Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen“ (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=6.3289.3293.3294>). Als fünfte Funktion der Versorgungsforschung wird die Evaluation der „... Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden ...“ genannt (a. a. O.). Diese „Evaluation der Wirkungen implementierter Versorgungsstrukturen unter Alltagsbedingungen“ (a. a. O.) ergänzt die experimentelle Grund-

lagenforschung und die epidemiologische und klinische Forschung, „... in der ätiologische (auf das Verständnis kausaler Mechanismen oder die Wirksamkeit von Interventionen unter idealen Studienbedingungen [efficacy] gerichtete) Forschungsansätze die Schwerpunkte bilden“ (a. a. O.). Bei dieser sog. Effectiveness-Forschung werden „Hypothesen zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen ... getestet“ (a. a. O.).

In der Psychotherapie- und Beratungsforschung wird die Unterscheidung zwischen *Efficacy* (Wirksamkeit) und *Effectiveness* (Effektivität) in analoger Weise gebraucht. *Efficacy* bezeichnet die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen bzw. Beratungsverfahrens unter kontrollierten Bedingungen, *Effectiveness* diejenige unter Versorgungsbedingungen (Buchkremer & Klingberg, 2001; Nußbeck, 2006; Reinecker, 2009).

Da es in der klinischen Beratungspsychologie bislang kaum Wirksamkeitsforschung gibt, werden Ergebnisse der Psychotherapieforschung häufig auf den Beratungskontext übertragen - ein in Anbetracht der Unterschiede der beiden psychosozialen Behandlungsangebote (s. Kapitel 1.4.1) nicht unproblematisches Vorgehen (Nußbeck, 2006; Snell et al., 2001). Auch in der Psychotherapieforschung „... sind Studien zur Effektivität ... unter naturalistischen Bedingungen rar“ (Gallas, Kächele, Kraft, Kordy & Puschner, 2008, S. 414). Heekerens (2005) sieht den Grund hierfür in der fast ausschließlichen Verwendung des RCT-Ansatzes (*randomized clinical trial*), der die Psychotherapieforschung seit Jahrzehnten prägt. So mündeten die durch Eysencks (1952) Provokation, Psychotherapie könne „... keinen über eine spontane Remission hinausgehenden Beitrag zur Verbesserung psychischen Leidens liefern!“ (Jacobi, 2006, S. 554), ausgelösten Bemühungen um Legitimation psychotherapeutischer Interventionen in eine Wettbewerbsphase (Jacobi, a. a. O.) und führten zu einem Schulenstreit um die Frage, welche Form der Psychotherapie am besten wirkt. Diese sog. „... ‚Überlegenheitsforschung‘ ist nur in randomisierten, kontrollierten Studien sinnvoll durchzuführen“ (Buchkremer & Klingberg, 2001, S. 22). Auch die Suche nach *Empirically Supported Treatments* (ESTs) der *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* der *Society for Clinical Psychology* (Division 12) der *American Psychological Association* (APA) sorgte für weitere Verbreitung des RCT-Ansatzes. Damit eine Behandlung nach den Kriterien der APA (Division 12) als empirisch validiert gelten kann, muss sie sich in mindestens zwei oder mehr randomisierten und kontrollierten klinischen Studien als effektiv erwiesen haben (Beutler, 2009; Chambless & Ollendick, 2001; Margraf, 2009).

Randomisierte und kontrollierte klinische Studien galten und gelten in der Psychotherapieforschung als „... höchster methodischer Standard von Untersuchungsdesigns ...“ (Fydrich & Schneider, 2007, S. 58), als „Goldstandard“ (Buchkremer & Klingberg, 2001). Durch sie können Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge herausgearbeitet und die mit Psychotherapie verbundenen Effekte mit möglichst hoher Sicherheit auf die erhaltene Behandlung selbst zurückgeführt werden („reine“ Effekte; Fydrich & Schneider, 2007, S. 58). Dem Bemühen um Sicherung der internen Validität kam höchste Priorität zu, während die externe (oder ökologische) Validität, sprich: die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf reale Alltagsbedingungen von nachgeordneter Bedeutung war (Heekerens, 2005; Zurhorst, 2003). „Die von der APA aufgrund von RCT's als wirksam anerkannten Therapieverfahren haben strenggenommen ihre Wirksamkeit erst unter Laborbedingungen bewiesen. Ob sie unter natürlichen Bedingungen gleichermaßen wirksam sind, ist offen“ (Leichsenring, 2004, S. 214).

In den letzten Jahren mehren sich kritische Stimmen gegen den Einsatz von RCTs als Goldstandard in der Psychotherapieforschung. Kritiker (z. B. Beutler, 2009; Revenstorf, 2005; Tschuschke, 2005; Wampold, 2001) sehen das RCT-Paradigma als dem Gegenstandsbereich der Psychotherapie unangemessen und plädieren für mehr naturalistische Studien. Da die interne Validität die „Achillesferse“ (Leichsenring, 2004, S. 211) naturalistischer Studien darstellt, sollte deren Sicherung mit „... entsprechendem methodischen Aufwand“ (Tschuschke, 2005, S. 112) geschehen. Als Goldstandard für naturalistische Studien gilt nach Leichsenring (2004) eine prospektive quasi-experimentelle Studie von hoher klinischer Repräsentativität. Diese zeichnet sich aus

... durch eine nicht-zufällige Vergleichsbedingung, matching oder Stratifizierung von Gruppen, klare Beschreibungen von Patienten und Behandlungen, die Verwendung von reliablen und validen diagnostischen Prozeduren und Erfolgsmaßen, die Mitteilung von Drop-Out-Raten, die Durchführung von Prä-, Post- und Follow-up-Erhebungen sowie durch aussagekräftige statistische Daten. (Leichsenring, a. a. O., S. 217 f.)

*Klinische Repräsentativität* ist nach Shadish, Matt, Navarro und Phillips (2000) bei Vorliegen nachfolgender (in leicht veränderter Anordnung berichteter) zehn Kriterien gegeben (Zuordnung zu den Kriterien von Shadish et al., a. a. O. jeweils nachstehend in Klammern): Heterogene klinische Probleme, wie sie sich in der therapeutischen Praxis zeigen (Kriterium a und g). Ein für die klinische Praxis repräsentatives Setting (b). Zuweisung der PatientInnen auf dem für die klinische Praxis üblichen Weg (c). Praktizierende Kliniker als Therapeuten, bei denen die therapeutische Tätigkeit einen wesentlichen Teil des beruflichen Alltags ausmacht (d). Eine für die klinische Praxis repräsentative Versorgungsstruktur (e). Monitoring der Behandlung beeinflusst therapeutisches Vorgehen nicht (f). Therapeuten setzen vielfältige und nicht eigens für die Untersuchung „antrainierte“ therapeutische Techniken ein (h, i) und die Dauer der Behandlung ist nicht im Vorfeld auf eine spezielle Sitzungszahl beschränkt (j).

Von diesem Goldstandard sind die bisherigen Psychotherapie-Effektivitätsstudien im deutschsprachigen Raum jedoch noch weit entfernt, es dominieren reine Prä-Post-Studien ohne Kontrollgruppe (Grünwald, Kiss & Keller, 2008; Grünwald & von Massenbach, 2003) oder solche mit Wartekontrollgruppe (Altenhöfer, Schulz, Schwab & Eckert, 2007; Hiller, Bleichhardt & Schindler, 2009). Bei den bisherigen internationalen Studien zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden (Kapitel 1.4.2) handelt es sich mit Ausnahme der Untersuchung von Vonk und Thyer (1999), die ein quasiexperimentelles Warte-Kontrollgruppendesign verwendeten, um naturalistische Studien ohne Kontrollgruppe.

In der vorliegenden Untersuchung war die Einrichtung einer Wartekontrollgruppe insofern nicht möglich, als dass die Wartezeit auf einen Erstgesprächstermin in der Regel zwei bis drei Wochen nicht übersteigt. Dies liegt an dem in Baden-Württemberg mittlerweile einzigartigen Angebot der *Offenen Sprechstunden* der PBS Heidelberg. Neben der Vereinbarung fester Erstgesprächstermine können die Ratsuchenden über die montags bis donnerstags von 11.00 bis 13.00 Uhr stattfindenden Offenen Sprechstunden Beratungsgespräche ohne vorherige Anmeldung wahrnehmen. Die sich aus dieser klientInnenfreundlichen Beratungspraxis ergebenden Wartezeiten von drei Wochen sind für eine Wartekontrollgruppe zu kurz; in den o. g. Effektivitätsstudien von Hiller et al. (2009) betrug die Wartezeit durchschnittlich viereinhalb Mona-

te, bei Altenhöfer et al. (2007) drei Monate und in der Kurzpsychotherapiestudie von Vonk und Thyer (1999) 46 Tage. Das Angebot zu Studienzwecken so zu verändern, dass bspw. durch Aussetzen der Offenen Sprechstunden längere Wartezeiten entstehen, erschien insofern ethisch nicht vertretbar, als dass aufgrund der Kürze der Semester ein Nicht-Bestehen von Prüfungen schlimmstenfalls den Verlust des Studienplatzes nach sich zieht, was Aufgabe und Zielsetzung der PBS konterkariert, da derartige Ereignisse durch psychotherapeutische Beratung ja gerade mit verhindert werden sollen. Das Einführen einer Wartekontrollbedingung zu Forschungszwecken hätte den Untersuchungsgegenstand auch insgesamt verändert und dem Ziel der vorliegenden Untersuchung widersprochen, das Beratungsangebot der PBS Heidelberg in der Form zu evaluieren, wie sie in der Routineversorgung praktiziert wird. Generell sind Wartekontrollgruppen insbesondere bei gravierenden psychischen Störungen ethisch problematisch, da PatientInnen eine adäquate Behandlung für längere Zeit vorenthalten wird (Mundt & Backenstraß, 2001; Fydrich & Schneider, 2007). Reinecker (2009) verweist darauf, dass „... [i]n vielen Fällen ... eine Verwendung von Kontrollgruppen – speziell vor dem Hintergrund unseres gegenwärtigen theoretischen Wissens – nicht sinnvoll und aus ethischen Gründen nicht notwendig zu sein [scheint]“ (S. 92). Insbesondere dann, wenn „... der generelle Effekt eines Verfahrens bekannt ist ...“ (a. a. O., S. 91). Dieses Argument ist für die vorliegende Untersuchung insofern von Bedeutung, als dass eine empirische Fundierung der i. R. des integrativen Beratungskonzepts zur Anwendung gelangenden therapeutischen Grundhaltungen, Methoden und Techniken sowohl auf Ebene der Psychotherapieverfahren (Margraf, 2009) und der Behandlungsmethoden (Chambless & Ollendick, 2001) als auch in Hinblick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung (Norcross, 2001; 2002) gegeben ist (s. Kapitel 1.9).

Ein Add-on-Ansatz zur Überprüfung einzelner Komponenten der Beratung - „... eine Gruppe der Studie [erhält] die Komponente neben einer gleichgehaltenen sonstigen Therapie ...“, die andere nicht (Buchkremer & Klingberg, 2001, S. 22) - war in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls nicht zu realisieren. Schließlich strebt das integrative Beratungskonzept der PBS Heidelberg (Darstellung in Kapitel 1.5) gerade durch Kombination von Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen (s. Kapitel 1.5.7) eine individuelle Passung des Beratungsangebots (zur Illustration s. Kapitel 1.7) und eine Steigerung der Wirksamkeit an. Hier im Voraus Interventionen einer bestimmten Ebene des Beratungsmodells auszuschließen, wäre im Interesse der KlientInnen nicht sinnvoll und würde die Beratungspraxis der PBS nicht adäquat widerspiegeln.

## **2.2 Fragestellungen und Hypothesen**

Ausgehend von den dargestellten spezifischen Bedingungen der PBS-KlientInnen (Kapitel 1.2 und 1.3) und unter Bezugnahme auf den bisherigen Forschungsstand zur psychotherapeutischen Beratung Studierender (Kapitel 1.4.2) und die Überlegungen zur empirischen Fundierung des vorliegenden integrativen Beratungskonzepts (Kapitel 1.9), werden Fragestellungen und Hypothesen der Querschnitts- (Kapitel 2.2.1) und der Längsschnittsuntersuchung (Kapitel 2.2.2) entwickelt. Dabei wird den im Vergleich zur Psychotherapieforschung notwendigen erweiterten Beurteilungskriterien psychotherapeutischer Beratungsangebote (Kapitel 1.10) Rechnung getragen und die dem ABCDE-Modell inhärenten persönlichkeits- und kreativitätsförderlichen Aspekte (Kapitel 1.6.1) finden eine entsprechende Berücksichtigung.

### 2.2.1 Querschnitt

In dieser ersten deutschsprachigen Studie zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende werden die PBS-KlientInnen, die nicht in weiterführende psychosoziale Angebote vermittelt wurden und das Einschlusskriterium erfüllten (s. Kapitel 2.3), zunächst ausführlich hinsichtlich soziodemographischer Variablen beschrieben. Von besonderem Interesse ist dabei, **ob zwischen männlichen und weiblichen bzw. KlientInnen mit und ohne Nebentätigkeit Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, dem Ausmaß psychischer Belastung und der Lebens- und Studienzufriedenheit bestehen (Forschungsfrage 1.1)**. Darüber hinaus wird untersucht, **ob sich Studierende unterschiedlicher Fächer in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung unterscheiden (Forschungsfrage 1.2)**. Aufgrund der bisherigen Ausführungen lässt sich die Ausgangssituation Studierender, die psychotherapeutische Beratungsstellen für Studierende zu Beratungsgesprächen aufsuchen (klientele Studierende), folgendermaßen zusammenfassen: Im Vergleich zu nicht-klientelen Studierenden sind KlientInnen psychotherapeutischer Beratungsstellen für Studierende in ihrer psychischen (Todd et al., 1997) und psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (Dorn, 1999; Holm-Hadulla & Soeder, 1997) signifikant stärker belastet (Kapitel 1.2), was insbesondere in Symptomen depressiver und Angststörungen Ausgestaltung findet, die neben Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, interpersonellen Schwierigkeiten und psychosomatischen Beschwerden bei PBS-KlientInnen besonders verbreitet sind (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001). KlientInnen der PBS befinden sich zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung in einer psychosozialen Krise (Kast, 1989; Stein, 2009; Kapitel 1.3.2), ihr Befinden ist durch Gefühle der *Demoralisierung* charakterisiert (Frank, 1997; Kapitel 1.3.1), ihre Lebens- und Studienzufriedenheit ist eingeschränkt und die Situationen, die Anlass zur Konsultation der PBS geben, weisen alle Merkmale komplexer Probleme auf (Funke, 2003; Kämmerer, 2005; Kapitel 1.3.3). Gewohnte Problemlösestrategien und verfügbare Ressourcen reichen nicht aus, um diese komplexen Problemsituationen zu bewältigen (Kast, 1989; Stein, 2009) und die (Alltags-)Kreativität als – in Anknüpfung an humanistische (Maslow, 2000; Rogers, 1976), existentielle (May, 1987) und z. T. auch psychoanalytische Theorien (Winnicott, 1987) – Ausdrucksform maximaler psychischer Gesundheit ist beeinträchtigt (Kapitel 1.3.4). Für die vorliegende Untersuchung ergeben sich daher folgende Querschnittshypothesen:

- **Hypothese 1.3: Studierende, die das Beratungsangebot der PBS in Anspruch nehmen, sind psychisch beeinträchtigt.**
- **Hypothese 1.4: Studierende, die das Beratungsangebot der PBS in Anspruch nehmen, weisen eine geringere Lebens- und Studienzufriedenheit auf als Studierende einer Feldstichprobe.**
- **Hypothese 1.5: Die Alltagskreativität Studierender, die die PBS konsultieren, ist zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung beeinträchtigt, d. h. sie ist geringer ausgeprägt als im Jahr vor Beratungsbeginn.**

### 2.2.2 Längsschnitt

Aufgrund der in Kapitel 1.9 dargestellten empirischen Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung sowohl auf Ebene der Psychotherapieverfahren (Margraf, 2009) und der Behandlungsmethoden (Chambless & Ollendick, 2001) als auch in Hinblick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung (Norcross, 2001; 2002) wird davon ausgegangen, dass Beratung nach diesem Modell effektiv ist und **im Verlauf integrativer psy-**



**chologischer und psychotherapeutischer Beratung eine Symptomreduktion stattfindet (Hypothese 2.1).** Diese Annahme wird auch dadurch unterstützt, dass in den bisherigen Studien, die psychotherapeutischen Beratungsangeboten für Studierende eine hohe Effektivität bescheinigten, integrative Beratungsmodelle zum Einsatz kamen bzw. das therapeutische Vorgehen als eklektisch beschrieben wurde (Minami et al., 2009; Vonk und Thyer, 1999; s. Kapitel 1.4.2). Auch in der Psychotherapieforschung haben sich integrative und eklektische Ansätze als zumindest gleich wirksam wie die schulenreinen Therapieansätze erwiesen. Grawe, Donati und Bernauer (1994) fassen die vorliegenden Untersuchungen folgendermaßen zusammen: „... es [gibt] keine empirischen Hinweise dafür ..., dass eklektische oder kombinierte Therapien schlechtere Wirkungen erzielen als ‚reine‘ Therapien“ (S. 649 f.). „Im Gegenteil, unsere Ergebnisse legen nahe, dass so mancher Patient davon hätte profitieren können, wäre er an einen eklektischen Therapeuten geraten anstatt an einen Therapeuten, der sich auf das in seiner Therapieschule gängige Repertoire beschränkt“ (Grawe et al., a. a. O., S. 649).

Dem auch gesetzlich verankerten Ziel der „Heilung und Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ (§ 1 Abs. 3, PsychThG; vgl. Bundesgesetzblatt, 1998, S. 1311, Bundesanzeiger Verlag) der Richtlinienpsychotherapie steht „... die Förderung der Entwicklung und des Wohlbefindens ...“ (Mattejat & Pauschardt, 2009, S. 174) unter Betonung und Aktivierung der Ressourcen der Ratsuchenden im Rahmen der psychotherapeutischen Beratung gegenüber. Um dieser Zielsetzung psychotherapeutischer Beratung gerecht zu werden (Kapitel 1.10) erfolgt die Bewertung des Behandlungserfolgs in der vorliegenden Untersuchung daher mehrdimensional und umfasst neben Veränderungen der Symptomatik auch Veränderungen des Wohlbefindens (erfasst über die *Lebens- und Studienzufriedenheitsskala*, LSZ; Holm-Hadulla & Hofmann, 2007). Im *Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen* von Howard et al. (1993), das unter Bezugnahme auf Jerome D. Frank (1997) eine aufeinander aufbauende Verbesserung in den Bereichen *subjektives Wohlbefinden*, *Symptomatik* und *allgemeines Funktionsniveau* postuliert, ist eine Verbesserung des Wohlbefindens bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Behandlung möglich (zur Bestätigung dieses Modells siehe z. B. Stulz & Lutz, 2007). Eine Verbesserung des Wohlbefindens kann auch im Rahmen integrativer psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell angenommen werden, schließlich ist dieses Modell in besonderer Weise darauf ausgerichtet, die Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen zu (re-)aktivieren (vgl. Kapitel 1.5.7). Eine erfolgreiche Bewältigung bestehender Anforderungen bzw. eine gelungene Anpassung an neue Lebenssituationen dürfte sich auch positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken. In der vorliegenden Untersuchung wird daher davon ausgegangen, **dass es im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung zu einer Verbesserung der Lebens- und Studienzufriedenheit kommt (Hypothese 2.2).**

Die Wieder- bzw. Neuentdeckung und Förderung des kreativen Potentials innerhalb der integrativen psychotherapeutischen Beratung (Kapitel 1.6.1) lässt sich in verkürzter Form folgendermaßen zusammenfassen: Auf Basis einer persönlichkeits- und kreativitätsfördernden Beraterisch-therapeutischen Haltung (Buber, 1965, 1974; Holm-Hadulla, 1996, 1997; May, 1964, 1987; Rogers, 1976; Winnicott, 1987) gelangen in Abhängigkeit der individuellen Problemstellung (*Initial- bzw. Vorbereitungsphase*) unterschiedliche Interventionen des integrativen psychotherapeutischen Beratungskonzepts zum Einsatz, die die jeweiligen kreativitäts- und produktivitätshemmenden Faktoren vermindern bzw. auflösen helfen sollen (*technische bzw. Inkubations- und Illuminationsphase*). Mögliche kreative „Produkte“ integrativer Beratung sind – be-

zogen auf die Ebenen des ABCDE-Modells – neue, funktionalere Verhaltensweisen (B), angemessenere Überzeugungen (C), neue (emotionale) Einsichten und Beziehungserfahrungen (D) und eine veränderte Selbst- und Weltsicht (E). Diese werden in der *Elaborations-* bzw. *Verifikationsphase* kritisch in ihrem Nutzen für die gegebene Problemstellung hinterfragt. Aufgrund dieser Überlegungen wird davon ausgegangen, ***dass im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung eine Verbesserung der in der Krise blockierten kreativen Alltagsgestaltung stattfindet (Hypothese 2.3).***

Nach Rothenberg (1993, 2001, 2006) sind kreative Denkprozesse immer adaptiv, bewusst und gesund. In Krisensituationen ist die Fähigkeit zum kreativen Denken jedoch erheblich eingeschränkt. Die Unvereinbarkeit psychischer Störungen mit Kreativität wurde insbesondere für die bei PBS-KlientInnen besonders verbreiteten depressiven und Angststörungen herausgearbeitet (Kapitel 1.3.4.2 und 1.3.4.3). Neben der erwarteten Verbesserung der Alltagskreativität (Hypothese 2.3) wurde in der vorliegenden Arbeit auch davon ausgegangen, ***dass im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung eine Verbesserung der in der Krise blockierten Fähigkeit zum kreativen Denken stattfindet (Hypothese 2.4).***

Da ein Gleichgewicht zwischen konvergentem und divergentem Denken nach Carson (1999) in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit steht und „... für die Hervorbringung kreativer Produkte im Alltag und im Berufsleben auch kovergentes Denken ... unabdingbar notwendig [ist]“ (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006, S. 228), wurde in der vorliegenden Untersuchung auch untersucht, ***wie sich die Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung verändert (Forschungsfrage 2.5).***

Neben der Frage, wie sich Symptombelastung, Lebens- und Studienzufriedenheit, Alltagskreativität sowie kreatives und schlussfolgerndes Denken im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell verändern, ist auch von Interesse, ***inwieweit die Erfolgseinschätzungen der KlientInnen auf den beiden Selbstberichtsmaßen SCL-90-R (Franke, 2002) und PSB (Holm-Hadulla & Soeder, 1997) übereinstimmen und welche Übereinstimmung zwischen der Einschätzung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (SCL-90-R, PSB) und aus Sicht der BeraterInnen (BSS; Schepank, 1995) besteht (Forschungsfrage 2.6).***

Für die Verhandlungen mit den Kostenträgern um eine bedarfsgerechte Ausstattung psychotherapeutischer Beratungsstellen für Studierende von unmittelbarer Relevanz ist die Frage, ***wie viel Beratung notwendig ist, um eine ausreichende Symptomverbesserung zu erzielen (Forschungsfrage 3.1).***

***Welche Zusammenhänge zwischen einem erfolgreichen Beratungsergebnis (KlientInnen- und BeraterInnen-Sicht) und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen bestehen,*** soll in *Forschungsfrage 4.1* untersucht werden. Hierüber sollen erste Anhaltspunkte hinsichtlich der prognostischen Validität der ABCDE-Dimensionen für ein erfolgreiches Beratungsergebnis gewonnen werden.

Neben Zusammenhängen zwischen den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus KlientInnen- und BeraterInnen-Sicht und einer erfolgreichen Beratung i. S. einer reliablen oder klinisch signifikanten Symptomverbesserung interessieren auch Zusammenhänge der ABCDE-Dimensionen mit Verbesserungen der Alltagskreativität und des schlussfolgernden und kreativen Denkens. Hieraus ergeben sich nachstehend folgende Forschungsfragen:

- **Forschungsfrage 4.2: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen?**
- **Forschungsfrage 4.3: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Verbesserungen im schlussfolgernden und kreativen Denken und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen?**

In **Forschungsfrage 5.1** wird untersucht, **wie sich Completer (KlientInnen mit Angaben zum Prä- und Postzeitpunkt) von KlientInnen, für die nur Angaben zum Prä-Zeitpunkt vorlagen, hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Symptomatik und Lebens- und Studienzufriedenheit zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung unterscheiden.** Hierdurch sollen mögliche systematische Unterschiede in den Ausgangsbedingungen zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn untersucht werden.

Da es im deutschsprachigen Raum bislang keine Ergebnisforschung zur psychotherapeutischen Beratung Studierender gibt, soll zur Beurteilung der Ergebnisqualität der Frage nachgegangen werden, **wie gut die durch integrative psychologische und psychotherapeutische Beratung erzielten Behandlungseffekte im Vergleich zur Effektivität (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen im naturalistischen Setting sind (Fragestellung 6.1).**

### **2.2.3 Beschreibung der Feldstichprobe 2007/2008**

Zur Überprüfung der Hypothesen 1.3, 1.4, 2.1 und 2.2 (Kapitel 2.2 und 2.5) erfolgen u. a. Vergleiche der vorliegenden Behandlungsstichprobe mit einer Feldstichprobe Studierender. Die Feldstichprobe ( $n = 125$ ) besteht aus Medizin- bzw. Psychologiestudierenden (72 % weiblich) und wurde in den Jahren 2007 und 2008 in Lehrveranstaltungen des Psychologischen Instituts und der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg gewonnen (Holm-Hadulla et al., 2009b). Von den Studierenden der Feldstichprobe, nachfolgend mit Feldstichprobe 2007/2008 bezeichnet, liegen Angaben für die *Psychosoziale Beschwerdeliste* (Holm-Hadulla & Soeder, 1997), die *Lebens- und Studienzufriedenheitsskala* (Holm-Hadulla & Hofmann, 2007) und die *SCL-90-R* (Franke, 2002) vor. Mit 22,7 Jahren ( $SD = 2,8$ ) sind die Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 jünger als die PBS-KlientInnen (Kapitel 3.1.3), das mittlere Fachsemester ist mit vier Semestern entsprechend geringer als bei den PBS-KlientInnen (Kapitel 3.1.4).

### **2.2.4 Beschreibung der PBS Heidelberg**

Die Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende (PBS) wurde 1971 vom Studentenwerk Heidelberg gegründet. Innerhalb des Studentenwerks ist sie der Abteilung *Soziale Dienste* zugeordnet, gemeinsam mit der Sozialberatung und den Kindertagesstätten. Als eine allen Studierenden<sup>20</sup> der Universität und der Pädagogischen Hochschule sowie der Hochschule für Jüdische Studien und der Hochschule für Kirchenmusik Heidelberg offenstehende Einrich-

---

<sup>20</sup> Insgesamt ca. 30.000 Studierende im Untersuchungszeitraum (s. a. Tabelle 4).

tung, bietet die Psychotherapeutische Beratungsstelle Studierenden in persönlichen Konfliktsituationen Beratungsgespräche in Einzel- und Gruppensitzungen an, z. B. bei Partnerschaftsproblemen, Kontaktschwierigkeiten, Selbstwertkrisen, Ängsten und Hemmungen sowie bei Arbeitsstörungen und Examensängsten. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren in der PBS sieben therapeutische MitarbeiterInnen vorwiegend in Teilzeit (50 %) beschäftigt (zum fachlichen Hintergrund s. Kapitel 2.3). Das Beratungsangebot wird überwiegend aus dem Sozialbeitrag für das Studentenwerk finanziert, sodass für die Studierenden keine darüber hinausgehenden Kosten anfallen. Im Jahr 2008 erhielten 619 Studierende in der PBS eine eingehende Diagnostik und Beratung. Zusätzlich wurden 1361 Ratsuchende, einschließlich Angehörige, Professoren und Bezugspersonen von betroffenen Studierenden, beraten, z. T. auch telefonisch und schriftlich per E-Mail (PBS, 2009).

### 2.3 Ablauf und Durchführung der Untersuchung

Im Rahmen eines naturalistischen Eingruppen-Prä-Post-Designs<sup>21</sup> wurden  $N = 569$  Studierende, die sich vom 07.01.2008 bis 30.11.2008 bei der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende (PBS) des Studentenwerks Heidelberg zu Beratungsgesprächen vorstellten, konsekutiv in die Stichprobe aufgenommen und hinsichtlich folgender Charakteristika beschrieben:

- Soziodemographische Daten
- Psychische Beeinträchtigung:
  - *PSB: Psychosoziale Beschwerdeliste* (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Holm-Hadulla, Sperth & Hofmann, 2009c)
  - *SCL-90-R: Symptom-Checkliste* (Derogatis, 1992; deutsche Version: Franke, 2002)
  - *Diagnostik nach ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, Kapitel V (F) (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005)
  - *BSS: Beeinträchtigungs-Schwere-Score* (Schepank, 1995)
  - *GAF: Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus* (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996)
- Lebens- und Studienzufriedenheit:
  - *LSZ: Lebens- und Studienzufriedenheitsskala* (Holm-Hadulla & Hofmann, 2007)
- Analytische und kreative Problemlösekompetenz und kreative Interessen:
  - *ASK: Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens* (Schuler & Hell, 2005)
  - *CCS: Creative Conditions Scale* (Hofmann, 2010; Holm-Hadulla & Hofmann, 2007)
- Beratungsverlauf:
  - *ABCDE-Rating*, BeraterInnen- und KlientInnenversion (Holm-Hadulla, Hofmann & Sperth, 2008)

KlientInnen, die über das Sekretariat einen Termin für ein reguläres Erstgespräch vereinbarten, wurden von der Sekretärin auf die Studie *Beratung und Kreativität* und die Möglichkeit der Teilnahme an der *Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens* (Schuler & Hell, 2005) aufmerksam gemacht. Sofern sie sich zu einer Teilnahme bereit erklärten ( $n = 101$ ; 17,8 %) fanden sie sich zwei Stunden vor dem eigentlichen Erstgesprächstermin in der PBS für die Eingangsuntersuchung ein. Unter Anleitung eines der beiden wissenschaftlichen Mitarbeitern des Projekts, Dr. phil. Hofmann und Dipl.-Psych. Sperth, bearbeiteten die KlientInnen zunächst die *Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens* (a. a. O., Dauer ca. 70 Min.).

---

<sup>21</sup> Zur Begründung des Designs siehe Kapitel 2.1.

Im Anschluss daran füllten sie alleine und in ihrem jeweiligen Bearbeitungstempo einen Fragebogen aus. Dieser umfasste die *Psychosoziale Beschwerdeliste* (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Holm-Hadulla et al., 2009c), die *Symptom-Checkliste-90-R* (Franke, 2002), die *Lebens- und Studienzufriedenheitsskala* (Holm-Hadulla & Hofmann, 2007) und die *Creative Conditions Scale* (Hofmann, 2010; Holm-Hadulla & Hofmann, a. a. O.). Das Ausfüllen des Fragebogens nahm ca. 30 Minuten in Anspruch. KlientInnen, die kein Interesse an einer Teilnahme an der ASK hatten, wurden 20 Minuten vor dem eigentlichen Erstgesprächstermin einbestellt und füllten den Fragebogen mit den genannten Instrumenten aus. KlientInnen, die die PBS im Rahmen der *Offenen Sprechstunde*, d. h. ohne vorherige Terminabsprache aufsuchten, erhielten routinemäßig ebenfalls den Fragebogen. Durch die zeitlichen Einschränkungen der Studierenden einerseits und die lange Dauer der ASK-Testung andererseits (70 Min.), war die Zahl der KlientInnen, die sich vor der Beratung lediglich zum Ausfüllen der Fragebögen bereit erklärten, erwartungsgemäß deutlich höher ( $n = 468$ ; 82,2 %) als die der TeilnehmerInnen an der Gesamtuntersuchung inklusive ASK ( $n = 101$ ; 17,8 %).

Im Anschluss an das Ausfüllen des Eingangsfragebogens wurden die KlientInnen von einer therapeutischen Mitarbeiterin oder einem therapeutischen Mitarbeiter der Beratungsstelle zum *Erstgespräch* abgeholt. Das Erstgespräch diente der ausführlichen Abklärung der Probleme und Beschwerden der KlientInnen sowie der Entwicklung von (ersten) Lösungsmöglichkeiten. Im Anschluss an das Erstgespräch wurde dieses von den Beraterinnen und Beratern in ausführlicher Form dokumentiert. BeraterInnen vergaben eine Diagnose nach ICD-10 (Dilling et al., 2005), schätzten die körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung anhand des *Beeinträchtigungs-Schwere-Scores* (Schepank, 1995) ein sowie das psychische, soziale und berufliche Funktionsniveau des Klienten anhand der *Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus* des DSM-IV (Saß et al., 1996). Wenn der Beratungsrahmen für das gegenwärtige Problem angemessen und ausreichend erschien, wurde den KlientInnen (häufig bereits im Erstgespräch) ein Beratungsangebot unterbreitet. Die KlientInnen entschieden daraufhin, ob sie dieses annehmen wollten. Im Falle der Notwendigkeit einer eingehenderen ambulanten oder stationären psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung vermittelten die BeraterInnen der PBS die KlientInnen an niedergelassene PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen und im Falle der Indikation für eine stationäre Behandlung an die Ambulanz der Psychiatrischen oder Psychosomatischen Universitätsklinik.

Von den 569 KlientInnen, die die PBS zwischen Januar und November 2008 aufsuchten, bestand bei 220 (38,7 %) nach der ersten Sitzung eine Indikation für das Beratungsangebot der PBS, bei 95 KlientInnen (16,7 %) lag nach der ersten Sitzung keine ausreichende Information für eine eindeutige Indikationsstellung vor; zur weiteren Problemklärung und Indikationsstellung bzw. Behandlungsplanung verblieben diese KlientInnen daher (zunächst) ebenfalls in der PBS. Den 315 KlientInnen (55,4 %), die zur Beratung (zunächst) in der PBS verblieben, stehen 254 (44,6 %) KlientInnen gegenüber, die in weiterführende psychosoziale Angebote vermittelt wurden. Nachfolgend finden sich Angaben zur Art des Angebots und zur Zahl der darin vermittelten KlientInnen (für eine Übersicht s. a. Tabelle 1). Eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung lag bei 238 KlientInnen (41,8 %) vor, bei 19,9 % dieser KlientInnen ( $n = 113$ ) war nach Einschätzung der BeraterInnen eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie von mittlerer Dauer (> 25 Sitzungen) gegeben, 64 KlientInnen (11,2 %) erhielten die Empfehlung einer Langzeitpsychotherapie (> 80 Sitzungen) und bei 43 KlientInnen (7,6 %) wurde

nach Ansicht der BeraterInnen eine Kurzpsychotherapie (< 25 Sitzungen) als ausreichend erachtet. Die Empfehlung einer ambulanten Gruppenpsychotherapie erhielten 10 KlientInnen (1,8 %), bei 8 KlientInnen (1,4 %) wurde seitens der BeraterInnen ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik für notwendig erachtet (s. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Indikationsstellung nach dem Erstgespräch durch die BeraterInnen**

	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil in %</b>
<b>Beratungsangebot PBS</b>	<b>315</b>	<b>55,4</b>
▪ Indikation für Beratung und Studiencoaching	220	38,7
▪ Keine eindeutige Indikation nach erster Sitzung, daher (zunächst) Verbleib in der PBS	95	16,7
<b>Psychotherapie</b>	<b>238</b>	<b>41,8</b>
▪ Kurztherapie (< 25 Sitzungen)	43	7,6
▪ Psychotherapie (> 25 Sitzungen)	113	19,9
▪ Psychotherapie (> 80 Sitzungen)	64	11,2
▪ Stationäre Psychotherapie	8	1,4
▪ Gruppentherapie	10	1,8
<b>Psychiatrische Behandlung</b>	<b>11</b>	<b>2,0</b>
▪ Ambulant	9	1,6
▪ Stationär	2	0,4
<b>Sonstiges (Paar- und Familienberatung, Spezialambulanzen für ADHS, Stalking, Borderline, PTBS)</b>	<b>5</b>	<b>0,9</b>
<b>Gesamt</b>	<b>569</b>	<b>100,0</b>

Die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung sahen die BeraterInnen bei 11 KlientInnen (2,0 %) gegeben; 9 KlientInnen (1,6 %) wurde das Aufsuchen eines niedergelassenen Psychiaters empfohlen, 2 KlientInnen (0,4 %) wurden zur Einleitung eines stationären Aufenthaltes an die Ambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg weiterverwiesen bzw. dorthin begleitet. An andere psychosoziale Einrichtungen wurden 5 KlientInnen (0,9 %) weiterverwiesen, z. B. zur Paar- und Familienberatung an die Psychologische Beratungsstelle für Ehe-, Familien- und Lebensfragen der Katholischen Gesamtkirchengemeinde Heidelberg, zur ADHS- und Borderline- bzw. PTBS-Diagnostik an die Spezial- bzw. Schwerpunktambulanz des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim oder in das dortige Gruppenprogramm für Stalking-Opfer.

Von den 238 KlientInnen, bei denen eine Indikation für eine Psychotherapie vorlag, wurde seitens der BeraterInnen an 171 (71,8 %) die Empfehlung für ein psychodynamisches Psychotherapieverfahren ausgesprochen (s. Tabelle 2). Bei 115 KlientInnen (48,3 %) lag nach Einschätzung der BeraterInnen eine Indikation für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie vor, bei 56 KlientInnen (23,5 %) wurde eine analytische Psychotherapie für sinnvoll und notwendig erachtet. Die Empfehlung einer Verhaltenstherapie wurde an 25 KlientInnen ausgesprochen (10,5 %), 7 KlientInnen (2,9 %) wurde eine Gesprächspsychotherapie empfohlen. Bei 35 KlientInnen (14,7 %) mit einer Indikation für eine Psychotherapie lag auf Seiten der BeraterInnen keine klare Präferenz für eines der Richtlinienverfahren vor.

**Tabelle 2: Empfohlene Verfahren für KlientInnen mit Psychotherapieindikation**

	Anzahl	Anteil in %
<b>Psychodynamische Psychotherapieverfahren</b>	<b>171</b>	<b>71,8</b>
▪ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	115	48,3
▪ Analytische Psychotherapie	56	23,5
<b>Verhaltenstherapie</b>	<b>25</b>	<b>10,5</b>
<b>Gesprächspsychotherapie</b>	<b>7</b>	<b>2,9</b>
<b>Keine klare Präferenz für eines der Richtlinienverfahren</b>	<b>35</b>	<b>14,7</b>
<b>Gesamt</b>	<b>238</b>	<b>100,0</b>

In der Tatsache einer überwiegenden Vermittlung in psychodynamische Psychotherapien spiegelt sich eine gewisse Präferenz der BeraterInnen der PBS wider. Diese verfügten früher größtenteils über einen psychodynamischen Ausbildungshintergrund und in der Folge waren die Netzwerke zu den psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden KollegInnen auch über persönliche Kontakte ausgeprägter als die zu VerhaltenstherapeutInnen. Entsprechend umfasst die Therapeutenliste der PBS, die als Orientierung für eine möglichst passgenaue Weitervermittlung dient, auch deutlich mehr PsychotherapeutInnen psychodynamischer Orientierung. Mit dem Ausscheiden älterer MitarbeiterInnen aus der PBS und der Einstellung neuer MitarbeiterInnen in verhaltenstherapeutischer Ausbildung, entstehen jedoch zunehmend auch Netzwerke zu ambulanten PsychotherapeutInnen mit verhaltenstherapeutischer Kassenzulassung. Zum anderen hängt die überwiegende Vermittlung in psychodynamische Psychotherapieverfahren auch mit der Versorgungssituation in Heidelberg zusammen. So haben von den 204 niedergelassenen ambulanten PsychotherapeutInnen in Heidelberg<sup>22</sup> 91 (44,6 %) eine Kassenzulassung für analytische Psychotherapie (die eine Zulassung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit einschließt) und 64 (31,4 %) eine Zulassung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Den 155 ambulanten PsychotherapeutInnen mit einer Kassenzulassung in einem psychodynamischen Psychotherapieverfahren (76,0 %) stehen 49 PsychotherapeutInnen mit einer Zulassung in Verhaltenstherapie gegenüber (24,0 %).

KlientInnen, die nicht in weiterführende psychosoziale Angebote vermittelt wurden und in der PBS verblieben ( $n = 315$ ; 55,4 %; s. Tabelle 1, Abbildung 2), erhielten ein individuell auf ihre aktuellen Probleme, Lebensumstände und Bedürfnisse abgestimmtes psychologisches und psychotherapeutisches Beratungsangebot nach dem ABCDE-Modell integrativer Beratung (s. Kapitel 1.5.7, 1.6.1, 1.7). Die Dauer der Beratung orientierte sich an den jeweiligen individuellen Erfordernissen, eine Sitzungsbeschränkung gab es nicht. Die KlientInnen der PBS erhielten Sitzungen bei insgesamt sieben psychotherapeutischen BeraterInnen. Zwei der psychotherapeutischen BeraterInnen der PBS Heidelberg verfügen über eine abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung in einem anerkannten Psychotherapieverfahren – der ärztliche Leiter der PBS, Professor Holm-Hadulla, ist Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Psychoanalytiker der DPV, eine Beraterin ist Psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie – oder befinden sich in (fortgeschrittener) Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (vier BeraterInnen, davon je zwei mit dem Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie). Die Sozialarbeiterin verfügt über eine

<sup>22</sup> Angaben entstammen der Auflistung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württembergs im Fachgebiet *Psychotherapie* nach Verfahren im Raum Heidelberg (<http://www.arztsuche-bw.de>; Stand: April 2011).

Fachweiterbildung Psychiatrie. Die Berufserfahrung der BeraterInnen im spezifischen Feld der psychotherapeutischen Beratung Studierender betrug im Durchschnitt 13,14 Jahre, mit einem Range von 2-29 Jahren. Die Beratungsgespräche wurden streng vertraulich gehandhabt, alle MitarbeiterInnen der PBS unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beratung fand unter kontinuierlicher Supervision durch Professor Holm-Hadulla statt. Im wöchentlich stattfindenden Seminar *Integrative Beratung* sowie im Rahmen der ebenfalls wöchentlich stattfindenden Teamsitzung war die Möglichkeit gegeben, (schwierige) Beratungsfälle einzubringen, die dann unter den Gesichtspunkten der einzelnen Dimensionen des ABCDE-Modells diagnostisch, in Hinblick auf Behandlungsplanung und Prognose und Verlauf im kollegialen Kreis diskutiert wurden.

Als **Einschlusskriterium** in die vorliegende Studie zur Evaluation der Effektivität integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung auf Symptombelastung, Lebens- und Studienzufriedenheit, Alltagskreativität sowie kreatives und schlussfolgerndes Denken, wurde ein Minimum von drei Beratungssitzungen incl. Erstgespräch festgelegt. Dieser Entscheidung liegt die Überlegung zugrunde, dass diejenigen KlientInnen, bei denen die Beratung ausschließlich die Vermittlung in weiterführende psychosoziale Angebote zum Ziel hat bzw. einer eng umschriebenen Informationsvermittlung dient (z. B. Umgang mit psychisch auffälligen KommilitonInnen), aus der Studie ausgeschlossen werden sollten, um die spezifischen Effekte integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung bei der entsprechenden Ziel-Klientel erfassen und abbilden zu können. Das Bestreben der Vermeidung einer Konfundierung zwischen diagnostischem Prozess und Weitervermittlung einerseits und dem spezifischen Beratungsangebot der PBS andererseits über die Festlegung eines Sitzungsminimums folgt dem Vorgehen von Vonk und Thyer (1999); diese hatten das Sitzungsminimum in ihrer Untersuchung auf vier Sitzungen festgelegt, untersuchten aber in der Mehrzahl auch Kurzzeittherapien mit längeren Gesamtsitzungszahlen.

Zwar stellt die Vermittlung in weiterführende psychosoziale Angebote ebenfalls eine wichtige Aufgabe der PBS dar – so wird ein hoher Prozentsatz (44,6 %) weitervermittelt (Tabelle 1, Abbildung 2) –, im Vorgehen werden jedoch andere Schwerpunkte gesetzt als bei einer Beratung von KlientInnen, bei denen eine Beratungsindikation im eigentlichen Sinne vorliegt. So besteht das Vorgehen bei der Weitervermittlung überwiegend darin, den KlientInnen auf Basis der diagnostischen Einschätzung des Erstgesprächs nahe zu bringen, dass das Beratungsangebot zur Behandlung der gegenwärtigen Symptomatik nicht ausreichend ist und andere psychosoziale Angebote, in der Regel insbesondere ambulante Psychotherapien, zur Erreichung der von den KlientInnen benannten Behandlungsziele notwendig sind. Im Vorfeld der Weitervermittlung werden mit den KlientInnen die Unterschiede zwischen den kassenzugelassenen Psychotherapieverfahren besprochen und das generelle Procedere von der ersten Kontaktaufnahme über die probatorischen Sitzungen bis zur Kassenfinanzierung wird erläutert. Unter Berücksichtigung der Präferenzen der KlientInnen für eine bestimmte Therapierichtung und evtl. Wünsche bzgl. des Alters, Geschlechts und bestimmter Persönlichkeitseigenschaften wird dann eine Empfehlung für eine geeignete Psychotherapeutin oder einen geeigneten Psychotherapeuten ausgesprochen. Für KlientInnen, die die PBS bereits mit dem Wunsch nach Weitervermittlung in Psychotherapie oder andere psychosoziale Angebote aufsuchen, wird hierfür in der Regel nicht mehr als eine Sitzung benötigt, an die sich ggf. nach Rücksprache mit KollegInnen die Zusendung von Kontaktdaten geeigneter ambulanter PsychotherapeutInnen per E-



Mail anschließt. KlientInnen, für die das Aufsuchen der PBS bereits eine große Hürde darstellte, fällt die Aussicht auf Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie jedoch mitunter nicht leicht. Sie setzt ein Akzeptieren der eigenen Behandlungsbedürftigkeit voraus, mit einer z. T. leider immer noch vorhandenen gesellschaftlichen und familiär geprägten Bewertung und auch Stigmatisierung („Reif für die Klappe“). Hier muss mitunter starke Überzeugungsarbeit geleistet und mit Vorurteilen aufgeräumt werden, wobei der Wert und Nutzen einer weiterführenden ambulanten oder seltener auch stationären Behandlung für die persönliche Entwicklung herausgestellt werden. KlientInnen, die sich in Studiengängen befinden, die mit Staatsexamen abgeschlossen werden, befürchten bei Aufnahme einer Psychotherapie häufig Nachteile bei einer späteren Verbeamtung bzw. der Aufnahme in eine private Krankenversicherung oder Berufsunfähigkeitsversicherung. Zwar stellt eine in Anspruch genommene Psychotherapie keinesfalls prinzipiell einen Hinderungsgrund für eine Verbeamtung dar – sie ermöglicht im Gegenteil häufig erst den erfolgreichen Studienabschluss, über den sich die Option einer Verbeamtung ja erst ergibt –, bei Vorliegen schwererer psychischer Störungen (z. B. chronifizierte Essstörungen, psychotische Störungen) können Schwierigkeiten bei der Verbeamtung nach absolvierter Psychotherapie andererseits aber auch nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden<sup>23</sup>. Gemeinsam mit den KlientInnen erfolgt daher immer eine Abwägung über die Vor- und Nachteile der Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung zum gegenwärtigen Zeitpunkt, wobei auch Möglichkeiten der Eigenfinanzierung einer Psychotherapie erörtert werden, was den Vorteil hat, dass diese bei der Krankenversicherung nicht aktenkundig wird.

Nach Abschluss der Beratung wurden KlientInnen, die vor der Beratung an der *Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens* (Schuler & Hell, 2005) teilgenommen hatten und das Einschlusskriterium von mindestens drei Beratungssitzungen incl. Erstgespräch erfüllten, um eine erneute Bearbeitung gebeten. Vierunddreißig KlientInnen (33,7 %) erklärten sich hierzu bereit und füllten zusätzlich den Abschlussfragebogen aus, der die erneute Einschätzung der o. g. Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaße umfasste (s. a. Abbildung 3). Nach der Teilnahme erhielten die KlientInnen in einem persönlichen Gespräch oder über E-Mail eine ausführliche Rückmeldung ihrer ASK-Ergebnisse der ersten und zweiten Testbearbeitung sowie über etwaige Unterschiede zwischen den Testergebnissen. Die erneute Teilnahme an der ASK nach Abschluss der Beratung wurde häufig durch fachliche Verpflichtungen (Anwesenheitspflicht in den Bachelor-/Master-Studiengängen) und daraus resultierende zeitliche Schwierigkeiten der Studierenden erschwert. Durch flexible und individuelle Terminvergabe konnte die Zahl der ASK-Post-Testungen jedoch bestmöglich maximiert werden. Um diese terminliche Flexibilität gewährleisten zu können, wurde aus den von der *Klaus Tschira Stiftung gGmbH* bewilligten Mitteln im Dezember 2008 eine wissenschaftliche Hilfskraft eingestellt, die die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Projekts in der Organisation und Durchführung der Testungen unterstützte.

KlientInnen, die nicht in weiterführende psychosoziale Angebote vermittelt wurden und das Einschlusskriterium ( $\geq 3$  Beratungssitzungen, incl. Erstgespräch) erfüllten, wurden nach Abschluss der Beratung (z. T. per E-Mail) gebeten, den Fragebogen mit den o. g. Instrumenten

---

<sup>23</sup> Sinngemäße Wiedergabe der Antworten mehrerer Anfragen an das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg mit der Frage nach möglichen Nachteilen bei der Verbeamtung durch eine absolvierte Psychotherapie.

erneut auszufüllen. Auf diese Weise konnten Post-Daten von 151 der 315 KlientInnen, die nicht weitervermittelt wurden und (zunächst) in der PBS verblieben – in der Folge als Prä-Post-Gesamt- bzw. Behandlungsstichprobe sowie als Completer bezeichnet –, gewonnen werden, was einem Anteil von 47,9 % entspricht (s. Abbildung 2). Welcher Anteil der KlientInnen, von denen keine Post-Daten vorlagen, das Einschlusskriterium in die Studie nicht erfüllte und wie viele KlientInnen zwar eine Beratung in der erforderlichen Stundenzahl in der PBS wahrgenommen, den Post-Bogen jedoch nicht ausgefüllt haben, kann nicht geklärt werden, da dies im Organisationsablauf nicht erfasst wurde. Aus den Angaben der BeraterInnen lässt sich jedoch mit 17 % ( $n = 54$ ) der Anteil derjenigen KlientInnen bestimmen, die eine Beratung im Umfang von  $\geq 3$  Beratungssitzungen (incl. Erstgespräch) wahrgenommen haben, diese jedoch abgebrochen haben. Für einen Vergleich der KlientInnen mit Daten zum Post-Zeitpunkt (Completer) mit KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn und eine Bewertung der Abbruchquote siehe Kapitel 3.8.

Zur Vermeidung von Versuchsleitereffekten (Durchführungsobjektivität; Moosbrugger & Kelaiva, 2007) erfolgte die Datenerhebung bestmöglich unabhängig vom Beratungsprozess. So wurden die Fragebögen vor dem Erstgespräch von der Sekretärin an die KlientInnen ausgegeben, die Post-Fragebögen wurden bei regulärer Beendigung der Beratung von den BeraterInnen selbst oder der Sekretärin ausgegeben. Deren Bearbeitung durch die KlientInnen erfolgte selbstverständlich in Abwesenheit der BeraterInnen mit anschließender Rückgabe der Fragebögen im Sekretariat. Bei nicht regulärer Beendigung der Beratung (z. B. durch Kontaktabbruch der KlientInnen, Umzug in eine andere Stadt, Auslandssemester/-aufenthalte, Rückkehr in den eigentlichen Studienort nach Absolvieren eines Auslandssemesters) wurden die Post-Fragebögen als Word-Formular per E-Mail von den wissenschaftlichen Mitarbeitern des Projekts oder der Sekretärin an die von den KlientInnen angegebenen E-Mail-Adressen geschickt. Reagierten die KlientInnen auf die Post-Befragungs-E-Mail nicht, wurden sie im Zuge einer maximalen Ausschöpfung der Rücklaufquote im Abstand von einem Monat erneut kontaktiert und um das Ausfüllen des Post-Fragebogens gebeten. Ein letztes Nachfassen mit der Einladung zur Teilnahme an der Post-Befragung fand dann ca. zwei Monate nach Beendigung der Beratung statt. Bei der Zusendung des Fragebogenformulars per E-Mail wurde darauf geachtet, dass die wissenschaftlichen Mitarbeiter nicht die eigenen KlientInnen kontaktieren, um Versuchsleitereffekte nicht zu begünstigen, da neben einer erneuten Einschätzung der Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaße auch eine Beurteilung des Beratungsverlaufs anhand des ABCDE-Ratings (KlientInnenversion: ABCDE-K; Holm-Hadulla et al., 2008) vorgenommen wurde. Dieses Vorgehen einer bestmöglichen Trennung zwischen Datenerhebung und Beratungsprozess erforderte eine gute Abstimmung zwischen den BeraterInnen und den wissenschaftlichen Mitarbeitern bzw. der Sekretärin. Hierbei konnte das Einschlusskriterium in die Untersuchung von  $\geq 3$  Sitzungen nicht immer eingehalten werden, weil bspw. BeraterInnen bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern oder der Sekretärin das Zusenden von Post-Fragebögen an ihre KlientInnen anforderten, ohne das Einschlusskriterium von  $\geq 3$  Sitzungen zu berücksichtigen. Auf diese Weise finden sich in der Prä-Post-Gesamtstichprobe 23 KlientInnen (16,8 %), die weniger als 3 Beratungssitzungen in Anspruch nahmen. Fünf KlientInnen (3,6 %) nahmen eine Beratungssitzung in der PBS wahr, 18 KlientInnen (13,1 %) suchten die PBS zu zwei Beratungsgesprächen auf (Angaben zur Anzahl absolvierter Beratungssitzungen lagen für 137 KlientInnen vor; s. a. Tabelle 3). Um die Datenbasis möglichst umfangreich zu halten, wurden die KlientInnen mit weniger als 3 Beratungssitzungen nicht aus der Stichprobe ausgeschlossen.

Nach Pinkerton und Rockwell (1994) können auch sehr kurze Psychotherapien zwischen einer und fünf Sitzungen effektiv und ausreichend sein, wenn die Studierenden von vornherein auf kurze Interventionen eingestellt sind, ihr Vertrauen in die therapeutische Beziehung bereits vorhanden ist, sie über eine hohe Einsichtsfähigkeit verfügen und für eine Verhaltensänderung motiviert sind. Die Therapeuten sollten für effektive kurze Psychotherapien über eine hohe professionelle Kompetenz verfügen, die die Fähigkeit zu einem raschen positiven Beziehungsaufbau mit den KlientInnen und eine adäquate Einschätzung darüber umfasst, ob ein therapeutisches Arbeiten in einem so kurzen Zeitrahmen für die individuellen Probleme und Konflikte angemessen und Erfolg versprechend ist. Die Problematik selbst sollte nach Pinkerton und Rockwell (a. a. O.) ausreichend klar und in wenigen Sitzungen bearbeitbar sein.

Nach Abschluss der Beratung erfolgte seitens der BeraterInnen eine erneute Einschätzung der körperlichen, psychischen und sozialkommunikativen Beeinträchtigung anhand des *Beeinträchtigungs-Schwere-Scores* (Schepank, 1995) sowie des psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus der KlientInnen anhand der *Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus* des DSM-IV (Saß et al., 1996). Auch die BeraterInnen beurteilten abschließend den Beratungsverlauf anhand des ABCDE-Ratings (BeraterInnenversion: ABCDE-T; Holm-Hadulla et al., 2008). Abbildung 2 ermöglicht einen Überblick über die KlientInnenzahlen zu den Messzeitpunkten und Abbildung 3 fasst die im Verlauf der Untersuchung verwendeten Erhebungsinstrumente nochmals zusammen.

**Ethische Aspekte:** Die Teilnahme der KlientInnen an der Untersuchung war vollkommen freiwillig. Deren Zustimmung konnte jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die KlientInnen, zurückgezogen werden. Vor Studienbeginn wurden die KlientInnen schriftlich und mündlich über das Ziel der geplanten Untersuchung aufgeklärt und ihre Zustimmung durch Unterschrift auf der Einwilligungserklärung dokumentiert (Informationen zur Studie und Einverständniserklärung s. Anhang E). Bei Rücktritt von der Studie (eine Klientin) wurde bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet oder bei den KlientInnen angefragt, ob sie mit der Auswertung des Materials einverstanden sind. Die Namen der KlientInnen und alle anderen vertraulichen Informationen unterlagen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Eine Weitergabe von KlientInnendaten erfolgte nur in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form. Dritte erhielten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg stimmte der vorliegenden Untersuchung in ihrem Votum vom 12.07.2007 uneingeschränkt zu.

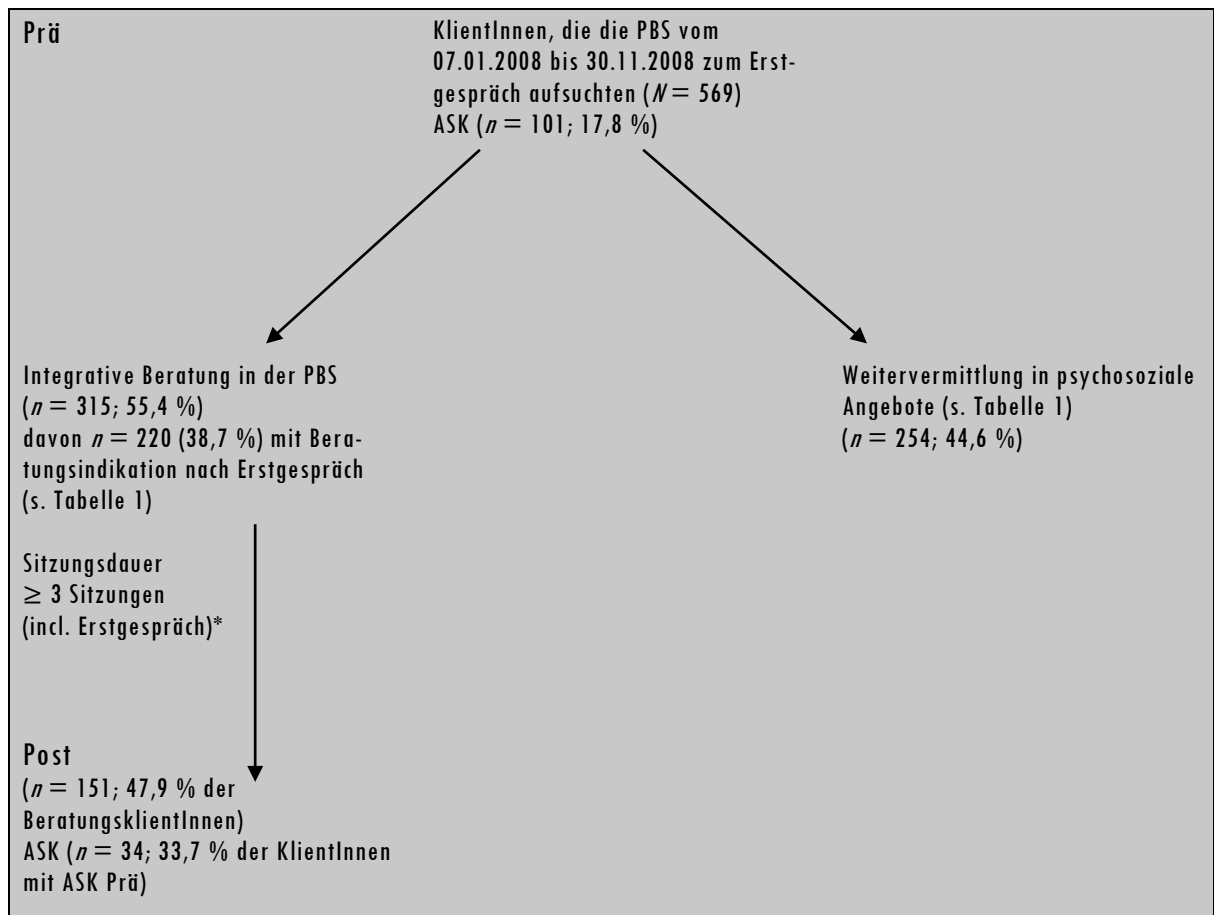


Abbildung 2: Flussdiagramm zum Überblick über die KlientInnenzahlen zu den Messzeitpunkten.

\*: 23 KlientInnen (16,8 %) mit weniger als 3 Beratungssitzungen (Erläuterung s. Text).

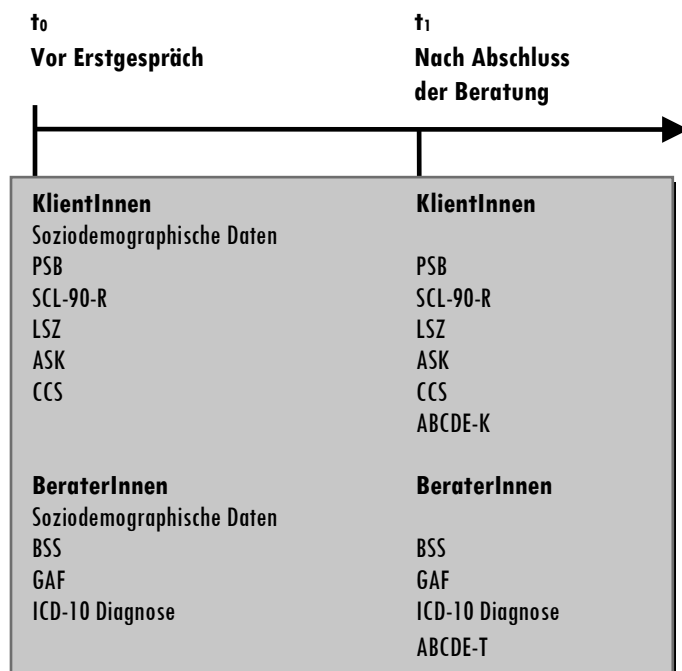


Abbildung 3: Erhebungsinstrumente zu den jeweiligen Messzeitpunkten.

## 2.4 Erhebungsinstrumente

Nachfolgend werden die in der vorliegenden Untersuchung eingesetzten Erhebungsinstrumente beschrieben (für einen Überblick s. Kapitel 2.3, Abbildung 3). Die Erhebungsinstrumente für die PBS-KlientInnen werden in Kapitel 2.4.1 beschrieben, die der BeraterInnen in Kapitel 2.4.2 und die gemeinsamen Beurteilungsinstrumente von KlientInnen und BeraterInnen in Kapitel 2.4.3.

### 2.4.1 Erhebungsinstrumente für KlientInnen

Ein Abdruck des Fragebogens findet sich in Anhang F.

#### 2.4.1.1 *Soziodemographische Daten*

Staatsangehörigkeit, Alter, Geschlecht, Abiturdurchschnitt, Studienfach, Fachsemester, Note Zwischenprüfung, Arbeit neben dem Studium in Wochenstunden.

#### 2.4.1.2 *Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB)*

Die Psychosoziale Beschwerdeliste (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Holm-Hadulla et al., 2009c) stellt eine modifizierte Fassung des Beschwerdeboogens aus der 11. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (vgl. Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, 1986) dar. Es handelt sich um einen Fragebogen mit 22 Items, die auf einer sechsstufigen Ratingskala in Hinblick auf ihren Ausprägungsgrad beurteilt werden. Abgefragt wird der Grad der Beeinträchtigung durch folgende psychosoziale Probleme: Partnerschaftsprobleme, Konflikte mit den Eltern, Krankheit oder Tod nahestehender Personen, eigene körperliche Krankheiten, Wohnprobleme, finanzielle Schwierigkeiten und starke Belastung durch ein Kind. Daneben werden folgende psychische Problembereiche erfasst: Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, Prüfungsangst (Angst vor Autoritäten), Kontaktschwierigkeiten, mangelndes Selbstwertgefühl, unerklärliche Angst und Unruhe, schwer beherrschbare Aggressionen, Zwangsvorstellungen oder -handlungen, depressive Verstimmungen, Selbstmordgedanken, sexuelle Probleme, psychosomatische Beschwerden, Probleme mit Alkohol oder anderen Drogen, Medikamentenabhängigkeit, extreme psychische Leiden (schwere psychiatrische Erkrankung) und andere Probleme bzw. Beschwerden als Restkategorie. Die Ausprägungsgrade auf den einzelnen Items können aufsummiert und zu einem Gesamtbeeinträchtigungsscore (GBS) zusammengefasst werden. Es liegen Normwerte aus einer studentischen Feldstichprobe vor. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) beträgt  $\alpha = .79$  (Holm-Hadulla et al., 2009b). Die Retest-Reliabilität des Instrumentes beträgt  $r = .72$  (Holm-Hadulla, Kiefer & Sessar, 1997).

#### 2.4.1.3 *Symptom-Checkliste (SCL-90-R)*

Die SCL-90-R (Derogatis, 1992; deutsche Version: Franke, 2002) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das mit 90 Items die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der vergangenen sieben Tage erfasst. Die 90 Items sind den neun Skalen *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus* zugeordnet; ihr Ausprägungsgrad wird jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark*) angegeben. Die Auswertung erfolgt anhand der neun Skalen und durch Bildung von drei globalen Kennwerten. Der *Global Severity Index* (GSI) erfasst die grundsätzliche psychische Belastung, der *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) gibt die Intensität der Antworten wieder und der *Positive Symptom Total* (PST) erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Neben dem Einsatz als Screening-Instrument

eignet sich die SCL-90-R auch zur Veränderungsmessung im Rahmen der Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik von Psychotherapien (Franke, 2001). Das Fallkriterium für eine auffallende psychische Belastung ist bei einem T-Wert  $\geq 63$  für den GSI gegeben. Die im Manual genannten internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen zwischen  $\alpha = .75$  und  $\alpha = .97$ . Die Retest-Reliabilität über eine Woche liegt für Studierende zwischen  $r = .69$  und  $r = .92$ .

#### **2.4.1.4 Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ)**

Die von Holm-Hadulla und Hofmann (2007) konstruierte Lebens- und Studienzufriedenheitsskala ist ein zeitökonomisches und reliables Instrument zur Erfassung der Zufriedenheit von Studierenden. Die sieben Fragen/Items beziehen sich auf ein allgemeines Gefühl der Leistungsfähigkeit, der Zufriedenheit mit sich und in der Beziehung zu anderen und der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (Unterskala *Lebenszufriedenheit*); daneben misst das Instrument die Zufriedenheit mit den eigenen Studienleistungen, der Studiensituation und den Rahmenbedingungen des Studiums (Unterskala *Studienzufriedenheit*). Die Fragen werden mit 1 (überhaupt nicht) bis 5 (sehr stark) bewertet. Der LSZ-Gesamtwert (Mittelwert über die sieben Items) lässt sich als Ausdruck der globalen Lebens- und Studienzufriedenheit verstehen. Alle Items laden auf einen gemeinsamen Faktor, was zeigt, dass für Studierende Studium und Privatleben sehr stark zusammenhängen, sodass sich Beeinträchtigungen in einem Bereich auch stark auf den anderen Bereich auswirken. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skala beträgt  $\alpha = .84$ . Es liegen Normwerte aus einer studentischen Feldstichprobe vor. Zur Konstruktion der LSZ siehe Hofmann (2010, S. 100).

#### **2.4.1.5 Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens (ASK)**

Die *Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens* (ASK) ist ein kognitiver Leistungstest, der von Schuler und Hell (2005) für Erwachsene mit Bildungsvoraussetzung Abitur konzipiert wurde und an einer Stichprobe von 606 Studierenden (überwiegend wirtschaftsnahe Studiengänge) normiert ist. Der Anwendungsbereich des Verfahrens ist breit, neben der Untersuchung diagnostischer Fragestellungen im Bereich der Berufs-, Bildungs- und Laufbahnberatung, lässt sich die ASK auch in der Personalauswahl und -platzierung sowie in der klinischen Diagnostik und der experimentellen Psychologie einsetzen. In insgesamt sieben Aufgaben Gruppen, die zu zwei Modulen zusammengefasst sind, werden die als komplementär erachteten Facetten der allgemeinen Intelligenz schlussfolgerndes Denken und kreatives Denken erfasst. Schuler und Hell (2005) definieren *schlussfolgerndes Denken* als Fähigkeit, „Informationen verschiedenen Komplexitätsgrades angemessen zu interpretieren und logisch richtige Schlussfolgerungen abzuleiten“ (S. 7). Als „zentrale, besonders g-gesättigte Komponente der Allgemeinen Intelligenz“ (a. a. O.) ist sie Bestandteil bedeutsamer Intelligenzstrukturmodelle und findet sich z. B. als *induction* bzw. *reasoning* bei Thurstone (1938) oder als *Verarbeitungskapazität* bei Jäger (1982). *Kreatives Denken* wird von den Autoren „... als Synonym zum Begriff Divergentes Denken verstanden“ (Schuler & Hell, 2005, S. 7) und ist „... als Fähigkeit definiert, Verbindungen und Gemeinsamkeiten zwischen Sachverhalten zu erkennen sowie Ideen und Lösungsmöglichkeiten für offene Probleme zu finden“ (a. a. O.). Die Autoren sehen die Aufgaben des ASK-Moduls *Kreatives Denken* in Entsprechung zu Komponenten etablierter Intelligenzmodelle, z. B. zu *word fluency* (Thurstone, 1938), *fluid intelligence* (Cattell & Horn, 1978) oder auch *Einfallsreichtum* (Jäger, 1982). Das ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* besteht aus den Aufgabengruppen *Informationen interpretieren* (6 Aufgaben), *Schlussfolgerungen ziehen* (10 Aufgaben) und *Tatsachen von Meinungen unterscheiden* (27 Aufgaben). Beim *Informationen*

*interpretieren* beurteilen die TestteilnehmerInnen, ob angegebene Schlussfolgerungen zu vorgegebenen Diagrammen korrekt sind. Bei der Aufgabengruppe *Schlussfolgerungen ziehen* sind vorgegebene Schlussfolgerungen zu logischen Problemen von den TestteilnehmerInnen hinsichtlich ihrer Richtigkeit zu bewerten. *Tatsachen von Meinungen unterscheiden* erfordert von den TestteilnehmerInnen die Entscheidung, ob es sich bei vorgegebenen Aussagen um Tatsachen oder Meinungen handelt. Die vier Aufgabengruppen des ASK-Moduls *Kreatives Denken* sind *Sätze kombinieren* (2 Aufgaben), *Hypothesen generieren* (4 Aufgaben), *Bedingungsgefüge definieren* (2 Aufgaben) und *Kategorien bilden* (2 Aufgaben). Bei der Aufgabengruppe *Sätze kombinieren* sollen die TestteilnehmerInnen aus vier vorgegebenen Buchstaben, die Anfangsbuchstaben von Wörtern darstellen, sinnvolle Sätze erfinden. Beim *Hypothesen generieren* sind von den TestteilnehmerInnen zu vorgegebenen Sachverhalten möglichst viele Hypothesen über mögliche Ursachen aufzustellen. Bei der Aufgabengruppe *Bedingungsgefüge definieren* sollen die TestteilnehmerInnen zu vorgegebenen Sachverhalten möglichst zahlreiche Einflussfaktoren finden und ihre Wirkungszusammenhänge angeben. Die Aufgabe der TestteilnehmerInnen beim *Kategorien bilden* besteht darin, vorgegebene Begriffe zu möglichst vielen sinnvollen Kategorien zusammenzufassen. Die Module *Schlussfolgerndes* und *Kreatives Denken* können je nach Fragestellung einzeln oder in Kombination eingesetzt werden, die Bearbeitungszeit für das Modul *Schlussfolgerndes Denken* ist von den Autoren mit ca. 31 Minuten und für das Modul *Kreatives Denken* mit ca. 39 Minuten angegeben. Während die Auswertung der Aufgabengruppen zum *Schlussfolgernden Denken* mittels Schablonen erfolgt, werden die offenen Aufgabengruppen zum *Kreativen Denken* nach Richtlinien ausgewertet. Diese sind nach Schmidt-Atzert (2007) „... unmissverständlich und führen zu einem eindeutigen Resultat“ (S. 39). Die Auswertung erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst werden die Rohwerte pro Aufgabengruppe zu Rohwertsummen addiert und jeder Rohwertsumme wird unter Verwendung der entsprechenden Normtabelle ein Standardwert zugewiesen. Durch Addition der standardisierten Rohwertsummen der Aufgabengruppen der beiden Module ergeben sich zunächst die unstandardisierten Facettenwerte für das *Schlussfolgernde* und *Kreative Denken*, die mittels entsprechender Normen in standardisierte Facettenwerte mit zugehörigen Prozenträngen überführt werden. Die beiden standardisierten Facettenwerte zum *Schlussfolgernden* und *Kreativen Denken* lassen sich schließlich zu einem unstandardisierten Gesamtwert addieren, aus dem sich unter Verwendung der zugehörigen Normentabelle ein standardisierter Gesamtwert mit zugehörigem Prozentrang ergibt. Die Rückmeldung der Ergebnisse an die TestteilnehmerInnen erfolgt auf Basis der Standardwerte und Prozentränge der beiden Module *Schlussfolgerndes* und *Kreatives Denken* und des ASK-Gesamtwerts. Die Durchführungsobjektivität ist aufgrund der schriftlichen Anweisungen gewährleistet (Schmidt-Atzert, 2007), die Auswertungsobjektivität kann beim Modul *Schlussfolgerndes Denken* durch die geschlossenen Antwortformate als gesichert gelten, für das ASK-Modul *Kreatives Denken* werden für die einzelnen Aufgabengruppen von Schuler und Hell (2005) Intraklassenkorrelationen zwischen .70 und .99 angegeben und für den Gesamtwert von .99. Die internen Konsistenzen liegen mit Cronbach's  $\alpha = .72$  für den Gesamtwert *Schlussfolgerndes Denken* und mit  $\alpha = .70$  für den Gesamtwert *Kreatives Denken* „... in einem für Leistungstests noch akzeptablen Bereich ...“ (Schmidt-Atzert, 2007, S. 39). Hohe Korrelationen ( $r = .91$ ) des ASK-Moduls *Schlussfolgerndes Denken* mit der verbalen Verarbeitungskapazität des *Berliner Intelligenzstruktur-Tests* (BIS; Jäger, Süß & Beauducel, 1997) und des ASK-Moduls *Kreatives Denken* mit dem *Verbalen Kreativitäts-Test* (VKT; Schoppe, 1975) von  $r = .72$  untermauern die Konstruktvalidität der ASK.

#### **2.4.1.6 Creative Conditions Scale (CCS)**

Die Items der Creative Conditions Scale (CCS) erfassen Persönlichkeitseigenschaften, Verhaltensweisen oder Einstellungen, die aus Sicht der bisherigen Forschung als relevant für (Alltags-)Kreativität erachtet werden können (Hofmann, 2010). Die ursprünglich 45 Items umfassende Version versuchte, die theoretisch unterschiedenen Faktoren *Fantasie*, *Beharrlichkeit*, *Motivation/Neugier*, *logisches Denken/divergentes Denken*, *Selbstvertrauen/Selbstwert* sowie *Umgebungsbedingungen* abzubilden. Die postulierte Faktorstruktur konnte durch faktorenanalytische Untersuchungen (Hauptkomponentenanalysen) jedoch nicht bestätigt werden, woran sich auch durch eine Reduktion der Items nach Trennschärfegesichtspunkten (Items, die mit dem Gesamtwert zu weniger als  $r = .20$  korrelierten wurden eliminiert) nichts änderte (Hofmann, 2010). Da die verbleibende 33-Item-Version eine sehr gute interne Konsistenz aufwies (Cronbach's  $\alpha = .83$ ) wurde entschieden, diese als homogene Einheit zu betrachten (zum Konstruktionsprozess der CCS-Skala s. Hofmann, 2010). Die Zustimmung zu bzw. Ablehnung der CCS-Items (5-stufige Skala: 1 = *trifft gar nicht zu*; 5 = *trifft völlig zu*) kann infolgedessen als Maß für die kreative Persönlichkeit und das kreative Potential der KlientInnen und deren Interesse an kreativen Verhaltensweisen aufgefasst werden und der CCS-Gesamtwert (Mittelwert über alle Items) als Maß für die kreative Alltagsgestaltung. In Anlehnung an das STAI (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) ist die CCS im Sinne einer State-Trait-Konzeption konstruiert, wodurch sich die Möglichkeit eröffnet, die für Kreativität als relevant erachteten Persönlichkeitseigenschaften, Verhaltensweisen und Einstellungen in Hinblick auf verschiedene Zeithorizonte zu erfassen. Die Instruktion für das State-Modul bezieht sich auf die letzten sieben Tage, die des aus identischen Fragen bestehenden Trait-Moduls auf die letzten zwölf Monate. Auf diese Weise ist es möglich, die Trait-Komponente als Indikator für die Ausprägung der kreativen Alltagsgestaltung im Vorfeld der Krise aufzufassen, wohingegen das State-Modul Aufschluss über das kreative Potential und dessen Umsetzung in den Alltag in den vergangenen sieben Tagen vor Aufsuchen der Psychotherapeutischen Beratungsstelle gibt. Die interne Konsistenz des Trait-Moduls beträgt Cronbach's  $\alpha = .87$ .

#### **2.4.2 Erhebungsinstrumente für BeraterInnen**

Ein Abdruck des Dokumentationsbogens findet sich in Anhang G.

##### **2.4.2.1 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)**

Der BSS (Schepank, 1995) erfasst das Ausmaß der Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychogene Erkrankung. Die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere erfolgt auf den drei Dimensionen körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung jeweils anhand von 5-stufigen Likert-Skalen (0 = *gar nicht* bis 4 = *extrem*). Die Punktwerte der drei Skalen können zu einem Gesamtwert verrechnet werden. Ab einem BSS-Summenwert  $\geq 5$  kann von einer psychogenen Erkrankung von behandlungsbedürftigem Ausmaß ausgegangen werden (Lange, Heuft & Wetz, 2001; Schepank, a. a. O.).

##### **2.4.2.2 Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)**

Im Rahmen des DSM-IV der *American Psychiatric Association* (1994) kann eine Einschätzung des globalen Funktionsniveaus unter Berücksichtigung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen vorgenommen werden. Auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit werden Werte zwischen 1 (minimales Funktionsniveau) und 100 (völlige Symptombefreiheit) vergeben. GAF-Ratings sind nach kurzem Training reliabel vor-



zunehmen (Startup, Jackson & Bendix, 2002), verbindliche Cut-off-Werte gibt es jedoch nicht (vgl. Strauß & Schumacher, 2005).

### **2.4.3 Gemeinsame Beurteilungsinstrumente von KlientInnen und BeraterInnen**

#### **2.4.3.1 ABCDE-Rating**

Das aus dem ABCDE-Modell integrativer Beratung abgeleitete ABCDE-Rating (Holm-Hadulla et al., 2008) erfasst die Wahrnehmung und das Erleben der unterschiedlichen Ebenen und Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der KlientInnen (ABCDE-K; s. Anhang F) und der BeraterInnen (ABCDE-T; s. Anhang G). Für die KlientInnen- und die BeraterInnen-Perspektive umfasst das ABCDE-Rating fünf inhaltlich komplementäre Fragen zur Qualität der therapeutischen Beziehung (Alliance), dem Ausmaß der Bearbeitung und Veränderung dysfunktionaler Verhaltensweisen (Behavior), der Auseinandersetzung mit dysfunktionalen Überzeugungen (Cognitions), der Beschäftigung mit unbewussten und interaktionalen Konflikten sowie biographischen Hintergründen (Dynamics) und der Auseinandersetzung mit grundlegenden Themen des Mensch-Seins (Existentials). Die einzelnen Dimensionen werden von Klient und Berater hinsichtlich des Grades ihrer Umsetzung und Verwirklichung innerhalb der Beratung und ihrer Wichtigkeit und ihres Nutzens für den Beratungsverlauf auf einer 5-stufigen Skala von „gar nicht“ bis „sehr“ eingeschätzt. Das ABCDE-Rating eignet sich zur Evaluation des Beratungsprozesses und erlaubt Aussagen darüber, inwieweit die einzelnen Dimensionen des Modells im Beratungsverlauf realisiert werden konnten und welche differentielle Wirkung ihnen für das Beratungsergebnis zukommt. Das ABCDE-Rating ist ein zeitökonomisches Verfahren und kann zur Verlaufsdokumentation oder zur retrospektiven Evaluation von Beratung eingesetzt werden.

## **2.5 Fragestellungen und Hypothesen: methodisches Vorgehen zur Untersuchung und (Über-)Prüfung**

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen zur Untersuchung und (Über-)Prüfung der in Kapitel 2.2 erarbeiteten Fragestellungen und Hypothesen beschrieben.

### **1. Charakteristika der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe**

- ▶ Deskriptive Beschreibung der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe hinsichtlich soziodemographischer Merkmale: Geschlecht, Alter, Fachsemester, Studienfach, Abiturdurchschnitt, Zwischenprüfungsnote, Nebentätigkeit, Diagnose nach ICD-10.

***Forschungsfrage 1.1: Bestehen in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, dem Ausmaß psychischer Belastung und der Lebens- und Studienzufriedenheit zwischen***

- *männlichen und weiblichen KlientInnen?*
- *KlientInnen mit und ohne Nebentätigkeit?*
- ▶ Überprüfung von Geschlechtsunterschieden und Ausübung von Nebentätigkeit (ja/nein) auf Signifikanz mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-*U*-Test bei nicht vorhandener Normalverteilung (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test).

***Forschungsfrage 1.2: Unterscheiden sich Studierende unterschiedlicher Fächer in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung?***

- ▶ Vergleich des Anteils der Hauptfächer der KlientInnen der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe mit dem Anteil Studierender der korrespondierenden Fächer der im Sommersemester 2008 an der Universität und der PH Heidelberg eingeschriebenen Studierenden.

***Hypothese 1.3: Studierende, die das Beratungsangebot der PBS in Anspruch nehmen, sind psychisch beeinträchtigt.***

- ▶ Vergleich der durch die PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe eingeschätzten subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R) mit Normwerten für Studierende (Franke, 2002) mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben.
- ▶ Vergleich von PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe und Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 hinsichtlich der Beeinträchtigung durch psychosoziale Probleme (PSB) mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben bzw. – bei nicht vorhandener Normalverteilung (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) – Mann-Whitney-*U*-Test.
- ▶ Vergleich der durch die BeraterInnen eingeschätzten Beeinträchtigungsschwere der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe) durch eine psychogene Erkrankung (BSS) und des globalen Funktionsniveaus (GAF) mit Cut-off-Werten für psychische Erkrankungen von behandlungsbedürftigem Ausmaß (Schepank, 1995; Strauß & Schumacher, 2005).

***Hypothese 1.4: Studierende, die das Beratungsangebot der PBS in Anspruch nehmen, weisen eine geringere Lebens- und Studienzufriedenheit auf als Studierende einer Feldstichprobe.***

- ▶ Vergleich der durch die PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe eingeschätzten Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ) mit den Einschätzungen der Lebens- und Studienzufriedenheit der Feldstichprobe 2007/2008 mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-*U*-Test bei nicht vorhandener Normalverteilung (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test).

***Hypothese 1.5: Die Alltagskreativität Studierender, die die PBS konsultieren, ist zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung beeinträchtigt, d. h. sie ist geringer ausgeprägt als im Jahr vor Beratungsbeginn.***

Vergleich der - jeweils durch die PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe eingeschätzten - Ausprägung der Alltagskreativität zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung (CCS-Gesamtwert, State-Modul) mit dem kreativen Potential in den 12 Monaten vor Beratungsbeginn (CCS-Gesamtwert, Trait-Modul).

- ▶ Überprüfung der CCS-State- und -Trait-Mittelwertsunterschiede (CCS-Gesamtwert) auf Signifikanz mittels *t*-Test für abhängige Stichproben. Bei nicht vorhandener Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) wurde der Wilcoxon-Test verwendet.

## **2. Effektivität integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung**

### ***Hypothese 2.1: Im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung findet eine Symptomreduktion statt.***

Vergleich der Symptombelastung der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe in der Selbst- (SCL-90-R, PSB) und Fremdeinschätzung (BSS, GAF) nach Abschluss der Beratung mit

- ▶ Normwerten für Studierende (SCL-90-R; Franke, 2002) mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben.
- ▶ der Einschätzung der Beeinträchtigung durch psychosoziale Probleme (PSB) der Feldstichprobe 2007/2008 mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben bzw. – bei nicht vorhandener Normalverteilung (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) – Mann-Whitney-*U*-Test.
- ▶ Cut-off-Werten für behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen (BSS, Schepank, 1995; GAF, Strauß & Schumacher, 2005).

### **Effektstärken**

- ▶ Überprüfung der Prä-Post-Mittelwertsunterschiede auf den Symptommaßen aus Selbst- (SCL-90-R, PSB) und Fremdbeurteilungssicht (BSS, GAF) auf Signifikanz mittels *t*-Test für abhängige Stichproben. Bei nicht vorhandener Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) wurde der Wilcoxon-Test verwendet.
- ▶ Berechnung von Prä-Post-Effektstärken für die Symptommaße (SCL-90-R, PSB, BSS, GAF) als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (Effektstärkevariante  $ES_{prä}$ ; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191).

### **Statistische und klinische Signifikanz**

- ▶ Zur Abbildung individueller Veränderungen im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung wurden für die PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe nach dem Konzept der klinischen Signifikanz (Christensen & Mendoza, 1986; Jacobson et al., 1984) Veränderungsraten für den GSI der SCL-90-R, den PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore und den BSS-Gesamtscore ermittelt.

### ***Hypothese 2.2: Im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung kommt es zu einer Verbesserung der Lebens- und Studienzufriedenheit.***

- ▶ Vergleich der durch die PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe eingeschätzten Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ) nach Abschluss der Beratung mit den LSZ-Einschätzungen der Feldstichprobe 2007/2008 mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben bzw. – bei nicht vorhandener Normalverteilung (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) – Mann-Whitney-*U*-Test.

### **Effektstärken**

- ▶ Überprüfung der Prä-Post-Mittelwertsunterschiede auf der LSZ auf Signifikanz mittels *t*-Test für abhängige Stichproben. Sofern keine Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) gegeben war, wurde der Wilcoxon-Test verwendet.

- ▶ Berechnung von Prä-Post-Effektstärken nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) für die LSZ.

**Hypothese 2.3: Im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung findet eine Verbesserung der in der Krise blockierten kreativen Alltagsgestaltung statt.**

- ▶ Vergleich der durch die PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe eingeschätzten Ausprägung der Alltagskreativität nach Abschluss der Beratung (CCS-State-Post-Gesamtwert) mit dem von den KlientInnen bei Aufnahme der Beratung eingeschätzten kreativen Potential in den 12 Monaten vor Beratungsbeginn (CCS-Gesamtwert, Trait-Modul) mittels  $t$ -Test für abhängige Stichproben. Bei nicht vorhandener Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) Verwendung des Wilcoxon-Tests.

#### **Effektstärken**

- ▶ Überprüfung der CCS-State-Prä-Post-Mittelwertsunterschiede (CCS-Gesamtwert) auf Signifikanz mittels  $t$ -Test für abhängige Stichproben. Bei nicht vorhandener Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) wurde der Wilcoxon-Test verwendet.
- ▶ Berechnung von Prä-Post-Effektstärken für die CCS (CCS-Gesamtwert, State-Modul) nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000).

**Hypothese 2.4: Im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung findet eine Verbesserung der in der Krise blockierten Fähigkeit zum kreativen Denken statt.**

- ▶ Vergleich der Testleistungen der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe im ASK-Modul *Kreatives Denken* vor Aufnahme und nach Beendigung der Beratung anhand standardisierter Facettenwerte und zugehöriger Prozentränge unter Verwendung der entsprechenden Normen aus Schuler und Hell (2005).

#### **Effektstärken**

- ▶ Überprüfung der Prä-Post-Mittelwertsunterschiede im ASK-Modul *Kreatives Denken* auf Signifikanz mittels  $t$ -Test für abhängige Stichproben. Bei nicht vorhandener Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) Verwendung des Wilcoxon-Tests.
- ▶ Berechnung von Prä-Post-Effektstärken für das ASK-Modul *Kreatives Denken* nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000).

**Forschungsfrage 2.5: Wie verändert sich die Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung?**

- ▶ Vergleich der Testleistungen der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe im ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* vor Aufnahme und nach Beendigung der Beratung anhand standardisierter Facettenwerte und zugehöriger Prozentränge unter Verwendung der entsprechenden Normen aus Schuler und Hell (2005).

#### **Effektstärken**

- ▶ Überprüfung der Prä-Post-Mittelwertsunterschiede im ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* auf Signifikanz mittels  $t$ -Test für abhängige Stichproben. Bei nicht vorhande-

ner Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov–Smirnov–Test) wurde der Wilcoxon-Test durchgeführt.

- ▶ Berechnung von Prä-Post-Effektstärken für das ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000).

### ***Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven (Prä-Post-Gesamtstichprobe)***

***Forschungsfrage 2.6: Inwieweit stimmen die Erfolgseinschätzungen der KlientInnen auf den beiden Selbstberichtsmaßen SCL-90-R und PSB überein und welche Übereinstimmung besteht zwischen der Einschätzung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (SCL-90-R, PSB) und aus Sicht der BeraterInnen (BSS)?***

- ▶ Berechnung des Phi-Koeffizienten als Zusammenhangsmaß zwischen den beiden je 2-fach gestuften Merkmalen Veränderung (unverändert/verschlechtert vs. klinisch signifikant verbessert)
  - auf SCL-90-R (GSI) und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore (kombinierte Selbsteinschätzung).
  - auf SCL-90-R (GSI) und BSS-Gesamtscore (kombinierte Selbst-/Fremdeinschätzung).
  - auf PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore und BSS-Gesamtscore (kombinierte Selbst-/Fremdeinschätzung).

### ***3. Dosis-Wirkung***

***Forschungsfrage 3.1: Wie viel Beratung ist notwendig, um eine ausreichende Symptomverbesserung zu erzielen?***

- ▶ Zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsdauer (Anzahl der Sitzungen) und Beratungsergebnis (klinisch signifikante oder reliable Verbesserung) werden für die unterschiedlichen Ergebnismaße (GSI der SCL-90-R, PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore und BSS-Gesamtscore) Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier (Kaplan & Meier, 1958) berechnet.

### ***4. Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer Beratung***

***Forschungsfrage 4.1: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen einem erfolgreichen Beratungsergebnis (KlientInnen- und BeraterInnen-Sicht) und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen?***

- ▶ Korrelationen (punktbiseriale Korrelation) der Erfolgseinschätzungen (statistisch signifikante bzw. klinisch signifikante Verbesserungen) auf den Ergebnisinstrumenten SCL-90-R (GSI), PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore und BSS-Gesamtscore mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der KlientInnen (ABCDE-K) bzw. der BeraterInnen (ABCDE-T).

***Forschungsfrage 4.2: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen?***

- ▶ Korrelationen (Produkt-Moment-Korrelation) der Verbesserung der Alltagskreativität im Beratungsverlauf (ausgedrückt als Prä-Post-Differenzwerte des CCS-Gesamtwerts, State-

Modul) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der KlientInnen (ABCDE-K) bzw. der BeraterInnen (ABCDE-T).

***Forschungsfrage 4.3: Welche Zusammenhänge bestehen zwischen Verbesserungen im schlussfolgernden und kreativen Denken und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen?***

- ▶ Korrelationen (Produkt-Moment-Korrelation) der Verbesserungen der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* bzw. *Kreatives Denken* (Prä-Post-Differenzwerte) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der KlientInnen (ABCDE-K) bzw. der BeraterInnen (ABCDE-T).

## **5. Differentielle Indikation**

***Forschungsfrage 5.1: Wie unterscheiden sich Completer von KlientInnen, für die nur Angaben zum Prä-Zeitpunkt vorlagen, hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Symptomatik und Lebens- und Studienzufriedenheit zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung?***

Als Completer gelten KlientInnen, bei denen eine Indikation für das Beratungsangebot der PBS vorlag, die das Einschlusskriterium  $\geq 3$  Sitzungen incl. Erstgespräch erfüllten und den Post-Bogen ausfüllten. KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn sind solche mit Weitervermittlung in andere psychosoziale Angebote, einer Inanspruchnahme des PBS-Beratungsangebots  $< 3$  Sitzungen oder nicht ausgefülltem Post-Bogen trotz Erfüllung des Einschlusskriteriums  $\geq 3$  Sitzungen (incl. Erstgespräch).

- ▶ Überprüfung von Unterschieden zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt auf Signifikanz für intervallskalierte Daten mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben bzw. – bei nicht vorhandener Normalverteilung (Überprüfung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) – Mann-Whitney-*U*-Test.
- ▶ Für nominalskalierte Merkmale wurden Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen zwischen Completern und KlientInnen ohne Post-Daten mittels Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz überprüft.

## **6. Behandlungseffekte integrativer Beratung im Vergleich zur Effektivität (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen: Benchmarking**

***Fragestellung 6.1: Wie gut sind die im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung erzielten Behandlungseffekte im Vergleich zur Effektivität (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen im naturalistischen Setting (Effectivenessstudien)?***

### **Beurteilung der Ergebnisqualität insgesamt**

- ▶ Zur Beurteilung der Ergebnisqualität integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung für die gesamte sie in Anspruch nehmende Klientel erfolgte ein Vergleich der Behandlungsergebnisse der Prä-Post-Gesamtstichprobe mit den Prä-Post-Ergebnissen
  - kurzpsychotherapeutisch behandelter Studierender von Vonk und Thyer (1999).
  - der unselektierten Ausgangsstichprobe 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Hiller et al., 2009).
  - tiefenpsychologisch fundiert behandelter PatientInnen der Heidelberg-Berlin-Studie (Grande et al., 2006).

## Beurteilung der differentiellen bzw. störungsspezifischen Wirksamkeit

- ▶ Zur Beurteilung der differentiellen bzw. störungsspezifischen Wirksamkeit integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung für
  - im eigentlichen Sinne behandlungsbedürftige PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä SCL-90-R  $\geq 63$ ) erfolgte ein Vergleich mit den Prä-Post-Ergebnissen der Completer-Stichprobe 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie (Hiller et al., 2009).
  - PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä SCL-90-R  $\leq 62$ ) wurden die Behandlungsergebnisse für zum Prä-Zeitpunkt nicht-klinisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen mit den Prä-Post-Ergebnissen kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelter PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert der Jahre 2003 bis 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie (Hiller et al., 2009) verglichen.
  - PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen erfolgte ein Vergleich mit den Prä-Post-Ergebnissen unipolar depressiver PatientInnen der Completer-Stichprobe 2001 bis 2008 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie (Schindler & Hiller, 2010).
  - PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen wurden deren Prä-Post-Ergebnisse mit den Behandlungsergebnissen gesprächspsychotherapeutisch behandelter PatientInnen mit Anpassungsstörungen (Altenhöfer et al., 2007) verglichen.

## Vorbereitung auf die Vergleiche

- ▶ Für die PBS-Teilstichproben (*klinisch beeinträchtigt Prä, nicht-pathologisches Ausgangsniveau, affektive und Anpassungsstörungen*) wurden zur Vorbereitung auf die genannten Vergleiche
  - die Prä-Post-Mittelwertsunterschiede auf den Symptom- (SCL-90-R, PSB, BSS, GAF) und Zufriedenheitsmaßen (LSZ) mittels *t*-Test für abhängige Stichproben auf Signifikanz überprüft – bei nicht vorhandener Normalverteilung der Differenzen der Messwertpaare (Überprüfung mittels Kolmogorov–Smirnov–Test) wurde der Wilcoxon-Test verwendet.
  - Prä-Post-Effektstärken für die Symptom- und Zufriedenheitsmaße nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) berechnet.
- ▶ Zur besseren Vergleichbarkeit der Behandlungsergebnisse der PBS-Teilstichproben mit den Ergebnissen (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen wurde für die
  - PBS-Teilstichproben die in den Vergleichsstudien verwendete Effektstärkevariante  $ES_{pool}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) für die interessierenden Vergleichsmaße berechnet.
  - Vergleichsstudien anhand der dort publizierten Kennwerte nachträglich die Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  für die für den Vergleich relevanten Ergebnismaße berechnet.

## Vorgehen innerhalb der Vergleiche

- ▶ Der Vergleich zwischen den PBS-Teilstichproben und den Vergleichsstudien erfolgte unter Berücksichtigung folgender Stichprobencharakteristika: Geschlechterverteilung, Diagnoseverteilung (insbesondere Anteil komorbider Persönlichkeitsstörungen), Fremdeinschätzung der Psychopathologie (z. T. auch Strukturniveau nach OPD; Grande et al., 2006), Altersstruktur und Bildungsniveau.

- Die Überprüfung von Unterschieden in der Eingangsbelastung, der Belastung zum Beratungs- bzw. Therapieende und dem durchschnittlichen Alter zwischen der jeweiligen PBS-Teilstichprobe und der zugehörigen Vergleichsstudie auf Signifikanz erfolgte mittels *t*-Test für unabhängige Stichproben.

### III. Ergebnisse

#### 3 Outcome für Prä-Post-Gesamtstichprobe

Nach einer ausführlichen soziodemographischen Beschreibung der Prä-Post-Gesamtstichprobe (Kapitel 3.1) auch in diagnostischer Hinsicht (Kapitel 3.1.9), werden Effektstärken für die Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaße berichtet (Kapitel 3.2) und die Effekte integrativer Beratung auf die genannten Zielkriterien werden zusammenfassend dargestellt (Kapitel 3.2.8). Statistisch und klinisch signifikante Veränderungsraten für die Globalwerte der Symptommaße werden berichtet (Kapitel 3.3) und es wird auf die Übereinstimmung des Beratungserfolgs über unterschiedliche Messinstrumente hinweg und aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven eingegangen (Kapitel 3.4; Zusammenfassung: Kapitel 3.4.4). Ergebnisse der Dosis-Wirkungsanalysen zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsdauer und Beratungsergebnis werden für die einzelnen Ergebnismaße berichtet (Kapitel 3.5) und in Kapitel 3.5.4 zusammengefasst. Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer Beratung aus KlientInnen- und BeraterInnensicht werden dargestellt (Kapitel 3.6) und zusammengefasst (Kapitel 3.6.1.1 und 3.6.2.1), ebenso die Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität (Kapitel 3.7.1), des schlussfolgernden und kreativen Denkens (Kapitel 3.7.2) und den Dimensionen integrativer Beratung. Um den Prozess der Indikationsstellung für ein integratives Beratungsangebot in der PBS genauer nachzeichnen zu können, werden Completer mit KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn verglichen (Kapitel 3.8) und die diesbezüglichen Befunde in Kapitel 3.8.1 zusammengefasst. Eine Beurteilung der Gesamt- bzw. der differentiellen und störungsspezifischen Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung nach dem ABCDE-Modell erfolgt im Vergleich mit den Behandlungsergebnissen anderer naturalistischer (Kurz-)Psychotherapiestudien (Kapitel 3.9).

##### 3.1 Soziodemographische Daten (Prä-Post-Gesamtstichprobe)

Kapitel 3.1 dient der soziodemographischen Beschreibung der Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 151^{24}$ ) hinsichtlich Behandlungsdauer (Kapitel 3.1.1), Geschlecht (Kapitel 3.1.2), Alter (Kapitel 3.1.3), Fachsemesterzahl (Kapitel 3.1.4), Studienfach (Kapitel 3.1.5), Abiturdurchschnitt (Kapitel 3.1.6), Zwischenprüfungsnote (Kapitel 3.1.7), Nebentätigkeit (Kapitel 3.1.8) und Diagnose nach ICD-10 (Kapitel 3.1.9). In diesem Rahmen wird auch den Forschungsfragen 1.1 (Kapitel 3.1.2 und 3.1.8) und 1.2 (Kapitel 3.1.5) nachgegangen (zu den Forschungsfragen selbst s. Kapitel 2.2 und 2.5).

###### 3.1.1 Behandlungsdauer

Angaben zur Behandlungsdauer lagen von 137 KlientInnen vor. Diese nahmen durchschnittlich 6,20 Sitzungen ( $SD = 4,11$ ) in der PBS wahr (s. Tabelle 3); die Dauer der Beratung betrug dabei im Durchschnitt 14,04 Wochen ( $SD = 12,96$ ). Die Anzahl der Sitzungen und die Dauer der Be-

<sup>24</sup> Da die Angaben der KlientInnen und BeraterInnen z. T. unvollständig waren, schwanken die KlientInnenzahlen. Um zur Erhöhung der Aussagekraft dennoch eine möglichst breite Datenbasis zu haben, wurde in jede Auswertung die jeweils verfügbare Anzahl vollständiger Daten einbezogen.



beratung waren linkssteil verteilt, 75 % der KlientInnen nahmen 8 Sitzungen oder weniger wahr und beendeten die Beratung in einem Zeitraum von 20 Wochen.

Tabelle 3: Behandlungsdauer Prä-Post-Gesamtstichprobe

	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>
<b>Prä-Post-Gesamtstichprobe</b>						
▪ <i>Anzahl Beratungssitzungen</i>	137	1	20	6,20	4,11	5,00
▪ <i>Behandlungsdauer in Wochen</i>	137	1	67	14,04	12,96	10,00

### 3.1.2 Geschlechterverteilung

Die Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 151$ ) besteht zu 71,5 % aus Frauen ( $n = 108$ ), 28,5 % der KlientInnen ( $n = 43$ ) sind Männer. Damit ist die Geschlechterverteilung der PBS-KlientInnen der vorliegenden Untersuchung ähnlich der vergangener PBS-KlientInnenjahrgänge. In der KlientInnenstichprobe ( $n = 131$ ) von 1998 (Dorn, 1999) lag der Anteil weiblicher Studierender bei 74 % ( $n = 97$ ), in der vollständigen KlientInnenstichprobe des Jahres 1993 ( $n = 342$ ) von Holm-Hadulla und Soeder (1997) waren 65 % der KlientInnen ( $n = 222$ ) weiblichen Geschlechts. Im Vergleich zum Anteil weiblicher Studierender (57,6 %;  $n = 14.740$ ) der im Sommersemester 2008 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg immatrikulierten Studierenden<sup>25</sup> ( $N = 25.609$ ), ist der Anteil weiblicher KlientInnen in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe jedoch erhöht. Hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie (GSI und Subskalen der SCL-90-R), der psychosozialen Beeinträchtigung (GAF, BSS-Gesamtscore, BSS-Dimensionen und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) und der Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert, Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit*) finden sich keine Geschlechtsunterschiede. Auch hinsichtlich des Alters, des Abiturdurchschnitts, der Anzahl der Fachsemester und der Zwischenprüfungsnote unterscheiden sich Klientinnen von Klienten bei Aufnahme der Beratung nicht. Bei Betrachtung der PSB-Einzelitems unterscheiden sich weibliche ( $n = 98$ ) und männliche ( $n = 38$ ) KlientInnen jedoch hinsichtlich ihrer Prüfungsangst (PSB-Item 9) signifikant ( $U = 1356,0$ ;  $z = -2,530$ ;  $p < 0,05$ ). Bei Frauen ist das PSB-Item *Prüfungsangst* im Durchschnitt ( $M = 3,53$ ;  $SD = 1,68$ ) signifikant höher ausgeprägt als bei Männern ( $M = 2,71$ ;  $SD = 1,78$ ). *Probleme mit Alkohol/Drogen* (PSB-Item 19) werden hingegen von Männern ( $M = 0,50$ ;  $SD = 0,92$ ) signifikant ( $U = 1504,0$ ;  $z = -2,618$ ;  $p < 0,01$ ) häufiger berichtet als von Frauen ( $M = 0,21$ ;  $SD = 0,72$ ). Auf der Skala *Aggressivität* der SCL-90-R zeigt sich ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen Frauen ( $M = 0,94$ ;  $SD = 0,75$ ) und Männern ( $M = 0,66$ ;  $SD = 0,61$ ). Frauen stimmen den Items der SCL-90-R, die (den Umgang mit) Aggressivität messen, tendenziell in einer höheren Ausprägung zu; mit  $p = 0,059$  ( $U = 1166,5$ ;  $z = -1,888$ ) wird die Signifikanzgrenze nur knapp verfehlt.

### 3.1.3 Alter

Es liegen Daten von 146 KlientInnen vor. Das Durchschnittsalter der KlientInnen liegt bei Aufnahme der Beratung bei 25,32 Jahren ( $SD = 3,78$ ). Der Median liegt bei 25, der Modalwert bei 26 Jahren. Insgesamt sind 93,8 % der KlientInnen zwischen 19 und 30 Jahre alt, 9 KlientInnen (6,2 %) sind älter als 30 Jahre (s. Abbildung 4). Erwartungsgemäß befindet sich die Mehrzahl der KlientInnen der Psychotherapeutischen Beratungsstelle in einer zur Aufnahme und Absolvierung des Erststudiums typischen Altersspanne; so sind 78,8 % der KlientInnen zwischen 19

<sup>25</sup> Angaben entstammen der Studierendenstatistik *Sommersemester 2008* der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (verfügbar unter: <http://www.uni-heidelberg.de/studium/interesse/faecher/statistik.html>).

und 27 Jahre alt. KlientInnen über dem 30. Lebensjahr sind überwiegend Studierende, die einen oder mehrere Studienfachwechsel vollzogen haben oder Doktoranden. Hinsichtlich des Durchschnittsalters stimmen die PBS KlientInnen des Jahrgangs 2008 mit früheren PBS-Jahrgängen überein. So betrug das durchschnittliche Alter der 1998 (Dorn, 1999) in Bezug auf ihre psychische Beeinträchtigung untersuchten PBS-KlientInnen ( $n = 131$ ) 25,5 Jahre ( $SD = 5,29$ ) und das des vollständigen KlientInnenjahrgangs 1993 (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder, 1995) 25,3 Jahre (Angaben über die Streuung fehlen).

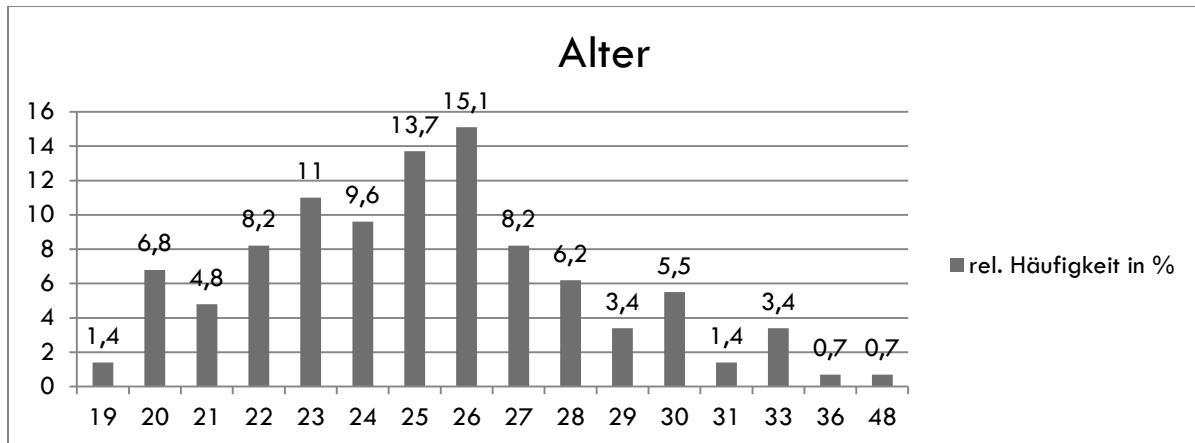


Abbildung 4: Altersverteilung der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe).

### 3.1.4 Fachsemester

Es liegen Daten von 143 KlientInnen vor. Das mittlere Fachsemester liegt bei 7,69 ( $SD = 4,36$ ), der Median liegt im 8. und der Modalwert im 9. Fachsemester. Während die Verteilung des Alters in der Tendenz eingipflig ist – mit einem Anstieg bis zum 26. Lebensjahr und einem nachfolgenden Rückgang, finden sich in der Verteilung der Fachsemester zwei Gipfel im 1. bis 4. und vom 9. bis 11. Fachsemester. Etwa 30 % der KlientInnen konsultieren die PBS in den ersten vier Semestern, weitere 30 % zwischen dem 9. bis 11. Fachsemester (s. Abbildung 5). Die restlichen KlientInnen (40,6 %) verteilen sich zwischen diesen beiden Gipfeln und auf höhere Semesterzahlen. Für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung in den ersten vier Fachsemestern können zu Studienbeginn insbesondere Schwierigkeiten im Zuge der Anpassung an die zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben wie z. B. Ablösung vom Elternhaus, Aufbau eines eigenen sozialen Netzes, Eingehen verbindlicher Partnerschaften (Bohleber, 1996; Soeder, et al., 2001) sowie um den Zeitraum der Zwischenprüfung Probleme beim selbstorganisierten Lernen vermutet werden. Der Gipfel vom 9. bis 11. Fachsemester ist durch die Vorbereitung auf und das Absolvieren der Abschlussprüfungen zu erklären, mit damit einhergehenden Arbeits- und Lernschwierigkeiten, Prüfungs- und Zukunftsängsten. Die sich hier abzeichnenden Nachfrageschwerpunkte Studienbeginn, Zeiträume der Zwischen- und Abschlussprüfungen, werden sich zukünftig nach Abschluss der Umstellung der Studiengänge auf Bachelor und Master vermutlich nivellieren, da Arbeits- und Lernschwierigkeiten sowie Prüfungsängste durch die veränderte Studienstruktur rascher zu Problemen führen können.

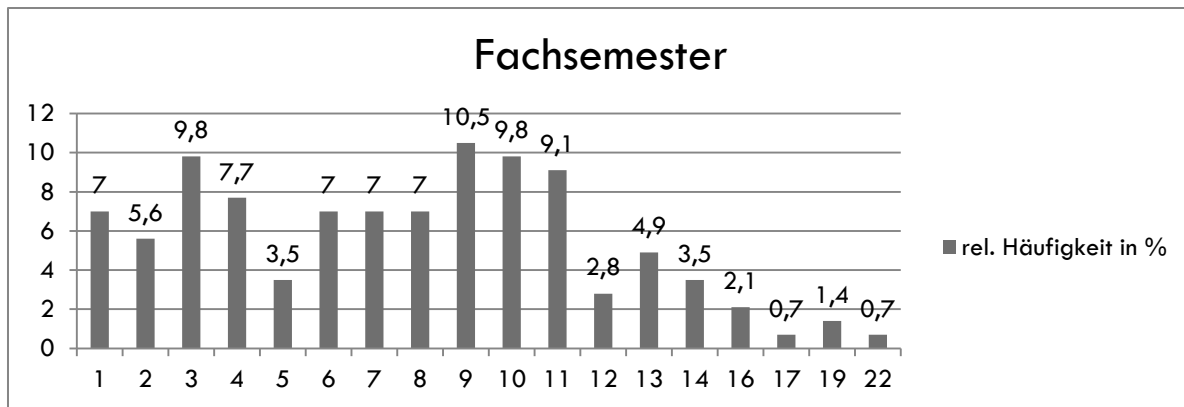


Abbildung 5: Verteilung der Fachsemesterzahl der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe).

### 3.1.5 Studienfächer nach Hauptfach

Abbildung 6 zeigt eine Aufstellung der Studienfächer nach Hauptfächern, wobei Angaben von 147 KlientInnen vorliegen. Am häufigsten sind Lehramtsstudierende in der Behandlungsstichprobe vertreten, ihr Anteil beträgt insgesamt 28,5 % ( $n = 42$ ). Lehramt an Gymnasien studieren 9,5 % der KlientInnen ( $n = 14$ ), 7,5 % ( $n = 11$ ) studieren Lehramt an Grund- und Hauptschulen, 6,1 % ( $n = 9$ ) Lehramt an Sonderschulen, 3,4 % ( $n = 5$ ) Lehramt an Realschulen und 2,0 % ( $n = 3$ ) ein nicht näher bezeichnetes Lehramt<sup>26</sup>. Studierende der Rechtswissenschaften sind mit 7,5 % ( $n = 11$ ), der Medizin mit 6,8 % ( $n = 10$ ) und der Politischen Wissenschaften mit 6,1 % ( $n = 9$ ) in der Prä-Post-Gesamtstichprobe ebenfalls häufig vertreten, gefolgt von Studierenden der Psychologie (4,8 %;  $n = 7$ ) und der Soziologie (4,1 %;  $n = 6$ ). Mit jeweils 3,4 % ( $n = 5$ ) sind Studierende der ev. Theologie und Studierende in den Studiengängen Übersetzen und Dolmetschen sowie Studierende der Physik am nächst häufigsten in der Prä-Post-Gesamtstichprobe vertreten. Studienfächer von 4 und weniger Nennungen werden hier nicht gesondert aufgeführt, sie können Abbildung 6 entnommen werden. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob Studierende bestimmter Fächer häufiger als andere in der Behandlungsstichprobe vertreten sind bzw. häufiger um psychotherapeutische Beratung nachsuchen, wurde der Anteil der Studierenden der jeweiligen Fächer mit dem Anteil Studierender der korrespondierenden Fächer an der Gesamtzahl der im Sommersemester 2008 an der Universität und der PH Heidelberg eingeschriebenen Studierenden verglichen (vgl. Tabelle 4). Dabei wurden nur diejenigen Studienfächer berücksichtigt, die von mindestens 5 KlientInnen als Hauptfach benannt wurden. Die Aufstellung zeigt, dass Studierende der Sonderpädagogik, der Politischen Wissenschaften, der Psychologie, der Soziologie, der ev. Theologie und der Rechtswissenschaften sowie Studierende in den Studiengängen Übersetzen und Dolmetschen in der Behandlungsstichprobe überproportional häufig vertreten sind. In der Behandlungsstichprobe unterrepräsentiert sind hingegen Studierende an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg mit Abschlussziel Grund- und Hauptschul- sowie Realschullehramt, Lehramtsstudierende mit Abschlussziel Gymnasiallehramt, Studierende der Physik und Studierende der Medizin. Die Gründe für eine im Vergleich zum Verhältnis an der Gesamtstudierendenzahl überproportionale Konsultation der Psychotherapeutischen Beratungsstelle durch Studierende bestimmter Fächer sind sicher vielschichtig und müssen spekulativ bleiben.

<sup>26</sup> Angaben zum Studienfach entstammen dem Selbstbericht der KlientInnen, die die Art des Lehramtes nicht immer genau spezifizierten.

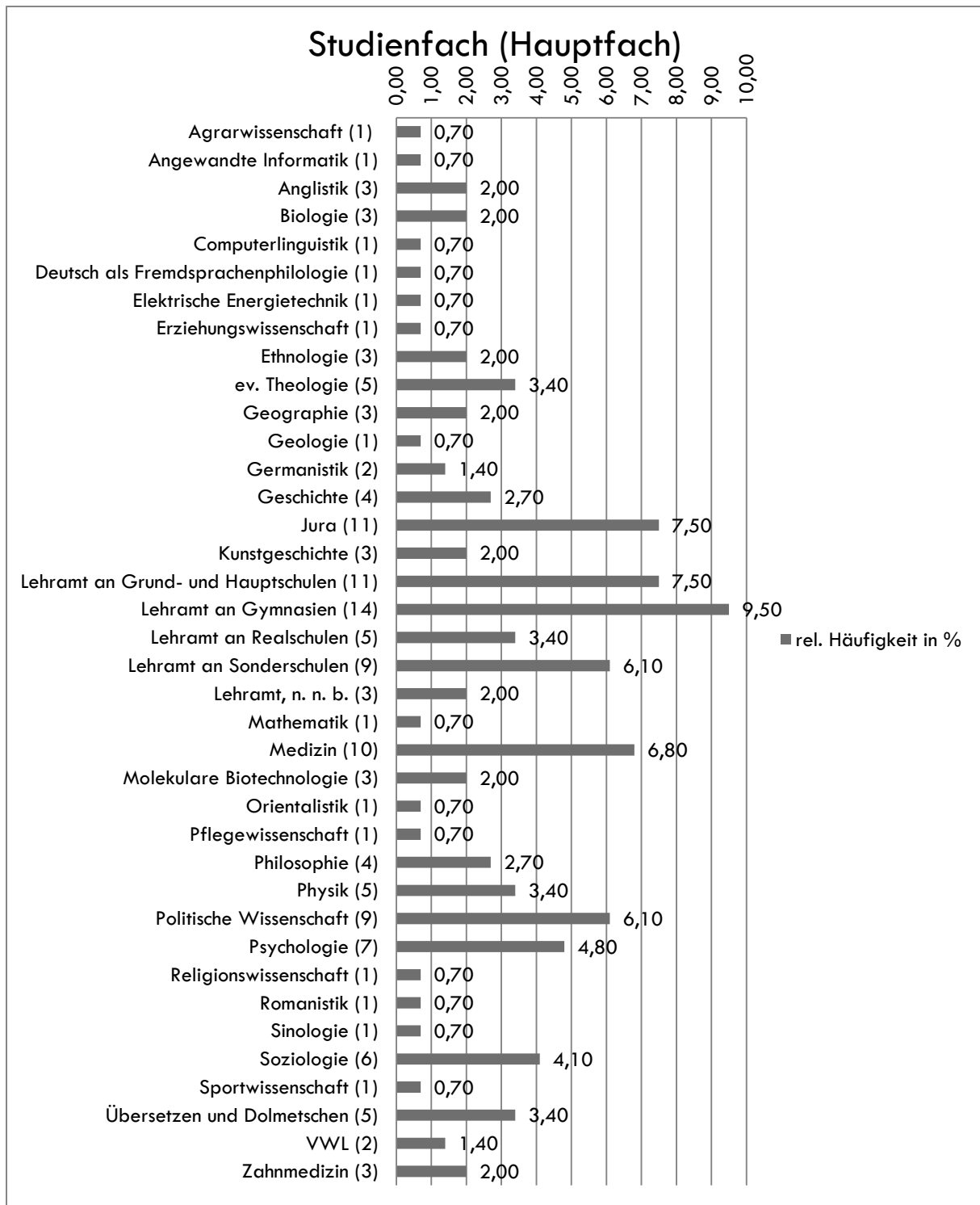


Abbildung 6: Aufstellung der Studienfächer nach Hauptfächern bei KlientInnen der Behandlungsstichprobe.

Der überproportionale Anteil an Studierenden der Sonderpädagogik, der Psychologie, der Soziologie und der ev. Theologie in der Behandlungsstichprobe könnte jedoch in einer größeren Bereitschaft, sich mit gesellschaftlichen, zwischenmenschlichen, innerpsychischen und spirituellen Prozessen und Themen auseinanderzusetzen und dabei auch psychotherapeutische Möglichkeiten der Unterstützung wahrzunehmen, bestehen. Auf Seiten der Medizinstudierenden kann hingegen zum einen eine gewisse Skepsis ggü. psychotherapeutischen und Beratungsangeboten, die in einem überwiegend medizinischen Krankheitsverständnis begründet

sein könnte, und eine gewisse Angst, sich darin als hilfsbedürftig zu zeigen, vermutet werden (Jurkat & Reimer, 2001; Seliger & Brähler, 2007). Auf der anderen Seite verfügt die Medizinische Fakultät über ein eigenes Mentoren-Tutoren-Programm (MTP), das speziell auf das Medizinstudium abgestimmte studienspezifische Schlüsselkompetenzen vermittelt, u. a. zu Zeitmanagement und Lerntechniken, die das Angebot der psychotherapeutischen Beratungsstelle zumindest auf Ebene der Lern- und Arbeitsorganisation ein Stück weit ersetzen. Schließlich könnte auch die Nähe der PBS zum Campus Bergheim dazu führen, dass z. B. Studierende des dort ansässigen Instituts für Politische Wissenschaft und des Instituts für Soziologie die PBS häufiger konsultieren. Insgesamt zeigt die klinische Erfahrung jedoch, dass bei KlientInnen eher Schwierigkeiten mit allgemeinen Aspekten des Studiums und den mit dieser Lebensphase einhergehenden Anpassungs- und Entwicklungsleistungen und weniger spezifische Anforderungen bestimmter Studienfächer Anlass zur Konsultation der PBS bieten.

Tabelle 4: Anzahl und Anteil in % der Hauptfächer in der Behandlungsstichprobe und der Gesamtgruppe der im Sommersemester 2008 immatrikulierten Studierenden der Universität und der PH Heidelberg

Hauptfach	Prä-Post-Gesamtstichprobe (n = 147)	Immatrikulierte Studierende (SoSe 2008) Universität und PH Heidelberg <sup>27</sup> (N = 29.609)	Über- (+) /unterproportional (-) in Behandlungsstichprobe vertreten
Lehramt an Gymnasien	9,5 % (14)	12,0 % (3.557)	(-)
Grund- und Hauptschul-, Realschullehramt	10,9 % (16)	13,5 % (4.000)	(-)
Lehramt an Sonderschulen	6,1 % (9)	2,0 % (588)	(+)
Rechtswissenschaften (Jura)	7,5 % (11)	5,6 % (1.656)	(+)
Medizin	6,8 % (10)	8,2 % (2.435)	(-)
Politische Wissenschaften	6,1 % (9)	2,4 % (715)	(+)
Psychologie	4,8 % (7)	1,7 % (497)	(+)
Soziologie	4,1 % (6)	1,6 % (467)	(+)
Ev. Theologie	3,4 % (5)	1,4 % (417)	(+)
Übersetzen und Dolmetschen	3,4 % (5)	1,6 % (484)	(+)
Physik	3,4 % (5)	4,8 % (1.417)	(-)

Anmerkungen: Auflistung von Studienfächern  $\geq 5$  Nennungen.

<sup>27</sup> Die genaue Zahl der Immatrikulierten an der PH Heidelberg war auch nach Rücksprache mit dem dortigen Studierendensekretariat nicht ausfindig zu machen. Sie beruht daher auf Angaben aus dem Internet. Es wird von 4.000 Studierenden (Stand SoSe 2004) an der PH Heidelberg ausgegangen ([http://de.wikipedia.org/wiki/PH\\_Heidelberg](http://de.wikipedia.org/wiki/PH_Heidelberg)). Diese Zahl wurde zu den vorhandenen exakten Angaben (<http://www.uni-heidelberg.de/studium/interesse/faecher/statistik.html>) der im Sommersemester 2008 an der Universität Heidelberg immatrikulierten Studierenden (25.609) addiert.

### 3.1.6 Abiturdurchschnitt

Angaben zum Abiturdurchschnitt liegen für 131 KlientInnen vor. Der Mittelwert liegt bei 2,17 ( $SD = 0,66$ ), Median und Modalwert liegen bei 2,1. Gute Leistungen sind damit bei den PBS-KlientInnen am häufigsten vertreten (67,2 % erzielen Leistungen zwischen 1,0 und 2,4; s. Abbildung 7). Etwas weniger als die Hälfte der KlientInnen (43,5 %) hat eine Abiturnote zwischen 1,0 und 2,0, weitere 47,3 % haben ihr Abitur mit Noten zwischen 2,1 und 3,0 abgeschlossen und lediglich 9,2 Prozent erzielten im Abitur Leistungen unter 3,0.

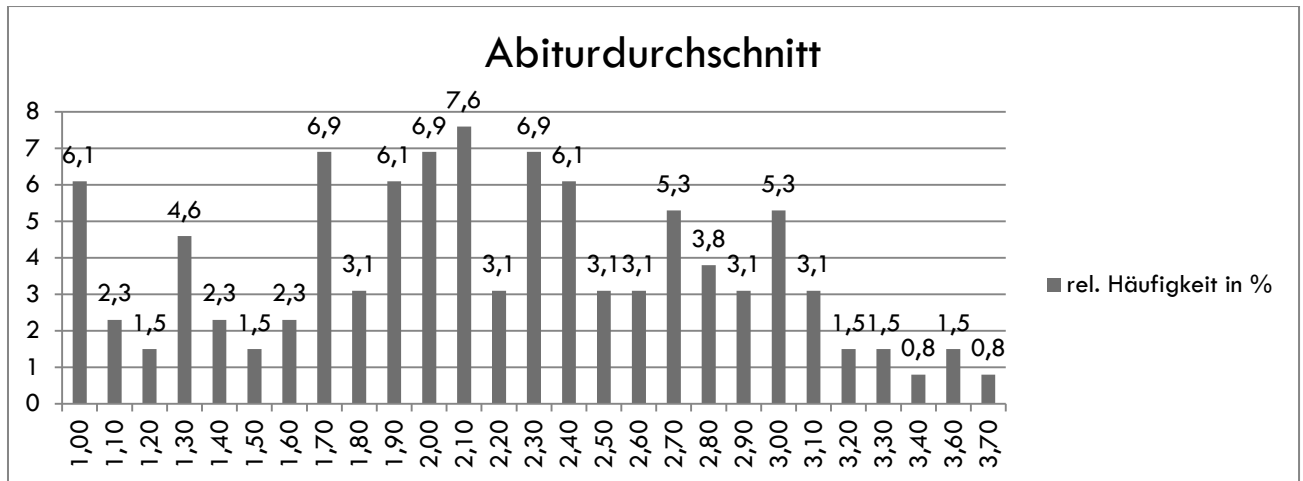


Abbildung 7: Verteilung Abiturdurchschnitt der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe).

### 3.1.7 Zwischenprüfungsnote

Neben dem Abiturdurchschnitt wurde bei den PBS-KlientInnen auch die Zwischenprüfungsnote erfragt. Diese liegt von 83 der 151 KlientInnen vor (55,0 %), die sich damit bei Aufnahme der Beratung bereits im zweiten Studienabschnitt befanden. Studierende der Rechtswissenschaften wurden aus der Auflistung der Zwischenprüfungsnoten ausgeschlossen (insgesamt 4 KlientInnen), da das in diesem Fach zur Leistungsbewertung eingesetzte Punktesystem vom Notensystem der anderen Studienfächer abweicht (das Maximum beträgt hier 18 Punkte) und zudem eine umgekehrte Polung vorliegt, was bei der Berechnung der Kennwerte zu Verzerrungen geführt hätte.

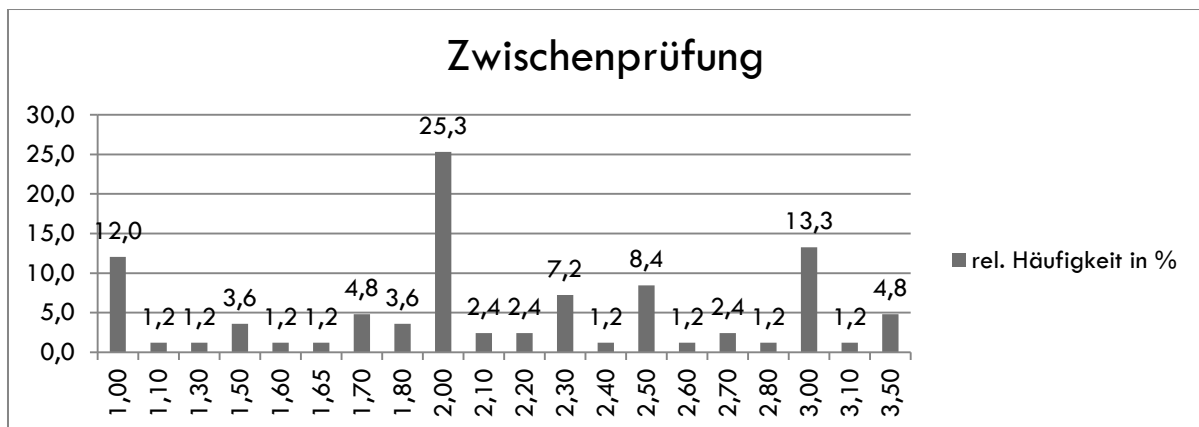


Abbildung 8: Verteilung der Zwischenprüfungsnoten der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe).

Bei den Zwischenprüfungsnoten zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Abiturnoten: Die Leistungen liegen überwiegend im 2-er-Bereich. Der Mittelwert liegt bei 2,14 ( $SD = 0,67$ ), Median und Modalwert liegen bei 2,0. Gute Leistungen sind damit bei den PBS-KlientInnen der

Prä-Post-Gesamtstichprobe am häufigsten vertreten (67,5 % der KlientInnen erzielen Leistungen zwischen 1,0 und 2,4; s. Abbildung 8). Mehr als die Hälfte der KlientInnen (54,2 %) erzielt Zwischenprüfungsnoten zwischen 1,0 und 2,0, weitere 39,8 % erbringen in der Zwischenprüfung Leistungen zwischen 2,1 und 3,0 und lediglich 6 Prozent absolvieren ihre Zwischenprüfung mit Noten schlechter als 3,0. Das von Kritikern Psychotherapeutischer Beratungsstellen für Studierende häufig ins Feld geführte Argument, nur leistungsschwache und zum Studium ohnehin nicht Befähigte hätten Beratungsbedarf, kann damit klar entkräftet werden.

### 3.1.8 Nebentätigkeit

In den nachfolgenden Auswertungen konnten die Angaben von 146 KlientInnen berücksichtigt werden. Von den KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe gehen 53,4 % ( $n = 78$ ) zur (Teil-)Finanzierung ihres Studiums einer Nebentätigkeit nach. Diese KlientInnen arbeiten im Durchschnitt 11,8 Stunden ( $SD = 5,92$ ) pro Woche, was im Umfang etwas mehr als einer viertel Stelle entspricht. Mehr als die Hälfte (57,7 %) der KlientInnen, die neben ihrem Studium arbeiten, arbeiten bis zu 10 Stunden pro Woche, zwischen 11 und 20 Stunden pro Woche arbeiten 35,9 % der KlientInnen und 6,4 % der KlientInnen üben eine Nebentätigkeit im Umfang von mehr als 20 Stunden pro Woche aus. Da eine Berufstätigkeit neben dem Studium eine erhebliche Mehrfachbelastung darstellt – die Zeit, die für die Arbeit zur (Teil-)Finanzierung des Studiums aufgewendet wird, steht zur Vor- und Nachbereitung der Veranstaltungen, zur Klausur- und Prüfungsvorbereitung, zur Erstellung von Haus- oder Abschlussarbeiten nicht zur Verfügung und die Vereinbarkeit von Studium und Nebentätigkeit erfordert einen erhöhten organisatorischen Aufwand –, wurde im Folgenden überprüft, inwieweit sich PBS-KlientInnen, die einer Nebentätigkeit nachgehen, von KlientInnen ohne Nebentätigkeit in soziodemographischen Merkmalen, im Ausmaß ihrer psychischen Belastung und ihrer Lebens- und Studienzufriedenheit unterscheiden. Während sich KlientInnen mit und ohne Ausübung einer Nebentätigkeit in ihrer allgemeinen Psychopathologie (GSI und Subskalen der SCL-90-R), ihrer psychosozialen Beeinträchtigung (GAF, BSS-Gesamtscore, BSS-Dimensionen und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore), ihrer Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert, Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit*) sowie hinsichtlich des Abiturdurchschnitts, der Anzahl der Fachsemester und der Zwischenprüfungsnote nicht signifikant unterscheiden, sind KlientInnen mit Nebentätigkeit im Durchschnitt ( $M = 25,99$ ;  $SD = 4,12$ ) signifikant älter ( $U = 2043,0$ ;  $z = -2,140$ ;  $p < 0,05$ ) als KlientInnen, die keiner Nebentätigkeit nachgehen ( $M = 24,50$ ;  $SD = 3,15$ ). Bei Betrachtung der Einzelitems der PSB waren *Partnerschaftsprobleme* (PSB-Item 1) bei KlientInnen mit Nebentätigkeit im Durchschnitt signifikant ( $U = 1695,0$ ;  $z = -2,252$ ;  $p < 0,05$ ) höher ausgeprägt ( $M = 2,14$ ;  $SD = 1,89$ ) als bei KlientInnen mit Nebentätigkeit ( $M = 1,44$ ;  $SD = 1,74$ ). Hier kann vermutet werden, dass der zeitliche Aufwand durch Studium und Nebentätigkeit die Zeit für gemeinschaftliche partnerschaftliche Aktivitäten, aber auch zur eigenständigen Verfügung (Hobbys etc.) einschränkt und die verbleibende Zeit mit überhöhten Erwartungen an die Partnerschaft überfrachtet ist. KlientInnen mit Nebentätigkeit sind darüber hinaus signifikant stärker ( $U = 1765,5$ ;  $z = -2,059$ ;  $p < 0,05$ ) von *Wohnproblemen* (PSB-Item 5) betroffen ( $M = 1,14$ ;  $SD = 1,48$ ) als solche, die keine Nebentätigkeit ausüben ( $M = 0,67$ ;  $SD = 1,09$ ). Auch *finanzielle Schwierigkeiten* (PSB-Item 6) sind bei KlientInnen mit Nebenjob ( $M = 1,86$ ;  $SD = 1,71$ ) signifikant stärker ( $U = 1514,5$ ;  $z = -3,145$ ;  $p < 0,01$ ) ausgeprägt als bei KlientInnen, die keiner Nebentätigkeit nachgehen ( $M = 0,92$ ;  $SD = 1,17$ ). *Psychosomatische Beschwerden* (PSB-Item 18) sind bei KlientInnen mit ( $M = 2,30$ ;  $SD = 1,70$ ) im Vergleich zu solchen ohne Ne-

bentätigkeit ( $M = 1,62$ ;  $SD = 1,77$ ) ebenfalls signifikant stärker ausgeprägt ( $U = 1674,0$ ;  $z = -2,335$ ;  $p < 0,05$ ).

### 3.1.9 Diagnosen nach ICD-10

Tabelle 5 gibt einen Gesamtüberblick über die Verteilung der Diagnosen in der Prä-Post-Gesamtstichprobe. ICD-10-Diagnosen nach Kapitel V (F) wurden für 74,2 % der KlientInnen ( $n = 114$ ) vergeben, 7,3 % der KlientInnen ( $n = 9$ ) erhielten darüber hinaus die Diagnose einer *Arbeitsstörung*. Diese stellt zwar keine F-Diagnose nach ICD-10 dar, ist jedoch für die Arbeit in der Beratungsstelle für Studierende von Relevanz, weshalb sie in diesem spezifischen Setting als Diagnosekategorie geführt wurde. Die restlichen KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe (18,5 %;  $n = 28$ ) wiesen eine Problematik auf, die sich nach den Kriterien der ICD-10, Kapitel V (F) nicht in eine Diagnose fassen ließ. Hierunter fallen Konflikte im Sinne der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD; Arbeitskreis OPD, 2004) wie z. B. Autonomie-Abhängigkeitskonflikte, Versorgungs-Autarkiekonflikte und Selbstwertkonflikte oder krisenhafte Zustände i. R. von Orientierungs- und Entscheidungskrisen. Schließlich wurden für einige KlientInnen auch Z-Diagnosen nach ICD-10 (Kapitel XXI) vergeben, bspw. Z55.2 *Nicht bestandene Prüfungen*, Z63.1 *Probleme in der Beziehung zu den Eltern oder angeheirateten Verwandten*, Z73.0 *Ausgebranntsein* oder Z72.6 *Beteiligung an Glücksspielen oder Wetten*.

In den weiteren Ausführungen werden nur die F-Diagnosen nach ICD-10 (Kapitel V) und die PBS-spezifische Zusatzdiagnose *Arbeitsstörung* berücksichtigt. Mit 60,8 % der Diagnosen (F-Diagnosen nach ICD-10 und Zusatzdiagnose *Arbeitsstörung*) überwiegen in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe Diagnosen aus der Kategorie F4 *neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*, gefolgt von *affektiven Störungen* (F3) mit 21,8 % der Diagnosen. *Arbeitsstörungen* sind mit 7,3 % und *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) mit 7,2 % der Diagnosen vertreten. Zu den F6-Diagnosen ist zu ergänzen, dass bei den PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe selten das klinische Vollbild der jeweiligen *Persönlichkeits- und Verhaltensstörung* erfüllt ist. Diagnosen nach F6 wurden dennoch vergeben, um Schwierigkeiten der KlientInnen, die aus persönlichkeitsstrukturellen Aspekten resultieren, abbilden und dokumentieren zu können. Diagnosen der Kategorie F5 *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* werden bei PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe mit 1,6 % und Diagnosen der Kategorie F2 *Schizophrenie* mit 0,8 % der F-Diagnosen nach ICD-10 (incl. Zusatzdiagnose *Arbeitsstörung*) nur sehr selten vergeben. Im Folgenden werden die Diagnosen nach ICD-10, Kapitel V (F) näher aufgeschlüsselt (s. a. Tabelle 5).

Die Kategorie *affektive Störungen* (F3) ist vorwiegend mit *leichten* (F32.0) und *mittelgradigen depressiven Episoden* (F32.1) bzw. *leichten* (F33.0) und *mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störungen* (F33.1) besetzt (zusammen 81,4 % der Diagnosen der Kategorie F3, 17,8 % der Diagnosen insgesamt; s. Tabelle 5). Die restlichen Fälle innerhalb der Kategorie *affektive Störungen* bilden eine Klientin mit einer *schweren depressiven Episode* (F32.2), zwei KlientInnen mit einer *sonstigen depressiven Episode* (F32.8) und zwei Klienten mit einer *Dysthymie* (F34.1).



Tabelle 5: Diagnosen nach ICD-10 (Prä-Post-Gesamtstichprobe)

Diagnosekategorien	ICD-10-Codierung	Anzahl	Anteil in %	Anteil in % aller Diagnosen
<b>F2 Schizophrenie</b>				
Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	25.1	1		0,8
<b>F3 Affektive Störungen</b>				
Depressive Episode				
leicht	32.0	10	37,0	8,1
mittelgradig	32.1	9	33,3	7,3
schwer	32.2	1	3,7	0,8
sonstige	32.8	2	7,4	1,6
Rezidivierende depressive Störung				
leicht	33.0	2	7,4	1,6
mittelgradig	33.1	1	3,7	0,8
Dysthymie	34.1	2	7,4	1,6
		<b>27</b>		<b>21,8</b>
<b>F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>				
Soziale Phobie	40.1	4	5,3	3,3
Prüfungsangst (spezifische Phobie)	40.2	15	20,0	12,2
Panikstörung	41.0	2	2,7	1,6
Angst und depressive Störung gemischt	41.2	3	4,0	2,4
Andere gemischte Angststörungen	41.3	2	2,7	1,6
Zwangsstörung	42.1	1	1,3	0,8
Posttraumatische Belastungsstörung	43.1	1	1,3	0,8
<b>Anpassungsstörungen F43.2</b>				
Kurze depressive Reaktion	43.20	16	21,3	13,0
Längere depressive Reaktion	43.21	8	10,7	6,5
Angst und depressive Reaktion gemischt	43.22	11	14,7	8,9
Vorwiegende Beeinträchtigung anderer Gefühle	43.23	5	6,7	4,1
Gemischte Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	43.25	3	4,0	2,4
Sonstige Symptome	43.28	1	1,3	0,8
		<b>44</b>	<b>58,7</b>	<b>35,7</b>
Hypochondrische Störung	45.2	1	1,3	0,8
Somatoforme autonome Funktionsstörung (oberer Gastrointestinaltrakt)	45.31	1	1,3	0,8
Sonstige somatoforme Störungen	45.8	1	1,3	0,8
		<b>75</b>		<b>60,8</b>

**F 5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**

Anorexia nervosa	50.0	2		1,6
		<b>2</b>		<b>1,6</b>

**F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**

Schizoid	60.1	3	33,3	2,4
Emotional instabil: Borderline-Typ	60.31	3	33,3	2,4
Histrionisch	60.4	1	11,1	0,8
Zwanghaft	60.5	1	11,1	0,8
Narzisstisch	60.80	1	11,1	0,8
		<b>9</b>		<b>7,2</b>
<b>Arbeitsstörung</b>		9		7,3
<b>Gesamt</b>		<b>123</b>		<b>100,0</b>

Die Kategorie F4 *neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* ist überwiegend mit *Anpassungsstörungen* (F43.2), *Prüfungsangst als spezifische (isolierte) Phobie* (F40.2), *soziale Phobien* (F40.1) und *Angst und depressive Störung gemischt* (F41.2) besetzt (s. Tabelle 5). *Anderer gemischte Angststörungen* (F41.3), *Panikstörungen* (F41.0) und je ein/e Klient/in mit *Zwangsstörung* (F42.1), *posttraumatischer Belastungsstörung* (F43.1), *hypochondrischer Störung* (F45.2), *somatoformer autonomer Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes* (F45.31) und *sonstiger somatoformer Störung* (F45.8) bilden die restlichen Fälle innerhalb der Kategorie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. *Anpassungsstörungen* (F43.2) bilden mit 58,7 % den größten Anteil der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (s. Tabelle 5). Mit 35,7 % der Diagnosen der vorliegenden Prä-Post-Gesamtstichprobe (s. Tabelle 5), ist der Anteil der Anpassungsstörungen im Vergleich zur Psychotherapiepraxis deutlich erhöht. So wird der Anteil von Patienten mit Anpassungsstörungen in ambulanter psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung im DSM-IV zwischen 5 und 20 % angegeben (Saß et al., 1996, S. 707). In Psychotherapiestudien liegt der Anteil an Anpassungsstörungen ebenfalls niedriger (z. B. Grünwald et al., 2008; Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen bei 22,6 der PatientInnen). Der im Vergleich zur ambulanten Psychotherapiepraxis und zu Psychotherapiestudien erhöhte Anteil an Anpassungsstörungen in der vorliegenden Behandlungsstichprobe verwundert nicht, da diese „... als zeitbegrenzte und vergleichsweise leichte Störungen klassifiziert [sind] und als solche in der Regel kurzzeitpsychotherapeutischen ambulanten oder stationären Therapien zugänglich [sind]“ (Huber & Beutel, 2006, S. 262). Anpassungsstörungen sollten dennoch adäquat behandelt werden, da sonst die Gefahr einer dauerhaften Symptombildung (z. B. von einer kurzen depressiven Reaktion in eine depressive Episode) droht. Zur Verhinderung der Entwicklung schwerer psychischer Störungen und Chronifizierung kommt der PBS mit ihrem niederschweligen, präventiven und auf die studentischen Problemlagen zugeschnittenen Unterstützungs- und Beratungsangebot eine entscheidende Rolle zu. Die Kategorie *Anpassungsstörungen* wird daher im Folgenden noch einmal genauer aufgeschlüsselt. Am häufigsten innerhalb der Kategorie Anpassungsstörungen wird die Diagnose *kurze depressive Reaktion* (F43.20; 36,4 % der F43.2-Diagnosen) vergeben, gefolgt von *Angst und depressive Reaktion gemischt* (F43.22; 25,0 % der F43.2-Diagnosen). Die Kriterien einer *längeren depressiven Reaktion* (F43.21) sind bei 18,2 % der KlientInnen mit einer

Anpassungsstörung erfüllt. Eine Anpassungsstörung mit *vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen* (F43.23) liegt bei 11,4 % der KlientInnen mit einer F43.2-Diagnose vor, eine *gemischte Störung von Gefühlen und Sozialverhalten* (F43.25) bei 6,8 % der KlientInnen mit einer Anpassungsstörung. Eine Klientin leidet an einer Anpassungsstörung mit *sonstigen Symptomen* (F43.28; 2,3 % der F43.2-Diagnosen).

In der Kategorie F6 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* finden sich überwiegend KlientInnen mit *schizoider* (F60.1) und *emotional instabiler Persönlichkeit(störung)* vom *Borderline-Typ* (F60.31). Eine Klientin mit einer *histrionischen Persönlichkeit(störung)*; F60.4) und je ein Klient mit einer *zwanghaften* (F60.5) und einer *narzisstischen* (F60.80) *Persönlichkeit(störung)* bilden die restlichen Fälle innerhalb der Kategorie F6 (s. Tabelle 5). Bei den KlientInnen der PBS sind voll ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen, bei denen alle Kriterien (bspw. für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung erfüllt sind) selten, weshalb sich die KlientInnen der Kategorie F6 treffender durch Konzepte der Persönlichkeitsakzentuierungen (Shapiro, Zinner, Shapiro & Berkowitz, 1975) bzw. (dysfunktionalen) Persönlichkeitsstile (Oldham & Morris, 2007) beschreiben lassen.

*Lern- und Arbeitsstörungen* sind für KlientInnen häufige Anlässe, die PBS zu konsultieren. Diese können sich vielgestaltig ausdrücken, z. B. in Form von Aufschiebeverhalten (*Prokrastination*; Fydrich, 2009; Rückert, 2006), Schwierigkeiten, Prioritäten zu setzen, den Stoff zu strukturieren, Konzentrationsschwierigkeiten etc. Wenn die Arbeitsschwierigkeiten nicht im Rahmen einer mitunter sehr beeinträchtigenden Begleitsymptomatik einer anderen ICD-10-Diagnose auftraten (bspw. bei einer ausgeprägten depressiven Episode, einer Prüfungsangst etc.), wurde von den BeraterInnen als „Hauptdiagnose“ eine *Arbeitsstörung* vergeben, wenngleich diese natürlich keine F-Diagnose nach ICD-10 im eigentlichen Sinn darstellt (s. o.). Dies traf auf 7,3 % der KlientInnen ( $n = 9$ ) zu.

In der Kategorie F5 *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* finden sich zwei Klientinnen mit einer *Anorexia nervosa* (F50.0), die Kategorie F2 *Schizophrenie* ist mit einem Klienten mit einer *schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv* (F25.1) besetzt.

### 3.2 Effektstärken Prä-Post-Gesamtstichprobe

Kapitel 3.2 dient der Überprüfung der Hypothesen 1.3 bis 1.5 (s. Kapitel 2.2), die sich auf die Ausgangsbedingungen der PBS-KlientInnen beziehen sowie der auf die Effektivität integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung gerichteten Hypothesen 2.1 bis 2.4 und der Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage 2.5 (zum methodischen Vorgehen s. Kapitel 2.5). Die Beurteilung der psychischen Beeinträchtigung und der Lebens- und Studienzufriedenheit der PBS-KlientInnen vor Beginn und nach Beendigung der Beratung, erfolgte im Vergleich mit einer Norm- (SCL-90-R; Franke, 2002, S. 46) bzw. Feldstichprobe<sup>28</sup> (PSB, LSZ) bzw. Cut-off-Werten für behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen (BSS, Schepank, 1995; GAF, Strauß & Schumacher, 2005). Die Ausprägung der Alltagskreativität der PBS-KlientInnen zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung und bei deren Beendigung (Gesamtwert CCS-State Prä bzw. Post) wurde jeweils mit deren kreativen Potential (CCS-Trait-Gesamtwert) in den 12 Monaten vor Beratungsbeginn verglichen. Der Vergleich der Testleistungen der PBS-KlientInnen auf der ASK vor Aufnahme und nach Beendigung der Beratung erfolgte unter

---

<sup>28</sup> Beschreibung siehe Kapitel 2.2.3.

Verwendung der entsprechenden Normen aus Schuler und Hell (2005). Weiterhin wurden für die Prä-Post-Gesamtstichprobe Effektstärken für die Unterskalen und den GSI der SCL-90-R, die Einzelitems und den Gesamtbeeinträchtigungsscore der Psychosozialen Beschwerdeliste (PSB), die drei Dimensionen (körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung) und den Gesamtscore des BSS, die Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF), die Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ), die Creative Conditions Scale (CCS) und die Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens (ASK) berechnet.

Die Darstellung der Veränderung der PBS-KlientInnen auf den eingesetzten Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaßen im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung erfolgt für jedes Beurteilungsinstrument gesondert. Für die SCL-90-R werden Vergleiche mit der Normstichprobe (Franke, 2002, S. 46) vor Aufnahme und nach Beendigung der Beratung, Prä-Post-Mittelwertsveränderungen und dazugehörige Effektstärken in Kapitel 3.2.1 berichtet. Der Vergleich der PBS-KlientInnen mit Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 vor und nach der Beratung, Mittelwertsveränderungen und zugehörige Prä-Post-Effektstärken werden in Kapitel 3.2.2 (PSB) bzw. 3.2.5 (LSZ) dargestellt. Die Vergleiche mit Cut-off-Werten für behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen vor Aufnahme und nach Beendigung der Beratung und die Behandlungseffektivität in Form von Mittelwertsveränderungen und Effektstärken erfolgt für die Fremdbeurteilungsmaße in Kapitel 3.2.3 (BSS) und 3.2.4 (GAF). Ausprägungen der Alltagskreativität (CCS-State-Gesamtwert) der PBS-KlientInnen vor und nach der Beratung im Vergleich zum kreativen Potential (CCS-Trait-Gesamtwert) im Jahr vor Aufnahme der Beratung werden in Kapitel 3.2.6 berichtet, ebenso wie (Mittelwerts-)Veränderungen der Alltagskreativität im Beratungsverlauf und Prä-Post-Effektstärken. Kapitel 3.2.7 ist der Darstellung der ASK-Testleistungen der PBS-KlientInnen vor Aufnahme und nach Beendigung der Beratung im Vergleich zu den entsprechenden Normen (Schuler & Hell, 2005) sowie deren Veränderung im Beratungsverlauf (Mittelwertsunterschiede und Prä-Post-Effektstärken) gewidmet. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Veränderung der PBS-KlientInnen auf den eingesetzten Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaßen erfolgt in Kapitel 3.2.8. Erste Ergebnisse zu einer die indirekte Veränderungsmessung der vorliegenden Untersuchung ergänzenden retrospektiven Erfolgsbeurteilung der PBS-KlientInnen werden in Kapitel 3.2.9 berichtet.

Da „... unterschiedliche ... Berechnungsvarianten für Effektstärke-Indizes im Eingruppen-Prä-Post-Design zu höchst unterschiedlichen Ergebnismustern führen können“ (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 189), wird nachfolgend die Wahl der Effektstärkevariante begründet. In der vorliegenden Untersuchung werden Prä-Post-Effektstärken nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  gemäß folgender Formel berechnet (a. a. O., S. 191):

(1)

$$ES_{prä} = \frac{M_{prä} - M_{post}}{SD_{prä}}$$

$M_{prä}$ : Mittelwert der Stichprobe bzgl. der interessierenden Variablen vor der Intervention

$M_{post}$ : Mittelwert derselben Stichprobe nach der Intervention

$SD_{prä}$ : Standardabweichung der Messwerte vor der Intervention

„Bei positiv gepolten Merkmalen (je höher der Skalenwert, umso besser) ...“ (a. a. O.) wurde im Zähler der Prätest- vom Posttest-Wert abgezogen, um zu gewährleisten, dass positive Effektstärken eine Verbesserung und negative eine Verschlechterung anzeigen. Die Berechnung der Effektstärke nach o. g. Formel wird von Kazis, Anderson und Meenan (1989) zur Darstellung gesundheitswissenschaftlicher Veränderungsmessungen empfohlen; dabei wird „... von der (ungeprüften) Annahme aus[gegangen] ...“ (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 192), dass Mittelwert bzw. Standardabweichung des Prätests eine Schätzung des Mittelwerts bzw. der Standardabweichung der fehlenden Kontrollgruppe darstellen. Diese Annahme macht in der vorliegenden Untersuchung insofern Sinn, als dass sich PBS-KlientInnen in einer Wartekontrollbedingung (die aus ethischen Gründen nicht zu realisieren ist, s. Kapitel 2.1) von behandelten KlientInnen in der Eingangssymptomatik aller Voraussicht nach wenig unterscheiden würden. Minami et al. (2009) berechneten in ihrer Benchmarkingstudie zum Vergleich der Effektivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende mit den aus randomisierten kontrollierten klinischen Studien (RCTs) gewonnenen Ergebnissen psychotherapeutischer Behandlungen von Erwachsenen mit Major Depression (s. Kapitel 1.4.2.4) die Prä-Post-Effektstärke ebenfalls nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  und begründeten dies folgendermaßen: „The standard deviation of the intake score was used for the standardization because, unlike the pooled standard deviation, it is not influenced by repeated testing and treatment effect“ (S. 313). Auch Leonhart und Bengel (2005) favorisieren für einen Prä-Post-Vergleich die Berechnung der Effektstärke nach  $ES_{prä}$ . Ein Vergleich der Effektstärkevarianten  $ES_{prä}$  und  $ES_{pool}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) findet sich in Kapitel 3.9.2.1.1.

### 3.2.1 SCL-90-R

Für die nachfolgenden Auswertungen zur SCL-90-R konnten die Prä-Post-Daten von 121 KlientInnen berücksichtigt werden. Bevor die Effektstärken für die Unterskalen und den GSI der SCL-90-R berichtet werden, wird die psychische Beeinträchtigung der vorliegenden Behandlungsstichprobe auf der SCL-90-R vor und nach der Beratung mit der Normstichprobe Studierender (Franke, 2002, S. 46) verglichen. Im Vergleich zur Normstichprobe Studierender zeigten sich für die Prä-Post-Gesamtstichprobe sowohl für den GSI als auch für die einzelnen Subskalen der SCL-90-R mit Ausnahme der Skala *Paranoides Denken* signifikant erhöhte Mittelwerte zum Prä-Zeitpunkt (s. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Prä-Messung/vor Beratung) und Normstichprobe Studierender (Franke, 2002, S. 46)**

	Prä-Post-Gesamtstichprobe (n = 121)		Normstichprobe Studierender (Franke, 2002) (n = 800)		df	t	Signifikanz (2-seitig)
	M prä	SD	M Norm	SD			
<b>Somatisierung</b>	0,69	0,63	0,40	0,42	919	6,563	,000***
<b>Zwanghaftigkeit</b>	1,47	0,75	0,80	0,60	919	11,049	,000***
<b>Unsicherheit</b>	1,14	0,84	0,77	0,61	919	5,884	,000***
<b>Depressivität</b>	1,62	0,85	0,69	0,59	919	15,132	,000***
<b>Ängstlichkeit</b>	1,07	0,82	0,48	0,48	919	11,269	,000***
<b>Aggressivität</b>	0,87	0,72	0,51	0,50	919	6,913	,000***
<b>Phobische Angst</b>	0,46	0,63	0,20	0,35	919	6,699	,000***
<b>Paranoides Denken</b>	0,71	0,71	0,63	0,52	919	1,495	,135 n. s.

<b>Psychotizismus</b>	0,57	0,51	0,31	0,39	919	6,538	,000***
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	1,01	0,58	0,54	0,40	919	11,263	,000***

Anmerkungen: n. s. nicht signifikant; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Insbesondere auf den Skalen *Depressivität*, *Zwanghaftigkeit* und *Ängstlichkeit* wiesen die KlientInnen vor Beratungsbeginn Mittelwerte auf, die deutlich über denen der Normstichprobe lagen (s. Tabelle 6).

Nach der Beratung unterscheiden sich die Mittelwerte der Prä-Post-Gesamtstichprobe sowohl für den GSI als auch für die Subskalen der SCL-90-R mit Ausnahme der Skalen *Depressivität* und *Paranoides Denken* nicht mehr signifikant von denen der Normstichprobe Studierender (Tabelle 7). Während der Mittelwert der Prä-Post-Gesamtstichprobe auf der Skala *Depressivität* auch nach der Beratung noch signifikant höher liegt als bei der Normstichprobe, erreichen die KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe auf der Skala *Paranoides Denken* im Vergleich zur Normstichprobe im Durchschnitt signifikant geringere Werte (Tabelle 7).

Tabelle 7: Subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Post-Messung/nach Beratung) und Normstichprobe Studierender (Franke, 2002, S. 46)

	Prä-Post-Gesamtstichprobe (n = 121)		Normstichprobe Studierender (Franke, 2002) (n = 800)		df	t	Signifikanz (2-seitig)
	M post	SD	M Norm	SD			
<b>Somatisierung</b>	0,40	0,40	0,40	0,42	919	0,000	,999 n. s.
<b>Zwanghaftigkeit</b>	0,85	0,71	0,80	0,60	919	0,833	,405 n. s.
<b>Unsicherheit</b>	0,72	0,69	0,77	0,61	919	0,825	,409 n. s.
<b>Depressivität</b>	0,90	0,82	0,69	0,59	919	3,446	,000***
<b>Ängstlichkeit</b>	0,55	0,57	0,48	0,48	919	1,457	,146 n. s.
<b>Aggressivität</b>	0,53	0,61	0,51	0,50	919	0,398	,691 n. s.
<b>Phobische Angst</b>	0,25	0,49	0,20	0,35	919	1,381	,168 n. s.
<b>Paranoides Denken</b>	0,46	0,57	0,63	0,52	919	3,308	,001**
<b>Psychotizismus</b>	0,37	0,47	0,31	0,39	919	1,533	,126 n. s.
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	0,59	0,50	0,54	0,40	919	1,237	,216 n. s.

Anmerkungen: n. s. nicht signifikant; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Die Prä-Post-Veränderungen sind auf allen Skalen signifikant und weisen mittlere bis hohe Effektstärken zwischen 0,33 und 0,84 auf (Tabelle 8). Nach der Konvention von Cohen (1988) handelt es sich in der Mehrzahl um mittlere Effektstärken, auf den Skalen *Depressivität* und *Zwanghaftigkeit* werden hohe Effektstärken erzielt. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass sich „... [d]ie Einteilung von Cohen (1988) in kleine ( $d = 0,2$ ), mittlere ( $d = 0,5$ ) und große ( $d = 0,8$ ) Effektstärken ... auf unkontrollierte Prä-Post-Effektstärken nur sehr bedingt bzw. nicht übertragen [lässt] ...“ (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 197). Die Berechnung der Effektstärke nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  erlaubt aber nach Maier-Riehle und Zwingmann (a. a. O., S. 195) noch am ehesten den Vergleich mit Effektstärken aus kontrollierten Studien, weshalb sie in der vorliegenden Untersuchung auch Verwendung fand.

**Tabelle 8: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung durch KlientInnen (SCL-90-R)**

	n	Prä		Post		Mittlere Verände- rung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Somatisierung</b>	121	0,69	0,63	0,40	0,40	0,29	0,59	0,46	,000 <sup>a***</sup>
<b>Zwanghaftigkeit</b>	121	1,47	0,75	0,85	0,71	0,62	0,82	0,83	,000 <sup>a***</sup>
<b>Unsicherheit</b>	121	1,14	0,84	0,72	0,69	0,42	0,82	0,51	,000 <sup>a***</sup>
<b>Depressivität</b>	121	1,62	0,85	0,90	0,82	0,72	0,84	0,84	,000 <sup>a***</sup>
<b>Ängstlichkeit</b>	121	1,07	0,82	0,55	0,57	0,52	0,79	0,63	,000 <sup>a***</sup>
<b>Aggressivität</b>	121	0,87	0,72	0,53	0,61	0,34	0,71	0,47	,000 <sup>a***</sup>
<b>Phobische Angst</b>	121	0,46	0,63	0,25	0,49	0,21	0,72	0,33	,000 <sup>a***</sup>
<b>Paranoides Denken</b>	121	0,71	0,71	0,46	0,57	0,25	0,63	0,35	,000 <sup>a***</sup>
<b>Psychotizismus</b>	121	0,57	0,51	0,37	0,47	0,20	0,53	0,39	,000 <sup>a***</sup>
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	121	1,01	0,58	0,59	0,50	0,42	0,57	0,73	,000 <sup>a***</sup>

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

### 3.2.2 Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB)

Im Vergleich zur Feldstichprobe 2007/2008 (Beschreibung s. Kapitel 2.2.3) sind bei KlientInnen der PBS vor Aufnahme der Beratung insbesondere *Prüfungsängste*, diffuse Ängste oder Unruhezustände (PSB-Item 12), *Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Psychosomatische Beschwerden*, *Depressive Verstimmungen* und *Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten* signifikant höher ausgeprägt (Tabelle 9). Berücksichtigt man weiterhin die signifikant höhere Ausprägung von *Selbstmordgedanken* bei PBS-KlientInnen im Vergleich zu Studierenden der Feldstichprobe und fasst diese Einzelitems syndromal – *Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Depressive Verstimmung* und *Selbstmordgedanken* als depressives Syndrom, *Prüfungsangst* und *Unerklärliche Angst/Unruhe* als Angststörungen – so korrespondieren die Angaben der KlientInnen auf der PSB mit denen auf der SCL-90-R, auf der bei der Behandlungstichprobe vor Beratungsbeginn im Vergleich zur Normstichprobe Studierender (Franke, 2002) neben *Zwanghaftigkeit* insbesondere die Mittelwerte auf den Skalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* deutlich erhöht waren (s. Tabelle 6). *Konflikte mit den Eltern* und *Andere Probleme* sind bei KlientInnen der PBS zu Beratungsbeginn ebenfalls signifikant höher ausgeprägt als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008. Auch in ihrer psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (PSB-GBS) zeigten sich PBS-KlientInnen vor Aufnahme der Beratung signifikant stärker belastet als Studierende der Feldstichprobe. Mit einem Mittelwert von 31,52 ( $SD = 13,55$ ) lag der Gesamtbeeinträchtigungsscore der Psychosozialen Beschwerdeliste für die Prä-Post-Gesamtstichprobe vor der Beratung im Durchschnitt vergleichbar hoch wie in früheren Untersuchungen der PBS Heidelberg: KlientInnenjahrgang 1993:  $M = 34,0$  ( $SD = 13,7$ ; Holm-Hadulla & Soeder, 1997) und KlientInnenjahrgang 1998:  $M = 33,9$  ( $SD = 13,8$ ; Dorn, 1999).

*Sexuelle Probleme* werden von KlientInnen der PBS vor der Beratung im Vergleich zur Feldstichprobe 2007/2008 hingegen in signifikant geringerer Ausprägung berichtet. Keine Unterschiede zwischen Behandlungs- und Feldstichprobe zeigten sich für *Partnerschaftsprobleme*, *Krankheit/Tod nahestehender Personen*, *Eigene körperliche Krankheiten*, *Wohnprobleme*, *Finanzielle Schwierigkeiten*, *Starke Belastung durch Kind*, *Kontaktschwierigkeiten*, *Schwer beherrschbare Aggressionen*, *Zwangsvorstellungen/-handlungen*, *Probleme mit Alkohol/Drogen*, *Medikamentenabhängigkeit* und *Psychiatrische Erkrankungen* (Tabelle 9).

Tabelle 9: Vergleich Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Prä-Messung/vor Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008

PSB-Item	Prä-Post-Gesamtstichprobe (n = 136)		Feldstichprobe Studierender 2007/2008 (n = 125)		Mann-Whitney-U-Test		
	M prä	SD	M	SD	U	z	p (2-seitig)
1. Partnerschaftsprobleme	1,82	1,83	1,69	1,57	8303,5	-0,332	,740 n. s.
2. Konflikte mit den Eltern	1,64	1,55	1,17	1,24	7161,5	-2,274	,023*
3. Krankheit/Tod nahestehender Personen	1,18	1,74	1,32	1,67	7973,0	-0,959	,338 n. s.
4. Eigene körperliche Krankheiten	1,18	1,50	1,34	1,40	7716,5	-1,357	,175 n. s.
5. Wohnprobleme	0,96	1,34	1,06	1,44	8229,0	-0,486	,627 n. s.
6. Finanzielle Schwierigkeiten	1,43	1,56	1,41	1,35	8209,5	-0,494	,621 n. s.
7. Starke Belastung durch Kind	0,06	0,47	0,02	0,20	8447,5	-0,363	,717 n. s.
8. Arbeits-/Konzentrations-schwierigkeiten	3,13	1,63	2,16	1,51	5623,5	-4,797	,000***
9. Prüfungsangst	3,30	1,74	1,87	1,49	4582,5	-6,526	,000***
10. Kontaktschwierigkeiten	1,72	1,65	1,41	1,30	7857,5	-1,085	,278 n. s.
11. Mangelndes Selbstwertgefühl	3,04	1,64	1,87	1,52	5131,0	-5,610	,000***
12. Unerklärliche Angst/Unruhe	2,93	1,69	1,54	1,51	4717,5	-6,310	,000***
13. Schwer beherrschbare Aggressionen	0,78	1,23	0,54	0,98	7617,0	-1,711	,087 n. s.
14. Zwangsvorstellungen/-handlungen	0,93	1,52	0,61	1,08	8018,5	-0,941	,347 n. s.
15. Depressive Verstimmung	2,60	1,67	1,62	1,61	5722,5	-4,642	,000***
16. Selbstmordgedanken	0,71	1,20	0,28	0,81	6754,0	-3,742	,000***
17. Sexuelle Probleme	0,76	1,21	1,10 <sup>a</sup>	1,39	7253,5	-2,152	,031*
18. Psychosomatische Beschwerden	2,01	1,77	0,90	1,29	5483,0	-5,227	,000***
19. Probleme mit Alkohol/Drogen	0,29	0,79	0,28	0,82	8252,0	-0,637	,524 n. s.
20. Medikamentenabhängigkeit	0,07	0,38	0,02	0,15	8324,5	-0,911	,362 n. s.
21. Psychiatrische Erkrankungen	0,26	0,86	0,11	0,50	8086,5	-1,330	,184 n. s.
22. Andere Probleme	0,71	1,32	0,33 <sup>b</sup>	1,06	7040,0	-3,247	,001**
<b>PSB (GBS)</b>	<b>31,52</b>	<b>13,55</b>	<b>22,63</b>	<b>13,51</b>	<b>5232,0</b>	<b>-5,366</b>	<b>,000***</b>

Anmerkungen: n. s. nicht signifikant; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup>:  $n = 124$ ; <sup>b</sup>:  $n = 123$ .

Nach der Beratung unterscheiden sich KlientInnen der PBS mit Ausnahme der PSB-Items 11 (*Mangelndes Selbstwertgefühl*), 17 (*Sexuelle Probleme*), 18 (*Psychosomatische Beschwerden*) und 22 (*Andere Probleme*) nicht mehr signifikant von Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008. Bei PBS-KlientInnen sind *Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Psychosomatische Beschwerden* und *Andere Probleme* auch nach der Beratung in signifikant stärkerer Ausprägung vorhanden als bei der Feldstichprobe, während *Sexuelle Probleme* bei KlientInnen der PBS im Vergleich zur



Feldstichprobe – wie auch schon vor der Beratung – signifikant geringer ausgeprägt sind (Tabelle 10).

Tabelle 10: Vergleich Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Post-Messung/nach Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008

PSB-Item	Prä-Post-Gesamtstichprobe (n = 136)		Feldstichprobe Studierender 2007/2008 (n = 125)		Mann-Whitney-U-Test		
	M post	SD	M	SD	U	z	p (2-seitig)
1. Partnerschaftsprobleme	1,58	1,60	1,69	1,57	8098,0	-0,680	,496 n. s.
2. Konflikte mit den Eltern	1,46 <sup>a</sup>	1,52	1,17	1,24	7641,5	-1,267	,205 n. s.
3. Krankheit/Tod nahestehender Personen	1,06	1,65	1,32	1,67	7728,5	-1,407	,160 n. s.
4. Eigene körperliche Krankheiten	1,02	1,21	1,34	1,40	7504,0	-1,719	,086 n. s.
5. Wohnprobleme	0,88	1,32	1,06	1,44	7883,0	-1,117	,264 n. s.
6. Finanzielle Schwierigkeiten	1,29	1,38	1,41	1,35	7966,5	-0,909	,363 n. s.
7. Starke Belastung durch Kind	0,06	0,50	0,02	0,20	8491,0	-0,069	,945 n. s.
8. Arbeits-/Konzentrations-schwierigkeiten	2,21	1,56	2,16	1,51	8374,5	-0,210	,834 n. s.
9. Prüfungsangst	2,16	1,70	1,87	1,49	7739,5	-1,270	,204 n. s.
10. Kontaktschwierigkeiten	1,34	1,50	1,41	1,30	7892,5	-1,034	,301 n. s.
11. Mangelndes Selbstwertgefühl	2,29	1,59	1,87	1,52	7238,0	-2,110	,035*
12. Unerklärliche Angst/Unruhe	1,91	1,64	1,54	1,51	7464,5	-1,742	,081 n. s.
13. Schwer beherrschbare Aggressionen	0,75	1,15	0,54	0,98	7627,0	-1,691	,091 n. s.
14. Zwangsvorstellungen/-handlungen	0,60	1,08	0,61	1,08	8349,5	-0,301	,763 n. s.
15. Depressive Verstimmung	1,85	1,72	1,62	1,61	7917,0	-0,984	,325 n. s.
16. Selbstmordgedanken	0,48	1,07	0,28	0,81	7872,0	-1,515	,130 n. s.
17. Sexuelle Probleme	0,49 <sup>b</sup>	1,03	1,10 <sup>d</sup>	1,39	6097,0	-4,370	,000***
18. Psychosomatische Beschwerden	1,56	1,60	0,90	1,29	6440,5	-3,606	,000***
19. Probleme mit Alkohol/Drogen	0,18	0,57	0,28	0,82	8206,5	-0,835	,404 n. s.
20. Medikamentenabhängigkeit	0,07	0,30	0,02	0,15	8263,5	-1,167	,243 n. s.
21. Psychiatrische Erkrankungen	0,17 <sup>a</sup>	0,70	0,11	0,50	8221,0	-0,540	,589 n. s.
22. Andere Probleme	0,50 <sup>c</sup>	1,19	0,33 <sup>e</sup>	1,06	6204,5	-2,121	,034*
<b>PSB (GBS)</b>	<b>23,79</b>	<b>14,14</b>	<b>22,63</b>	<b>13,51</b>	<b>8023,0</b>	<b>-0,783</b>	<b>,433 n. s.</b>

Anmerkungen: n. s. nicht signifikant; \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup>: n = 134; <sup>b</sup>: n = 135; <sup>c</sup>: n = 112; <sup>d</sup>: n = 124; <sup>e</sup>: n = 123.

Die Veränderung auf den Symptomen, auf denen im Vergleich zur Feldstichprobe vor Beginn der Beratung Unterschiede i. S. einer signifikant stärkeren Beeinträchtigung der PBS-KlientInnen bestanden (Tabelle 9), sind mit Ausnahme von *Konflikten mit den Eltern* signifikant, wobei kleine bis mittlere Effektstärken erreicht werden (Tabelle 11). *Konflikte mit den*

Eltern bleiben vom Prä- zum Post-Zeitraum unverändert. *Sexuelle Probleme*, die bei PBS-KlientInnen bei Aufnahme der Beratung signifikant geringer ausgeprägt waren als bei Studierenden der Feldstichprobe, verändern sich im Verlauf der Behandlung ebenfalls signifikant (ES = 0,23).

Von den PSB-Items, die sich bei Aufnahme der Beratung bei Behandlungs- und Feldstichprobe nicht unterschieden (Tabelle 9), zeigten sich für *Kontaktschwierigkeiten* und *Zwangsvorstellungen/-handlungen* signifikante Verbesserungen vom Prä- zum Postzeitpunkt (ES = 0,23 bzw. ES = 0,22); die anderen Problembereiche veränderten sich im Verlauf der Beratung nicht (s. Tabelle 11). Dies ist für psychosoziale Problembereiche wie *Wohnprobleme* oder *Finanzielle Schwierigkeiten* nicht verwunderlich, da es sich um Gegebenheiten handelt, die durch psychotherapeutische Beratung nicht unmittelbar beeinfluss- oder veränderbar sind und eher in den Bereich der Sozialberatung fallen. Für Problembereiche wie *Eigene körperliche Krankheiten* und *Krankheit/Tod nahestehender Personen* kann durch psychotherapeutische Beratung zwar ein veränderter Umgang geschaffen bzw. eine Verarbeitung angeregt werden – die Werte gehen vom Prä- zum Post-Zeitpunkt auch zurück –, durchschnittlich 6,20 Sitzungen sind für eine signifikante Veränderung aber wahrscheinlich nicht ausreichend. Ähnliches gilt für *Konflikte mit den Eltern* und *Partnerschaftsprobleme*, die sich in der Regel bei Aufnahme der Beratung bereits so verfestigt haben, dass eine schnelle und dauerhafte Lösung eher unwahrscheinlich ist. Die anderen Problembereiche zeigen zwar im Beratungsverlauf z. T. ebenfalls eine Verbesserung (*Probleme mit Alkohol/Drogen*, *Psychiatrische Erkrankungen*), wenn auch nicht signifikant; die Ausprägung zum Prä-Zeitpunkt ist jedoch bei manchen Items (*Medikamentenabhängigkeit*, *Starke Belastung durch Kind*) bereits so gering, dass wenig Spielraum für weitere Veränderung bleibt.

Tabelle 11: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung durch KlientInnen (Psychosoziale Beschwerdeliste, PSB)

PSB-Item	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz Wilcoxon-Test (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
1. Partnerschaftsprobleme	136	1,82	1,83	1,58	1,60	0,24	1,74	0,13	,146 n. s.
2. Konflikte mit den Eltern	134	1,65	1,56	1,46	1,52	0,19	1,48	0,12	,110 n. s.
3. Krankheit/Tod nahestehender Personen	136	1,18	1,74	1,06	1,65	0,12	1,52	0,07	,290 n. s.
4. Eigene körperliche Krankheiten	136	1,18	1,50	1,02	1,21	0,16	1,35	0,11	,213 n. s.
5. Wohnprobleme	136	0,96	1,34	0,88	1,32	0,08	1,61	0,06	,611 n. s.
6. Finanzielle Schwierigkeiten	136	1,43	1,56	1,29	1,38	0,14	1,25	0,09	,279 n. s.
7. Starke Belastung durch Kind	136	0,06	0,47	0,06	0,50	0,00	0,12	0,00	1,000 n. s.
8. Arbeits-/ Konzentrationsschwierigkeiten	136	3,13	1,63	2,21	1,56	0,92	1,87	0,56	,000***
9. Prüfungsangst	136	3,30	1,74	2,16	1,70	1,14	1,79	0,66	,000***
10. Kontaktschwierigkeiten	136	1,72	1,65	1,34	1,50	0,38	1,44	0,23	,002**
11. Mangelndes	136	3,04	1,63	2,29	1,59	0,75	1,58	0,46	,000***

<b>Selbstwertgefühl</b>									
<b>12. Unerklärliche Angst/Unruhe</b>	136	2,93	1,69	1,91	1,64	1,02	1,96	0,60	,000***
<b>13. Schwer beherrschbare Aggressionen</b>	136	0,78	1,23	0,75	1,15	0,03	1,08	0,02	,881 n. s.
<b>14. Zwangsvorstellungen/-handlungen</b>	136	0,93	1,52	0,60	1,08	0,33	1,27	0,22	,004**
<b>15. Depressive Verstimmung</b>	136	2,60	1,67	1,85	1,72	0,75	1,68	0,45	,000***
<b>16. Selbstmordgedanken</b>	136	0,71	1,20	0,48	1,07	0,23	1,06	0,19	,014*
<b>17. Sexuelle Probleme</b>	135	0,77	1,22	0,49	1,03	0,28	1,23	0,23	,013*
<b>18. Psychosomatische Beschwerden</b>	136	2,01	1,77	1,56	1,60	0,45	1,85	0,25	,005**
<b>19. Probleme mit Alkohol/Drogen</b>	136	0,29	0,79	0,18	0,57	0,11	0,65	0,14	,070 n. s.
<b>20. Medikamentenabhängigkeit</b>	136	0,07	0,38	0,07	0,30	0,00	0,33	0,00	,803 n. s.
<b>21. Psychiatrische Erkrankungen</b>	134	0,27	0,87	0,17	0,70	0,10	0,98	0,12	,147 n. s.
<b>22. Andere Probleme</b>	112	0,79	1,35	0,50	1,19	0,29	1,59	0,24	,047*
<b>PSB (GBS)</b>	136	31,52	13,55	23,79	14,14	7,74	13,11	0,57	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); n. s. nicht signifikant; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.2.3 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Da Normwerte einer studentischen Population nicht verfügbar waren, mit denen ein Vergleich hinsichtlich der Beeinträchtigungsschwere durch eine psychogene Erkrankung auf Basis des BSS-Gesamtscores aus Sicht der BeraterInnen möglich gewesen wäre, erfolgte die Erfolgseinschätzung neben der Bestimmung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen (s. Kapitel 3.3.4) u. a. anhand der Rate klinisch beeinträchtigter KlientInnen bei Aufnahme der Beratung (nach dem Erstgespräch) und nach Beendigung der Beratung. Es lagen Daten von 117 KlientInnen vor. Als Fallkriterium für eine psychogene Erkrankung von behandlungsbedürftigem Ausmaß wurde in Übereinstimmung mit der Literatur (Lange et al., 2001; Schepank, 1995) ein BSS-Gesamtscore von  $\geq 5$  gewählt. In den letzten 7 Tagen vor dem Erstgespräch in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß psychogen erkrankt waren 53,0 % der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 63$ ), die einen BSS-Gesamtscore  $\geq 5$  hatten (Punktprevalenz). Der Mittelwert des BSS-Gesamtscores liegt zu Beginn der Beratung bei 4,90 ( $SD = 1,59$ ), was einer „... deutliche[n] Störung von Krankheitswert ...“ (Schepank, 1995, S. 10) entspricht. Die körperliche Beeinträchtigung durch eine psychogene Erkrankung ist mit  $M = 0,97$  ( $SD = 0,90$ ) zum Prä-Zeitpunkt im Durchschnitt eher geringfügig ausgeprägt, wohingegen die sozialkommunikative Beeinträchtigung mit  $M = 1,68$  ( $SD = 0,78$ ) im Durchschnitt auf eine geringfügige bis deutliche Beeinträchtigung hinweist. Mit einem Mittelwert von 2,25 ( $SD = 0,60$ ) fällt die Beeinträchtigung im psychischen Bereich deutlich und im Vergleich der BSS-Dimensionen erwartungsgemäß am höchsten aus.

Bei Zugrundelegung des BSS-12-Monats-Kriteriums als Indikator für eine länger andauernde und chronifizierte Beeinträchtigungsschwere, erzielen 26,5 % der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 31$ ) einen BSS-Gesamtscore  $\geq 5$ . Aus Sicht der BeraterInnen gelten diese KlientInnen damit als schon länger und über eine akute Krise hinausgehend durch psy-

chogene körperliche, psychische und sozialkommunikative Beschwerden in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß belastet.

Nach Abschluss der Beratung sind hingegen lediglich noch 15,4 % der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 18$ ) durch psychogene Beschwerden in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß belastet. Der Mittelwert des BSS-Gesamtscores liegt nach Abschluss der Beratung bei 3,02 ( $SD = 1,54$ ), was einer „... leichteren Störung“ (Schepank, 1995, S. 10) entspricht. Mit  $M = 0,50$  ( $SD = 0,70$ ) ist die körperliche Beeinträchtigung durch eine psychogene Erkrankung nach Abschluss der Beratung im Durchschnitt geringfügig ausgeprägt bis gar nicht vorhanden, während die sozialkommunikative Beeinträchtigung mit  $M = 1,17$  ( $SD = 0,72$ ) im Durchschnitt auf eine geringfügige Beeinträchtigung hinweist. Mit einem Mittelwert von 1,38 ( $SD = 0,68$ ) ist die Beeinträchtigung im psychischen Bereich nach Abschluss der Beratung ebenfalls nur noch als geringfügig einzuschätzen. Die Prä-Post-Veränderung der drei BSS-Dimensionen (körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung) und des BSS-Gesamtscores fallen signifikant aus und erreichen mittlere bis hohe Effektstärken (Tabelle 12).

**Tabelle 12: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Fremdeinschätzung durch BeraterInnen (BSS und GAF)**

	<i>n</i>	<b>Prä</b>		<b>Post</b>		<i>Mittlere Veränderung</i>	<i>SD</i>	<i>ES</i>	<i>Signifikanz Wilcoxon-Test (2-seitig)</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
<b>BSS-K</b>	117	0,97	0,90	0,50	0,70	0,47	0,76	0,53	,000***
<b>BSS-P</b>	117	2,25	0,60	1,38	0,68	0,87	0,66	1,45	,000***
<b>BSS-S</b>	117	1,68	0,78	1,17	0,72	0,51	0,67	0,65	,000***
<b>BSS-Gesamt</b>	117	4,90	1,59	3,02	1,54	1,88	1,25	1,18	,000***
<b>GAF</b>	114	65,03	6,82	76,16	5,67	11,13	6,33	1,63	,000***

*Anmerkungen:* ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); n. s. nicht signifikant; \*\*\*  $p < 0,001$ .

### 3.2.4 Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Auch für die GAF-Skala liegen keine Normwerte für eine studentische Population vor, weshalb die Erfolgseinschätzung durch die BeraterInnen ähnlich wie beim BSS u. a. anhand der Rate klinisch beeinträchtigter KlientInnen vor (nach dem Erstgespräch) und nach Beendigung der Beratung erfolgte. Vollständige GAF-Einschätzungen durch die BeraterInnen zum Prä- und Postzeitpunkt lagen für 114 KlientInnen vor. Zu Beginn der Beratung weisen 78,3 % der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 89$ ) GAF-Scores zwischen 51-70 auf, d. h. sie leiden nach Einschätzung der BeraterInnen unter mäßig ausgeprägten bis leichten Symptomen oder „... Schwierigkeiten bzgl. der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit ...“ (Saß et al., 1996, S. 23 f.). In die Kategorie der mäßig ausgeprägten Symptome mit GAF-Scores zwischen 51-60 fallen 27,2 % der KlientInnen ( $n = 31$ ) der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe. Unter leichten Symptomen mit GAF-Scores zwischen 61 und 70 leiden 51,1 % der KlientInnen ( $n = 58$ ). Ernste Symptome finden sich bei 2,6 % der KlientInnen ( $n = 3$ ), deren GAF-Scores zwischen 41 und 50 liegen. Zwar existieren keine verbindlichen Cut-off-Werte zur Bestimmung eines Fallkriteriums (Strauß & Schumacher, 2005), die verbalen Ankerpunkte der GAF-Ratingskala legen jedoch nahe, dass bei KlientInnen mit GAF-Scores unter 65 Bedarf für eine ambulante Behandlung gegeben ist. Dieses Fallkriterium trifft bei Aufnahme der Beratung auf 47,5 % der KlientInnen ( $n = 54$ ) zu, die GAF-Scores unter 65 erzielten. Das mittlere GAF-Rating

beträgt zum Prä-Zeitpunkt  $M = 65,03$  ( $SD = 6,82$ ). Nach Abschluss der Beratung fallen in die Kategorie der leichten Symptome (GAF-Scores zwischen 61 und 70) noch 8,8 % der KlientInnen der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 10$ ). Die Kategorie der mäßig ausgeprägten Symptome (GAF-Scores zwischen 51 und 60) ist lediglich noch von 3,5 % der KlientInnen ( $n = 4$ ) besetzt, wobei keine/r dieser KlientInnen nach Abschluss der Beratung einen GAF-Score unter 60 erzielt. Die Kategorie ernste Symptome mit GAF-Scores zwischen 41 und 50 ist nach der Beratung folgerichtig unbesetzt; Bedarf für eine ambulante Behandlung (GAF-Scores unter 65) besteht nach Abschluss der Beratung daher nur noch bei den bereits genannten 3,5 % der KlientInnen, die sich mit einem GAF-Score von 60 im Übergang zwischen mäßig und leicht ausgeprägten Symptomen befinden. Während GAF-Scores zwischen 71 und 80, die „... vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren [und eine] höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit ...“ (Saß et al., 1996, S. 24) zum Ausdruck bringen, zu Beginn der Beratung von 19,3 % der PBS-KlientInnen ( $n = 22$ ) besetzt war, fallen nach der Beratung 75,4 % der KlientInnen ( $n = 86$ ) in diesen Wertebereich. Die vor der Beratung unbesetzte GAF-Kategorie 81 bis 90: „Keine oder nur minimale Symptome ..., gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten ...“ (Saß et al., 1996, S. 23) ist nach Abschluss der Beratung von 12,5 % der KlientInnen ( $n = 14$ ) besetzt. Das globale Funktionsniveau unter Berücksichtigung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen verbessert sich vom Prä-zum Postzeitpunkt signifikant und erreicht mit 1,63 eine hohe Effektstärke (Tabelle 12). Nach Abschluss der Beratung beträgt das mittlere GAF-Rating  $M = 76,16$  ( $SD = 5,67$ ).

### 3.2.5 Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ)

Vollständige Angaben zur Lebens- und Studienzufriedenheit vor und nach Beendigung der Beratung lagen von 134 KlientInnen vor. Im Vergleich zur Feldstichprobe Studierender 2007/2008 (Holm-Hadulla et al., 2009b) wiesen KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe vor Aufnahme der Beratung eine signifikant geringere Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert) auf (Tabelle 13).

Tabelle 13: Vergleich Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Prä-Messung/vor Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008

	Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 134$ )		Feldstichprobe Studierender 2007/2008 ( $n = 125$ )		Mann-Whitney-U-Test		
	<i>M</i> <i>prä</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i> (2-seitig)
<b>Lebenszufriedenheit</b>	2,71	0,82	3,63	0,75	3484,5	-8,147	,000***
<b>Studienzufriedenheit</b>	2,37	0,93	3,16	0,85	4497,0	-6,469	,000***
<b>Globale Zufriedenheit</b>	2,57	0,74	3,43	0,72	3524,0	-8,062	,000***

Anmerkungen: \*\*\*  $p < 0,001$ .

Die allgemeine Lebenszufriedenheit (Unterskala *Lebenszufriedenheit*) war bei KlientInnen der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe signifikant geringer ausgeprägt als die der Vergleichsgruppe Studierender. Hinsichtlich ihrer gegenwärtigen Gesundheit und Leistungsfähigkeit, ihres Gefühls, mit sich selbst (Verhältnis zu sich selbst), anderen (Verhältnis zu anderen) und ihrem

Leben im allgemeinen gegenwärtig zurechtzukommen (Holm-Hadulla & Hofmann, 2007), schätzten sich die PBS-KlientInnen damit als signifikant unzufriedener ein als die Vergleichsstichprobe der Medizin- und Psychologiestudierenden, wobei sich die Einschätzung auf die vergangenen sieben Tage bezog. Auch hinsichtlich ihrer gegenwärtigen Studienleistungen und -situation und den Rahmenbedingungen ihres Studiums (Unterskala *Studienzufriedenheit*) schätzten sich die KlientInnen der PBS als signifikant unzufriedener ein als Studierende der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 13).

**Tabelle 14: Vergleich Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Post-Messung/nach Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008**

	Prä-Post-Gesamtstichprobe (n = 134)		Feldstichprobe Studierender 2007/2008 (n = 125)		Mann-Whitney-U-Test		
	M post	SD	M	SD	U	z	p (2-seitig)
<b>Lebenszufriedenheit</b>	3,52	0,79	3,63	0,75	7779,0	-0,996	0,319 n. s.
<b>Studienzufriedenheit</b>	3,16	0,99	3,16	0,85	8282,0	-0,155	0,877 n. s.
<b>Globale Zufriedenheit</b>	3,37	0,78	3,43	0,72	8138,0	-0,394	0,694 n. s.

Anmerkungen: n. s. nicht signifikant.

Nach der Beratung unterscheiden sich KlientInnen der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe sowohl hinsichtlich ihrer Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert) als auch hinsichtlich der Unterskalen *Lebenszufriedenheit* und *Studienzufriedenheit* nicht mehr signifikant von Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 14). Die Lebens- und Studienzufriedenheit der PBS-Gesamtstichprobe verbessert sich vom Prä- zum Postzeitpunkt signifikant, wobei hohe Effektstärken erzielt werden (Tabelle 15).

**Tabelle 15: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ)**

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifi- kanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Lebenszufriedenheit</b>	134	2,71	0,82	3,52	0,79	0,81	0,85	0,99	,000 <sup>a***</sup>
<b>Studienzufriedenheit</b>	134	2,37	0,93	3,16	0,99	0,79	1,13	0,84	,000 <sup>a***</sup>
<b>Globale Zufriedenheit</b>	134	2,57	0,74	3,37	0,78	0,80	0,84	1,08	,000 <sup>a***</sup>

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

### 3.2.6 Creative Conditions Scale (CCS)

Für den Vergleich der Ausprägung der Alltagskreativität (CCS-State-Gesamtwert) zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung mit dem kreativen Potential in den 12 Monaten vor Beratungsbeginn (CCS-Trait-Gesamtwert) lagen von 102 KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe vollständige Angaben vor. Die kreative Alltagsgestaltung der KlientInnen war vor Aufnahme der Beratung im Durchschnitt ( $M = 3,18$ ;  $SD = 0,42$ ) signifikant geringer ausgeprägt ( $t = -5,451$ ;  $df = 101$ ;  $p < 0,001$ ) als im Jahr vor Konsultation der Beratungsstelle ( $M =$

3,41;  $SD = 0,50$ ). Dies legt nahe, dass die KlientInnen in der Krise ihr verfügbares kreatives Potential nicht vollständig nutzen können.

Nach Abschluss der Beratung hatten sich die KlientInnen ihrem Potential jedoch wieder angenähert. So unterschieden sich die CCS-State-Post-Gesamtwerte der KlientInnen im Durchschnitt ( $M = 3,39$ ;  $SD = 0,43$ ) nicht mehr signifikant ( $t = -0,469$ ;  $df = 101$ ;  $p = 0,640$ ) von ihren CCS-Trait-Gesamtwerten im Jahr vor Aufnahme der Beratung ( $M = 3,41$ ;  $SD = 0,50$ ). Im Beratungsverlauf verbessert sich die kreative Alltagsgestaltung (CCS-State-Gesamtwert) vom Prä- zum Postzeitpunkt signifikant ( $p < 0,001$ ) und erreicht mit 0,50 eine mittlere Effektstärke (Tab. 16).

**Tabelle 16: Mittlere Veränderungen auf den Kreativitätsmaßen CCS und ASK**

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>CCS-Gesamtwert (State)</b>	102	3,18	0,42	3,39	0,43	0,21	0,36	0,50	,000***
<b>Schlussfolgerndes Denken (ASK)</b>	34	105,06	9,26	108,88	8,00	3,82	6,01	0,41	,001**
<b>Kreatives Denken (ASK)</b>	34	98,62	8,55	107,44	9,28	8,82	7,01	1,03	,000***
<b>ASK-Gesamtwert</b>	34	102,32	9,57	110,24	8,83	7,92	6,37	0,83	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

### 3.2.7 Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens (ASK)

Ein Gleichgewicht zwischen konvergentem und divergentem Denken steht nach Carson (1999) in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit. In der vorliegenden Arbeit wurde daher auch untersucht, wie sich die Fähigkeit zum schlussfolgernden und kreativen Denken im Beratungsverlauf verändert. ASK-Testleistungen lagen von 34 KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe vor (s. Kapitel 2.3, Abbildung 2). Während die PBS-KlientInnen vor Beratungsbeginn im Modul *Schlussfolgerndes Denken* im Durchschnitt einen Standardwert von 105,06 erzielen, der mit einem Prozentrang von 69 einer durchschnittlichen Testleistung<sup>29</sup> entspricht, weisen sie nach Beendigung der Beratung mit einem durchschnittlichen Standardwert von 108,88 eine überdurchschnittliche Leistung im *Schlussfolgernden Denken* auf (Prozentrang: 81).

Mit einer Veränderung um 8,82 Standardwertpunkte fällt der Zuwachs im Modul *Kreatives Denken* vom Prä- zum Postzeitpunkt im Vergleich zum Modul *Schlussfolgerndes Denken* deutlich höher aus. So entsprach die Testleistung der PBS-KlientInnen vor Aufnahme der Beratung mit einem durchschnittlichen Standardwert von 98,62 (Prozentrang: 45) einem durchschnittlichen Ergebnis, wohingegen die KlientInnen nach der Beratung mit einem durchschnittlichen Standardwert von 107,44 (Prozentrang: 77) eine überdurchschnittliche Testleistung erzielten. Im ASK-Gesamtwert zeigt sich mit einer Veränderung um 7,92 Standardwertpunkte ebenfalls

<sup>29</sup> In den Modulen *Schlussfolgerndes* und *Kreatives Denken* entsprechen Standardwerte zwischen 93-107 bzw. Prozenträge zwischen 24-76 einer durchschnittlichen, Standardwerte > 107 (Prozenträge > 76) einer überdurchschnittlichen und Standardwerte < 93 (Prozenträge < 24) einer unterdurchschnittlichen Testleistung (Schuler & Hell, 2005, S. 19).

eine deutliche Verbesserung der Testleistung von einem durchschnittlichen Ergebnis<sup>30</sup> vor der Beratung (mittlerer Standardwert: 102,32; Prozentrang: 58) zu einer überdurchschnittlichen Testleistung (mittlerer Standardwert: 110,24; Prozentrang: 84) nach Abschluss der Beratung. Die Verbesserungen der durchschnittlichen Testleistungen auf den beiden Modulen der ASK sowie dem Gesamtwert sind signifikant (Tabelle 16). Für das Modul *Schlussfolgerndes Denken* wird mit 0,41 eine kleine und für das Modul *Kreatives Denken* (1,03) und den ASK-Gesamtwert (0,83) eine hohe Effektstärke erreicht (Tabelle 16).

Die Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten. Die Vertrauensintervalle, innerhalb derer bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % der „wahre“ Kennwert einer Versuchsperson liegt, werden im Manual für die Module *Schlussfolgerndes* und *Kreatives Denken* mit 8,76 Standardwertpunkten und für den ASK-Gesamtwert mit 6,19 Standardwertpunkten angegeben (Schuler & Hell, 2005, S. 16). Während diese Vertrauensgrenze mit 3,82 Standardwertpunkten für das Modul *Schlussfolgerndes Denken* vom Prä- zum Post-Zeitpunkt im Durchschnitt nicht überschritten wird, findet sich für das Modul *Kreatives Denken* mit einer Punktwertdifferenz von 8,82 Standardwertpunkten ein Hinweis auf eine wirkliche Steigerung der Fähigkeitsausprägung im Beratungsverlauf. Gleiches gilt für den ASK-Gesamtwert, bei dem mit einer Standardwerterhöhung von 7,92 Punkten die Vertrauensgrenze von 6,19 Punkten überschritten wird.

Für die vorliegende Untersuchung ist insbesondere der Zuwachs im Modul *Kreatives Denken* vom Prä- zum Postzeitpunkt von Interesse. Dass dieser allein einem Retest-Effekt geschuldet ist, ist aufgrund nachfolgender Überlegungen eher unwahrscheinlich. So vergingen zwischen Prä- und Post-Testung in der Regel mehrere Monate, was Erinnerungseffekte eher unwahrscheinlich erscheinen lässt. Auch konnten sich die KlientInnen auf Nachfrage nicht an richtige Lösungen aus der ersten Testung erinnern, die es im Modul *Kreatives Denken* ohnehin nicht gibt. Eine Erinnerung an richtige Antworten ist insofern auch eher unwahrscheinlich, als dass die KlientInnen nach der ersten Testung keine Rückmeldung bzgl. der Richtigkeit ihrer Antworten in den einzelnen Aufgabengruppen der beiden ASK-Module *Schlussfolgerndes* und *Kreatives Denken* erhalten hatten. Die Ergebnissrückmeldung erfolgte (meist per E-Mail) – wie im Manual empfohlen – auf Basis der Standardwerte und Prozenträge der beiden ASK-Module und des Gesamtwerts, ergänzt um die Hervorhebung persönlicher Stärken der PBS-KlientInnen in bestimmten Aufgabengruppen des *Schlussfolgernden* und *Kreativen Denkens*.

### **3.2.8 Zusammenfassende Darstellung der Veränderung der Symptombelastung, der Lebens- und Studienzufriedenheit, der Alltagskreativität und des kreativen und schlussfolgernden Denkens im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung**

Während sich die KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe vor Beginn der Beratung in ihrer subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (GSI und Subskalen der SCL-90-R) mit Ausnahme der Skala *Paranoides Denken* als signifikant belasteter ( $p < 0,001$ ) beschrieben als die Normstichprobe Studierender (Franke, 2002, S. 46) – insbesondere auf den Skalen *Depressivität*, *Zwanghaftigkeit* und *Ängstlichkeit* lagen die Mit-

---

<sup>30</sup> Für den ASK-Gesamtwert sind die im Manual für eine durchschnittliche Testleistung angegebenen Standardwerte mit 95-105 (Prozenträge zwischen 30-72) angegeben, eine überdurchschnittliche Testleistung entspricht Standardwerten  $> 105$  (Prozenträngen  $> 72$ ) und eine unterdurchschnittliche Testleistung wird bei Standardwerten  $< 95$  (Prozenträngen  $< 30$ ) erzielt.



telwerte der PBS-KlientInnen vor Beginn der Beratung deutlich über denen der Normstichprobe (s. Tabelle 6) –, bestehen nach der Beratung mit Ausnahme der Skalen *Depressivität* und *Paranoides Denken* keine signifikanten Mittelwertsunterschiede in der psychischen Belastung zwischen der Behandlungsstichprobe und der Normstichprobe mehr (s. Tabelle 7). Im Vergleich zur Normstichprobe Studierender sind die Post-Mittelwerte der PBS-KlientInnen auf der Skala *Depressivität* auch nach der Beratung noch signifikant erhöht ( $p < 0,001$ ), während die PBS-KlientInnen auf der Skala *Paranoides Denken* im Vergleich zur Normstichprobe signifikant geringere ( $p < 0,01$ ) Post-Mittelwerte aufweisen. Die Veränderungen in der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome vom Prä- zum Postzeitpunkt (Tabelle 8) sind auf allen Skalen der SCL-90-R und dem GSI als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung signifikant ( $p < 0,001$ ) und erreichen nach der Konvention von Cohen (1988) mittlere ( $d = 0,5$ ) bis große ( $d = 0,8$ ) Effektstärken.

Auch auf der Psychosozialen Beschwerdeliste (PSB), die als weiteres Selbstberichtsmaß den Grad der Beeinträchtigung durch psychosoziale Probleme erfasst, schätzten sich KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe vor Aufnahme der Beratung sowohl in ihrer psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (PSB-GBS) als auch auf den Items, die depressive Symptome (*Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Depressive Verstimmung* und *Selbstmordgedanken*) und Angstsymptome (*Prüfungsangst* und *Unerklärliche Angst/Unruhe*) abbilden, als signifikant höher belastet ( $p < 0,001$ ) ein als Studierende der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 9). Hinsichtlich depressiver und Angstsymptome ergibt sich damit in der KlientInnen-Einschätzung auf der PSB eine Übereinstimmung zur Selbsteinschätzung auf der SCL-90-R, auf der vor Beratungsbeginn neben *Zwanghaftigkeit* insbesondere die Mittelwerte der PBS-KlientInnen auf den Skalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* im Vergleich zur Normstichprobe Studierender (Franke, 2002) deutlich erhöht waren. Auch die Items *Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten* und *Psychosomatische Beschwerden* – hier ergibt sich eine Übereinstimmung zur SCL-90-R-Skala *Somatisierung* – waren bei PBS-KlientInnen signifikant stärker ausgeprägt ( $p < 0,001$ ) als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008. *Konflikte mit den Eltern* und *Andere Probleme* werden von KlientInnen der PBS zu Beratungsbeginn ebenfalls in signifikant höherer Ausprägung berichtet (mind.  $p < 0,05$ ) als von Studierenden der Feldstichprobe, wohingegen *Sexuelle Probleme* von PBS-KlientInnen bei Aufnahme der Beratung in signifikant geringerer Ausprägung ( $p < 0,05$ ) angegeben werden als von Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 9). Damit sind zu Beratungsbeginn mit Ausnahme der PSB-Items *Kontaktschwierigkeiten*, *Schwer beherrschbare Aggressionen*, *Zwangsvorstellungen/-handlungen*, *Probleme mit Alkohol/Drogen*, *Medikamentenabhängigkeit* und *Psychiatrische Erkrankungen* alle psychischen Problembereiche der Psychosozialen Beschwerdeliste (PSB) bei PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe signifikant stärker ausgeprägt als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008. Keine Unterschiede zwischen KlientInnen- und Feldstichprobe bestehen hingegen mit Ausnahme des Items *Konflikte mit den Eltern* hinsichtlich der durch die PSB erfassten psychosozialen Problembereiche *Partnerschaftsprobleme*, *Krankheit/Tod nahestehender Personen*, *Eigene körperliche Krankheiten*, *Wohnprobleme*, *Finanzielle Schwierigkeiten* und *Starke Belastung durch Kind*, die bei PBS-KlientInnen vor Aufnahme der Beratung nicht stärker ausgeprägt sind als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008.

Nach Beendigung der Beratung sind *Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Psychosomatische Beschwerden* und *Andere Probleme* bei PBS-KlientInnen nach wie vor in signifikant stärkerer

Ausprägung vorhanden (mind.  $p < 0,05$ ) als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008, während *Sexuelle Probleme* – wie auch schon vor Aufnahme der Beratung – bei KlientInnen der PBS im Vergleich zur Feldstichprobe signifikant geringer ( $p < 0,001$ ) ausgeprägt sind. Ansonsten finden sich hinsichtlich der durch die PSB erfassten psychosozialen Problembereiche nach Abschluss der Beratung keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen PBS-KlientInnen und Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 10). Die Veränderung der Symptome, bei denen im Vergleich zur Feldstichprobe 2007/2008 vor Beginn der Beratung Unterschiede i. S. einer signifikant stärkeren Beeinträchtigung der PBS-KlientInnen bestanden, sind mit Ausnahme von *Konflikten mit den Eltern* signifikant (mind.  $p < 0,05$ ), wobei kleine bis mittlere Effektstärken erzielt werden (Tabelle 11). *Konflikte mit den Eltern* bleiben vom Prä- zum Post-Zeitraum unverändert. *Sexuelle Probleme*, die bei PBS-KlientInnen bei Aufnahme der Beratung signifikant geringer ausgeprägt waren als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008, verändern sich im Verlauf der Behandlung ebenfalls signifikant ( $p < 0,05$ ), wobei eine kleine Effektstärke erreicht wird. Von den psychosozialen Problembereichen, bei denen es bei Aufnahme der Beratung keine Unterschiede zwischen PBS-KlientInnen und Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 gab, zeigten sich für die PSB-Items *Kontaktschwierigkeiten* und *Zwangsvorstellungen/-handlungen* signifikante Verbesserungen (mind.  $p < 0,05$ ) vom Prä- zum Postzeitpunkt, wobei kleine Effektstärken erreicht werden. Die anderen Problembereiche veränderten sich im Verlauf der Beratung nicht (Tabelle 11). Für psychosoziale Problembereiche wie *Wohnprobleme* oder *Finanzielle Schwierigkeiten* ist dies nicht weiter verwunderlich, da sich diese Gegebenheiten durch psychotherapeutische Beratung nicht unmittelbar beeinflussen oder verändern lassen. Bei Problembereichen wie *Eigene körperliche Krankheiten* und *Krankheit/Tod nahestehender Personen* kann durch psychotherapeutische Beratung zwar ein veränderter Umgang geschaffen werden – die Reduktion der Werte vom Prä- zum Post-Zeitpunkt können als Hinweis hierauf interpretiert werden – durchschnittlich 6,20 Sitzungen sind für eine signifikante Veränderung aber wahrscheinlich nicht ausreichend. Ähnliches gilt für *Konflikte mit den Eltern* und *Partnerschaftsprobleme*, die sich in der Regel bei Aufnahme der Beratung bereits so verfestigt haben, dass eine schnelle und dauerhafte Lösung eher unwahrscheinlich ist.

Die Einschätzungen des Erfolgs integrativer psychotherapeutischer Beratung aus Sicht der KlientInnen werden aus Sicht der BeraterInnen (Einschätzung mittels BSS und GAF) gestützt. Während bei Aufnahme der Beratung (nach dem Erstgespräch) 53,0 % der PBS-KlientInnen nach Einschätzung der BeraterInnen eine psychogene Erkrankung von behandlungsbedürftigem Ausmaß aufweisen (BSS-Gesamtscore  $\geq 5$ ; Lange et al. 2001; Schepank, 1995), sinkt deren Anteil nach Abschluss der Beratung auf 15,4 % (Kapitel 3.2.3). Die Mittelwertsveränderungen auf den drei BSS-Dimensionen (körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung) und dem BSS-Gesamtscore fallen signifikant ( $p < 0,001$ ) aus und erreichen mittlere bis hohe Effektstärken (Tabelle 12). Auf der Skala zur Globalen Einschätzung des Funktionsniveaus (GAF) zeigt sich ein ähnliches Bild: Bei Aufnahme der Beratung ist bei 47,5 % der KlientInnen mit GAF-Scores unter 65 Bedarf für eine ambulante Behandlung gegeben. Nach Abschluss der Beratung besteht hingegen lediglich noch bei 3,5 % der KlientInnen Behandlungsbedarf. Der Anteil an PBS-KlientInnen mit leichten Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit (GAF-Scores zwischen 71 und 80) steigt von 19,3 % bei Aufnahme der Beratung auf 75,4 % nach Abschluss der Beratung. Die vor der Beratung unbesetzte GAF-Kategorie „Keine oder nur minimale Symptome ..., gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten,

interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten ...“ (Saß et al., 1996, S. 23) mit Werten zwischen 81 bis 90 ist nach Abschluss der Beratung von 12,5 % der KlientInnen besetzt (Kapitel 3.2.4). Vom Prä- zum Postzeitpunkt verbessert sich das globale Funktionsniveau unter Berücksichtigung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen signifikant ( $p < 0,001$ ) und erreicht eine hohe Effektstärke (Tabelle 12).

Im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung kommt es jedoch nicht nur zu einer signifikanten Symptomreduktion auf den unterschiedlichen Selbst- und Fremdbeurteilungsmaßen, sondern auch zu einer Verbesserung der Lebens- und Studienzufriedenheit. Im Vergleich zur Feldstichprobe Studierender 2007/2008 schätzten KlientInnen der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe vor Aufnahme der Beratung sowohl ihre Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert) als auch ihre gegenwärtige Gesundheit und Leistungsfähigkeit, ihr Gefühl, mit sich selbst, anderen und ihrem Leben im allgemeinen gegenwärtig zurechtzukommen (Unterskala *Lebenszufriedenheit*) als signifikant geringer ein. Auch die Zufriedenheit mit den gegenwärtigen Studienleistungen, der Studiensituation und den Rahmenbedingungen des Studiums (Unterskala *Studienzufriedenheit*) war bei PBS-KlientInnen signifikant geringer ausgeprägt ( $p < 0,001$ ) als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 13). Nach der Beratung unterscheiden sich PBS-KlientInnen hingegen sowohl im LSZ-Gesamtwert als auch auf den Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit* nicht mehr signifikant von Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 14). Die Lebens- und Studienzufriedenheit der Behandlungstichprobe verbessert sich vom Prä- zum Postzeitpunkt signifikant, wobei hohe Effektstärken erzielt werden (Tabelle 15). Die bislang berichteten Ergebnisse zur Veränderung der Symptombelastung und der Lebens- und Studienzufriedenheit im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung sind auch in Sperth, Hofmann und Holm-Hadulla (2014) dargestellt.

Auch die Alltagskreativität erfuhr vom Prä- zum Postzeitpunkt eine Verbesserung (Kapitel 3.2.6). War die kreative Alltagsgestaltung (Gesamtwert CCS-State Prä) der KlientInnen vor Aufnahme der Beratung signifikant geringer ( $p < 0,001$ ) ausgeprägt als im Jahr vor Konsultation der Beratungsstelle (CCS-Trait-Gesamtwert) – ein Hinweis auf die in der Krise blockierte kreative Alltagsgestaltung –, so hatten sich die KlientInnen nach Abschluss der Beratung ihrem kreativen Potential wieder angenähert: Ihre CCS-State-Post-Gesamtwerte unterschieden sich im Durchschnitt nicht mehr signifikant von ihren CCS-Trait-Gesamtwerten im Jahr vor Aufnahme der Beratung. Die Verbesserung der kreativen Alltagsgestaltung vom Prä- zum Postzeitpunkt war signifikant ( $p < 0,001$ ) und erreichte mit 0,50 eine mittlere Effektstärke (Tabelle 16).

Auch auf dem zweiten Kreativitätsinstrument, dem Modul *Kreatives Denken* der ASK, kam es im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung zu einer Verbesserung. Während die Testleistung der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Kreatives Denken* vor Aufnahme der Beratung einem durchschnittlichen Ergebnis entsprach, erzielten die KlientInnen nach Abschluss der Beratung eine überdurchschnittliche Testleistung (Kapitel 3.2.7). Die Verbesserung der Testleistung der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Kreatives Denken* vom Prä- zum Postzeitpunkt ist signifikant ( $p < 0,001$ ) und entspricht mit 1,03 einer hohen Effektstärke (Tabelle 16). Der Zuwachs der KlientInnen im Kreativen-Denken-Modul der ASK vom Prä- zum Postzeitpunkt überschreitet die im Manual angegebene Vertrauensgrenze, sodass von

einer wirklichen Steigerung der Fähigkeitsausprägung im Beratungsverlauf ausgegangen werden kann. Dass dieser Zuwachs im kreativen Denken allein auf einen Retest-Effekt zurückzuführen ist, ist insofern eher unwahrscheinlich, als dass zwischen Prä- und Post-Testung in der Regel mehrere Monate vergingen und die KlientInnen nach der ersten Testung keine Rückmeldung bzgl. der Richtigkeit ihrer Antworten in den einzelnen Aufgabengruppen erhalten hatten, die es für das ASK-Modul *Kreatives Denken* ohnehin nicht gibt.

Auch im ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* verbessert sich die Testleistung der PBS-KlientInnen vom Prä- zum Post-Zeitpunkt signifikant ( $p < 0,01$ ), die Effektstärke fällt mit 0,41 jedoch klein aus (Tabelle 16). Zwar verbessern sich die PBS-KlientInnen auch im schlussfolgernden Denken von einer durchschnittlichen Testleistung vor Beginn der Beratung zu einer überdurchschnittlichen Leistung nach Abschluss derselben, die Zunahme der Leistung der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* vom Prä- zum Postzeitpunkt überschreitet die im Manual angegebene Vertrauensgrenze jedoch nicht, sodass von keiner wirklichen Steigerung der Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken im Beratungsverlauf ausgegangen werden kann. Bedingt durch den Leistungszuwachs der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Kreatives Denken*, kommt es auch im ASK-Gesamtwert (standardisierter Gesamtwert aus *Schlussfolgerndem* und *Kreativem Denken*) zu einer signifikanten Verbesserung der Testleistung von einem durchschnittlichen Ergebnis bei Aufnahme der Beratung zu einer überdurchschnittlichen Testleistung nach Abschluss derselben. Die Verbesserung im ASK-Gesamtwert entspricht mit 0,83 einer hohen Effektstärke und die im Manual angegebene Vertrauensgrenze wird überschritten (Kapitel 3.2.7).

In den vorliegenden Ergebnissen zur Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung findet sich der seit den ersten Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie (Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980) bestehende Befund bestätigt, dass sich die *Reaktivität*<sup>31</sup> und die *Spezifität*<sup>32</sup> der Outcomemaße in bedeutsamer Weise auf die Höhe der Effektstärkenberechnungen auswirken. So gehen Messinstrumente mit höherer Spezifität und Reaktivität mit höheren Effektstärken einher (Minami et al., 2007; 2009). Bewertet man die Instrumente der vorliegenden Untersuchung in Hinblick auf diese beiden Dimensionen, so handelt es sich bei der LSZ, der CCS und der ASK um Messinstrumente mit geringer Reaktivität (da von den KlientInnen selbst eingeschätzt bzw. bearbeitet) aber hoher Spezifität (da spezifisch die Bereiche der Lebens- und Studienzufriedenheit, der Alltagskreativität bzw. des schlussfolgernden und kreativen Denkens erfassend). Die SCL-90-R und die PSB sind hingegen sowohl hinsichtlich Reaktivität (ebenfalls Selbstbericht) als auch Spezifität (allgemeine klinische Symptome erfassend) als gering zu bewerten. GAF-Skala und BSS erfassen ebenfalls allgemeine klinische Symptome (geringe Spezifität), weisen aber als von den BeraterInnen eingeschätzte Fremdbeurteilungsinstrumente eine hohe Reaktivität auf. Die Höhe der erzielten Effektstärken fällt auch in der vorliegenden Untersuchung zu Gunsten der Instrumente aus, die im Fragebogenset eine vergleichsweise höhere Spezifität (LSZ, CCS, ASK) bzw. eine höhere Reaktivität (GAF, BSS) aufweisen.

---

<sup>31</sup> *Reaktivität*: Beeinflussbarkeit des Messergebnisses durch den Beurteiler. Hohe Reaktivität bei behandelndem Kliniker oder unabhängigem Rater; geringe Reaktivität bei Selbsteinschätzung durch den Klienten (Minami et al., 2007; 2009).

<sup>32</sup> *Spezifität*: Ausmaß, in dem Ergebnismaße spezifische (hohe Spezifität) oder allgemeine klinische Symptome (geringe Spezifität) erfassen (Minami et al., 2007; 2009).

### 3.2.9 Retrospektive Erfolgsbeurteilung aus KlientInnen-sicht

Obwohl sich „[i]n der Psychotherapieforschung ... Prä-Post-Effektstärken zur Erfassung des Therapieerfolgs weitgehend als Standard durchgesetzt [haben]“ (Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2003, S. 94), kann aus dieser *indirekten Veränderungsmessung* (Nübling & Schmidt, 2000) auch bei einer deutlichen Symptomreduktion nicht unbedingt erschlossen werden, ob im Beratungsverlauf die angestrebten Beratungsziele und eine Verbesserung der Lebensqualität in für die KlientInnen zufriedenstellender Weise erreicht werden konnten. Als Hinweis auf die Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Beratungsangebot der PBS wurde daher i. S. einer retrospektiven Erfolgsbeurteilung (Michalak et al., 2003) die Verteilung der KlientInnenantworten auf die Frage „Wie hilfreich war die Beratung für Sie insgesamt?“ herangezogen. Über eine fünfstufige Likert-Skala (0 = *gar nicht* bis 4 = *sehr*) wurden die Antworten der KlientInnen auf diese letzte Frage des ABCDE-Ratings (KlientInnenversion) erfasst. Abbildung 9 zeigt die Verteilung der Antworten von 132 KlientInnen der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe, die hierzu Angaben machten, auf die verschiedenen Kategorien. In den oberen 40 % der Skala befanden sich 85,6 % der KlientInnenantworten ( $n = 113$ ), was eine (sehr) hohe Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der PBS i. S. einer insgesamt als hilfreich bewerteten Beratung ausdrückt. Die mittlere Kategorie war mit 8,3 % der Antworten der KlientInnen besetzt ( $n = 11$ ) und in die unteren 40 % der Skala fielen lediglich 6,1 % der KlientInnenantworten ( $n = 8$ ), worin sich eine Gesamtbewertung des Beratungsangebots als (gar) nicht hilfreich ausdrückt (Abbildung 9).

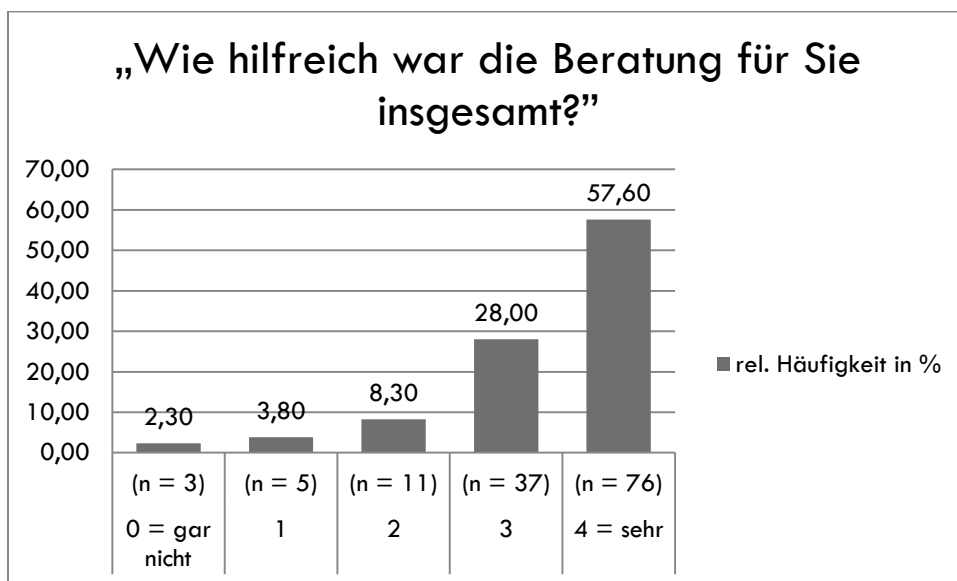


Abbildung 9: Antwortverteilung der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe auf die Frage nach der Gesamtbewertung der Beratung als hilfreich.

### 3.3 Statistische und klinische Signifikanz

Zur Überprüfung der Hypothese 2.1 (Kapitel 2.2, 2.5) wurden ergänzend zur Berechnung von Prä-Post-Effektstärken für Symptommaße in der Selbst- (SCL-90-R, PSB) und Fremdeinschätzung (BSS, GAF) statistisch und klinisch signifikante Veränderungen für den GSI der SCL-90-R (Kapitel 3.3.1 und 3.3.2), den PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore (Kapitel 3.3.3) und den BSS-Gesamtscore (Kapitel 3.3.4) berechnet. Mit Hilfe des Konzepts der klinischen Signifikanz (Christensen & Mendoza, 1986; Jacobson et al., 1984) lassen sich Veränderungen auf Individuumsebene abbilden (Lambert & Ogles, 2009), z. B. der Anteil klinisch signifikant verbesserter oder unveränderter KlientInnen. Dies ist hilfreich, „[d]a bei der reinen Effektstärke individuelle Unterschiede herausgemittelt werden ...“ (Jacobi, 2006, S. 567) und „[e]s ... denkbar [ist],

dass trotz bedeutsamer Mittelwertsunterschiede ein nicht unerheblicher Anteil der behandelten Patienten nicht oder nur geringfügig auf die Therapie angesprochen hat (Hiller et al., 2009, S. 16). Das Vorgehen zur Bestimmung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen wird im Folgenden für die einzelnen Untersuchungsinstrumente näher beschrieben.

### 3.3.1 Statistische Signifikanz (SCL-90-R): reliable Verbesserung

Die statistische Signifikanz erlaubt Aussagen „... darüber, ob eine Veränderung so hoch ausgefallen ist, dass sie (mit hoher Wahrscheinlichkeit) nicht mehr dem Zufall zugeschrieben werden kann“ (Geiser, Imbierowicz, Schilling, Conrad & Liedtke, 2000, S. 449). Als Größe „... [z]ur Operationalisierung des statistischen Mindestveränderungskriteriums für einen individuellen Fragebogenwert ...“ (Schauenburg & Strack, 1998, S. 258) findet in Psychotherapiestudien häufig der Reliable-Change-Index (RCI) nach Jacobson et al. (1984) in Modifikation von Christensen und Mendoza (1986) Anwendung. In den RCI gehen die Standardabweichung der Population, zu der der Patient gehört (Patientenpopulation) und die Reliabilität des Messinstruments ein (Geiser et al., 2000). Nachfolgende Formeln sind für Instrumente formuliert, in denen – wie bei der SCL-90-R – höhere Werte für höhere Dysfunktionalität stehen (a. a. O., S. 449; Schauenburg & Strack, 1998, S. 258).

(2)

$$x_{1,t_1} - x_{1,t_2} > RCI$$

$x_{1,t_1}$  = Prä-Wert eines Patienten

$x_{1,t_2}$  = Post-Wert eines Patienten

$$RCI = 2 \times S_{diff} = 2 \times \sqrt{(2 \times SE^2)} = 2 \times \sqrt{2 \times SD_1^2} \times \sqrt{1 - REL}$$

$SD_1$  = Standardabweichung der Patientenpopulation zu  $t_1$

$S_{diff}$  = Standardfehler der Differenz zwischen Prä- und Postwert

$SE$  = Standardmessfehler

$REL$  = Reliabilität des Testinstruments (Cronbach's  $\alpha$ )

Gemäß obiger Formel ergibt sich als Grenzwert für die statistische Signifikanz in der vorliegenden Stichprobe ein RCI von 0,43. Dieser RCI-Wert stimmt exakt mit dem von Schauenburg und Strack (1998) errechneten Wert überein (S. 260). Um von einer statistisch signifikanten Veränderung sprechen zu können, muss „[e]ine bei einem Patienten gemessene Prä-Post-Differenz ... (bei Festsetzung eines 2-seitigen 5%-Kriteriums) mindestens den Wert von RCI betragen“ (Geiser et al., 2000, S. 449). Dies trifft auf 47,1 % der KlientInnen ( $n = 57$ ) zu, die eine reliable Verbesserung ihrer psychischen Beschwerden zeigten bzw. sich statistisch signifikant verbessert haben.

### 3.3.2 Klinisch signifikante Veränderung (SCL-90-R)

Statistische Signifikanz besagt jedoch lediglich, dass die Prä-Post-Veränderung überzufällig, d. h. nicht durch den Messfehler bedingt ist, nicht jedoch, ob diese Veränderung auch von klinischer Relevanz ist. Das RCI-Kriterium alleine reicht daher nicht aus, da eine Veränderung statistisch signifikant sein kann, obwohl der Post-Wert am Ende der Beratung noch in einem dysfunktionalen Bereich liegt. Aus diesem Grund gilt als ergänzendes Kriterium für klinische Signifikanz (KS), dass sich „[e]in Patient ... im Rahmen einer Therapie von einem ‚dysfunktionalen‘ in einen ‚funktionalen‘ Bereich bewegt“ (Schauenburg & Strack, 1998, S. 259). Wenn unabhängige empirische Daten für eine klinisch beeinträchtigte KlientInnenpopulation und für eine

gesunde Normpopulation vorliegen, kann ein Cut-off-Punkt  $c$  bestimmt werden, der einen funktionalen von einem dysfunktionalen Bereich trennt.

Dabei wird als „dysfunktionaler“ Bereich die Verteilung der Testwerte in einer „kranken“, d. h. Patientenpopulation definiert; dem „funktionalen“ Bereich entspricht die Verteilung der Testwerte in einer gesunden Normpopulation. An der Stelle, wo diese beiden Verteilungen sich überschneiden, wird der „Cut-off-Punkt  $c$ “ festgesetzt, der die beiden Bereiche voneinander trennt. (Geiser et al., 2000, S. 449)

Der Cut-off-Punkt  $c$  berechnet sich nach folgender Formel (a. a. O.; Schauenburg & Strack, 1998, S. 259):

(3)

$$x_{1-t_2} < c$$

$x_{1-t_2}$  = Post-Wert eines Patienten

$$c = \frac{SD_0 \times M_1 + SD_1 \times M_0}{SD_0 + SD_1}$$

$SD_0$  = Standardabweichung der funktionalen Population (gesunde Normpopulation)

$M_1$  = Mittelwert der dysfunktionalen Population (Patientenpopulation)

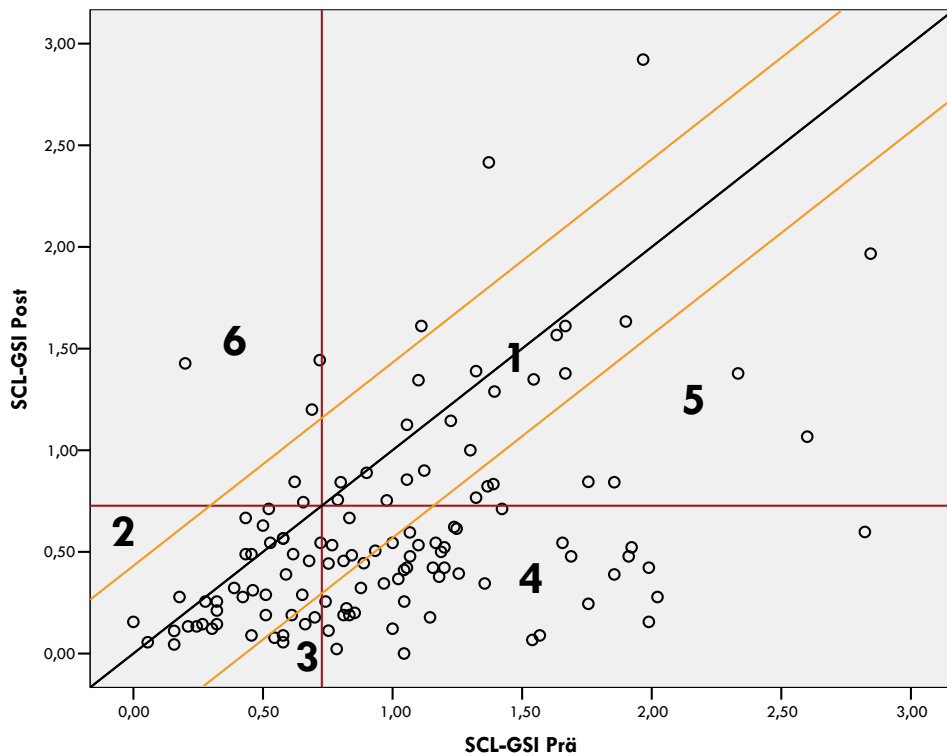
$SD_1$  = Standardabweichung der dysfunktionalen Population (Patientenpopulation)

$M_0$  = Mittelwert der funktionalen Population (gesunde Normpopulation)

Mittelwert ( $M = 0,54$ ) und Standardabweichung ( $SD = 0,40$ ) der funktionalen Normpopulation Studierender ( $n = 800$ ) wurden dem Manual der deutschsprachigen Version der SCL-90-R (Franke, 2002, S. 46) entnommen. Als Cut-off-Punkt  $c$  ergibt sich nach obiger Formel für die Prä-Post-Gesamtstichprobe  $0,72^{33}$ . Um von einer statistisch und klinisch bedeutsamen Veränderung sprechen zu können (Kombination des RCI- und KS-Kriteriums), muss der Post-Messwert im GSI den Wert von  $0,72$  unterschreiten und die Prä-Post-Differenz auf dem GSI muss  $0,43$  überschreiten. Statistisch und klinisch signifikant verbessert, d. h. aus einem auffälligen in einen unauffälligen Bereich verändert („geheilt“) haben sich  $40,5\%$  der KlientInnen ( $n = 49$ ; Gruppe 4, Abbildung 10). Durch unterschiedliche Realisierungen des RCI- bzw. KS-Kriteriums ergibt sich Jacobi (2006, S. 567) folgend, die in Abbildung 10 dargestellte Gruppeneinteilung. In diesem Scatterplot sind auf der Abszisse die GSI-Werte der KlientInnen zum Prä-Zeitpunkt und auf der Ordinate zum Post-Zeitpunkt abgetragen. Rot eingezeichnet ist der Cut-off-Punkt ( $c = 0,72$ ), der den funktionalen vom dysfunktionalen Bereich trennt. Der Unterschied zwischen Prä- und Postmesszeitpunkt ist als Abweichung von der Diagonalen dargestellt. Auf der Diagonale liegen KlientInnen, die in Prä- und Postmessung denselben Wert erzielen. Das gelb eingezeichnete RCI-Band parallel zur Diagonale kennzeichnet den Bereich, in dem KlientInnen sich zwischen Prä- und Postmessung zwar unterscheiden, die festgestellten Veränderungen jedoch auch zufällig sein können; unterhalb bzw. oberhalb des Bandes finden sich wirkliche, sprich reliable Verbesserungen bzw. Verschlechterungen.

---

<sup>33</sup> Bezogen auf die Normstichprobe Studierender (Franke, 2002) entspricht dies einem T-Wert von 56 (S. 320). Die Falldefinition in der vorliegenden Untersuchung ist damit strenger als die im Manual angegebene (T-Wert  $GSI \geq 63$ ; a. a. O., S. 25).



**Abbildung 10: Statistische und klinische Signifikanz (Verbesserung, Nichtveränderung, Verschlechterung) SCL-90-R (GSI), Prä-Post-Gesamtstichprobe.**

In Gruppe 5 finden sich 6,6 % der KlientInnen ( $n = 8$ ), die sich reliabel verbessert haben ( $x_{1,t1} - x_{1,t2} > 0,43$ ), aber nach Ende der Beratung noch im auffälligen Bereich liegen ( $x_{1,t2} > 0,72$ ), sich also (noch) nicht klinisch signifikant verändert haben bzw. noch nicht „geheilt“ sind. Gruppe 1 umfasst 47,9 % der KlientInnen ( $n = 58$ ), die sich hinsichtlich des Gesamtwertes der Symptombelastung auf der SCL-90-R nicht reliabel verändert haben ( $|x_{1,t1} - x_{1,t2}| < 0,43$ ). Eine klinisch irrelevante Veränderung („testneutral“) fand bei 4,1 % der KlientInnen ( $n = 5$ ) statt, die sich zwar reliabel verbessert haben, aber bereits vor der Beratung hinsichtlich des GSI der SCL-90-R im Normbereich ( $x_{1,t1} < 0,72$ ) gelegen hatten (Gruppe 3, Abbildung 10). Reliabel verschlechtert ( $x_{1,t2} - 0,43 > x_{1,t1}$ ) haben sich 5,0 % der Klientinnen ( $n = 6$ ) in Gruppe 2 (oberhalb der oberen gelben Linie). In Gruppe 6 befinden sich diejenigen 2,5 % der KlientInnen ( $n = 3$ ), die sich reliabel und klinisch signifikant verschlechtert haben, deren GSI-Werte also vor Beginn der Beratung im Normbereich lagen ( $x_{1,t1} < 0,72$ ), die sich jedoch nach Ende der Beratung als stärker belastet als die Referenzgruppe beschrieben ( $x_{1,t2} > 0,72$ ). Für einen zusammenfassenden Überblick siehe Tabelle 17.



Tabelle 17: Prozentuale Anteile statistisch und klinisch signifikant verbesserter, reliabel, aber (noch) nicht klinisch signifikant verbesserter, unveränderter, testneutraler sowie reliabel und klinisch signifikant verschlechterter KlientInnen in der Selbst- (SCL-90-R, GSI; PSB-GBS) und Fremdeinschätzung (BSS-Gesamtscore) für Prä-Post-Gesamtstichprobe

	Prä-Post-Gesamtstichprobe		
	SCL-90-R (GSI) (n = 121)	PSB (GBS) (n = 136)	BSS (Gesamtscore) (n = 117)
<b>Statistisch signifikant verbessert (Gruppen 3, 4, 5)</b>	47,1 % (57)	55,9 % (76)	62,4 % (73)
<b>Klinisch signifikant verbessert (Gruppe 4)</b>	40,5 % (49)	44,1 % (60)	44,4 % (52)
<b>Reliabel, aber (noch) nicht klinisch signifikant verbessert (Gruppe 5)</b>	6,6 % (8)	11,8 % (16)	17,9 % (21)
<b>Unverändert (Gruppe 1)</b>	47,9 % (58)	27,9 % (38)	37,6 % (44)
<b>Reliabel verbessert, aber vor Beratung im Normbereich/testneutral (Gruppe 3)</b>	4,1 % (5)	15,4 % (21)	4,3 % (5)
<b>Reliabel verschlechtert (Gruppe 2)</b>	5,0 % (6)	16,2 % (22)	0,0 % (0)
<b>Klinisch signifikant verschlechtert (Gruppe 6)</b>	2,5 % (3)	5,1 % (7)	0,0 % (0)

Anmerkungen: Aufgrund der Überschneidung der Gruppen mehrfache Gruppenzugehörigkeit möglich.

### 3.3.3 Statistische und klinische Signifikanz (PSB)

Ergänzend zur Erfolgseinschätzung des Beratungsverlaufs aus KlientInnensicht über die Bestimmung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen auf Basis des GSI der SCL-90-R, wurden analog zum oben beschriebenen Vorgehen (Kapitel 3.3.1 und 3.3.2) auch für den Gesamtbeeinträchtigungsscore der PSB als weiterem Selbstberichtsmaß Veränderungsraten nach dem Konzept der klinischen Signifikanz (Christensen & Mendoza, 1986; Jacobson et al., 1984) bestimmt. Als Grenzwert für die statistische Signifikanz der Veränderung auf der PSB ergab sich nach Formel 2 ein RCI-Wert von 4,77. Die Prä-Post-Differenz im PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore überstieg bei 55,9 % der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $n = 76$ ) diesen RCI-Wert, die damit eine statistisch signifikante Verbesserung ihrer psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung erreichten. Zur Bestimmung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen wurde der Cut-off-Punkt  $c$ , der funktionalen und dysfunktionalen Bereich voneinander trennt, nach Formel 3 bestimmt. Mittelwert ( $M = 23,3$ ) und Standardabweichung ( $SD = 13,1$ ) wurden der vollständigen Feldstichprobe ( $n = 346$ ) von Holm-Hadulla und Soeder (1997) entnommen. Als Cut-off-Punkt  $c$  ergab sich nach obiger Formel (3) 27,34. Für eine statistisch und klinisch signifikante Verbesserung musste dieser Cut-off-Punkt vom PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore der KlientInnen zum Post-Zeitpunkt unter und der RCI-Wert von 4,77 von der Prä-Post-Differenz der KlientInnen im PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore überschritten werden. Nach diesem kombinierten RCI- und KS-Kriterium haben sich 44,1 % der KlientInnen ( $n = 60$ ) klinisch signifikant verbessert, d. h. aus einem auffälligen in einen unauffälligen Bereich verändert (Gruppe 4). Nach dem oben für den GSI der SCL-90-R beschriebenen Vorgehen ergab sich durch unterschiedliche Realisierungen des RCI- bzw. KS-Kriteriums die weitere Gruppeneinteilung (Abbildung 11).

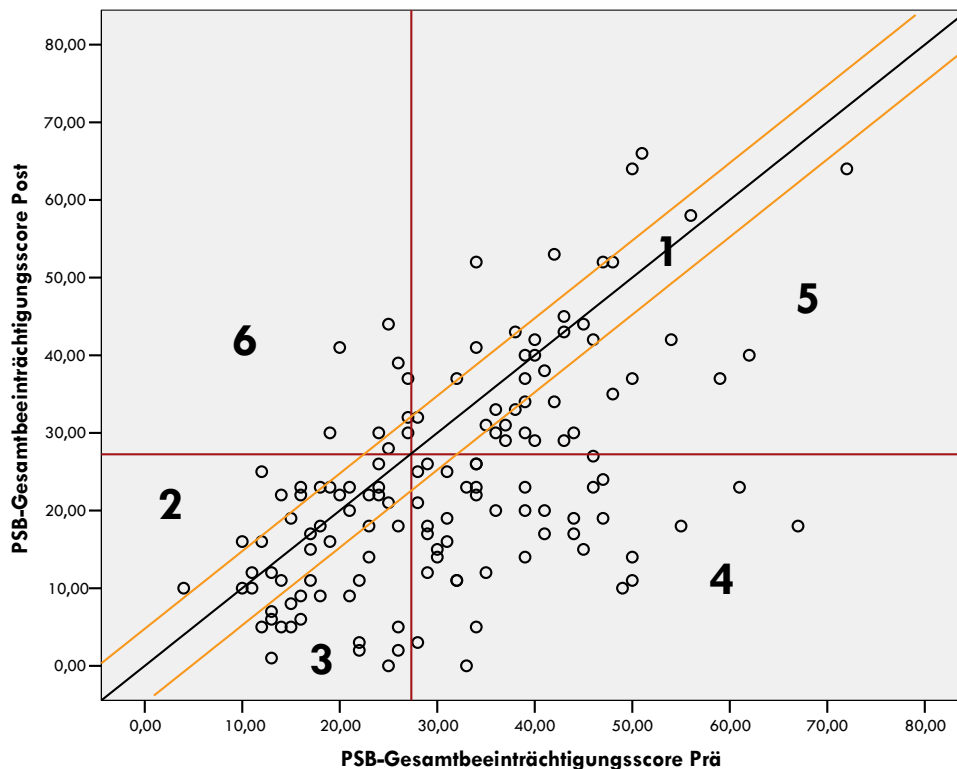


Abbildung 11: Statistische und klinische Signifikanz (Verbesserung, Nichtveränderung, Verschlechterung) PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore), Prä-Post-Gesamtstichprobe.

Reliabel verbessert, aber (noch) nicht klinisch signifikant verändert (Gruppe 5) haben sich 11,8 % der KlientInnen ( $n = 16$ ), deren PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore nach Abschluss der Beratung noch über dem Cut-off-Punkt lag (s. Tabelle 17). Hinsichtlich der psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung nach Beratung nicht reliabel verändert („unverändert“) waren 27,9 % der KlientInnen ( $n = 38$ ). In Gruppe 3 befinden sich 15,4 % der KlientInnen ( $n = 21$ ), die zwar eine reliable Verbesserung ihrer psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung zeigten, sich jedoch bereits vor Beratungsbeginn hinsichtlich des PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscores im Normbereich befanden (klinisch irrelevante Veränderung, „testneutral“). Eine reliable Verschlechterung der psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung lag bei 16,2 % der KlientInnen ( $n = 22$ ) vor (Gruppe 2, oberhalb der oberen gelben Linie). Bei detaillierterer Betrachtung wird deutlich, dass sich 5,1 % dieser KlientInnen ( $n = 7$ ) zwar reliabel verschlechtern, ihr PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore liegt jedoch trotz Verschlechterung noch unter dem Cut-off-Punkt ( $c = 27,34$ ; s. Abbildung 11). Bei 5,9 % der reliabel verschlechterten KlientInnen ( $n = 8$ ) findet bei moderater bis hoher Ausgangsbeeinträchtigung ( $32 \leq \text{PSB-Prä} \leq 51$ ) eine weitere Verschlechterung statt ( $37 \leq \text{PSB-Post} \leq 66$ ). Reliabel und klinisch signifikant verschlechtert haben sich 5,1 % der KlientInnen ( $n = 7$ ) der Gruppe 6, deren PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscores vor der Beratung im funktionalen Bereich lagen, die sich jedoch nach der Beratung hinsichtlich ihrer psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung als stärker belastet beschrieben als die Referenzgruppe der Feldstichprobe Studierender (Holm-Hadulla & Soeder, 1997). Für einen Gesamtüberblick über die Veränderungsdaten siehe Tabelle 17.

### 3.3.4 Statistische und klinische Signifikanz aus Sicht der BeraterInnen (BSS)

Obwohl die „... Therapieerfolgevaluation für Prä-/Post-Vergleiche“ (Schepank, 1995, S. 33) als Anwendungsbereich des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) angegeben ist, ist die Be-

rechnung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen auf Basis des BSS insbesondere im Bereich der ambulanten Psychotherapie Erwachsener selten. Eindeutige Berechnungsvorschriften existieren nicht und in den wenigen Untersuchungen, die den BSS zur Bestimmung von statistischer und klinischer Signifikanz einsetzen – im stationären Bereich z. B. Bünger (2004), im ambulanten Gruppensetting z. B. Tschuschke, Weber, Horn, Kiencke und Tress (2007) –, erfolgen entweder keine Hinweise zur Berechnung (Bünger, 2004) oder der Hinweis, dass

[d]ie ... Transferierung des Konzepts der klinischen Signifikanz auf Messinstrumente, bei denen die erforderlichen Kennwerte zur Bestimmung eines Reliable Change Index fehlen – GAF, Therapieziele und BSS – ... als theoretisches Konstrukt zu verstehen [ist], deren empirische Überprüfung im Rahmen dieser Arbeit ... nicht geleistet wurde. (Tschuschke et al., 2007, S. 90)

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist der Einsatz des BSS zur Evaluation von Interventionen aus Expertensicht verbreiteter; so setzt die Arbeitsgruppe um Kronmüller den BSS in der aus dem Erwachsenenbereich für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen adaptierten und evaluierten Kinder- und Jugendlichenversion BSS-K (Fahrig, Kronmüller, Hartmann, Uebel & Schepank, 1996) seit 1996 zur Evaluation psychodynamischer Kurzzeittherapien bei Kindern und Jugendlichen ein (z. B. Kronmüller et al., 2009). In diesen Arbeiten finden sich eher Hinweise zum Vorgehen, es stellt sich jedoch das Problem der Übertragbarkeit des Vorgehens auf den Erwachsenenbereich.

Da den genannten Untersuchungen keine konkreten Hinweise zur Berechnung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen auf Basis des BSS zu entnehmen sind, findet sich nachfolgend ein diesbezüglicher Vorschlag für die vorliegende Studie. Statistisch und klinisch signifikante Veränderungen auf Basis des BSS wurden wie folgt berechnet. Zur Bestimmung des Reliable-Change-Index (RCI) nach Jacobson et al. (1984) in Modifikation von Christensen und Mendoza (1986) wurde als Reliabilität des Messinstrumentes die Interraterreliabilität (Intra-class-Korrelationen) als einziges im Manual (Schellberg, 1995) angegebenes und verfügbares Reliabilitätsmaß eingesetzt. Schellberg (a. a. O.) verweist darauf, dass Übereinstimmungs-Reliabilität als entscheidender Aspekt der Reliabilität anderen Reliabilitätsaspekten wie interner Konsistenz oder Retest-Reliabilität (zeitliche Stabilität) übergeordnet ist, da diese „... [w]enn zwei oder mehr Rater nicht übereinstimmen, ... vollkommen irrelevant [werden]“ (S. 18).

Als Grenzwert für die statistische Signifikanz ergab sich nach Formel 2 ein RCI-Wert von 1,12. Da die Skalenabstufungen des BSS ganzzahlig sind, braucht es zur Erfüllung des RCI-Kriteriums daher eine Verringerung der Beeinträchtigung vom Prä- zum Postzeitraum um 2 Punkte im BSS-Gesamtscore. Bei 62,4 % der PBS-KlientInnen ( $n = 73$ ) der Prä-Post-Gesamtstichprobe überstieg die Prä-Post-Differenz des BSS-Gesamtscores diesen RCI-Wert, d. h. diese KlientInnen haben sich nach Einschätzung der BeraterInnen hinsichtlich ihrer Beeinträchtigungsschwere durch eine psychogene Erkrankung statistisch signifikant verbessert. Da die zur Berechnung einer statistisch und klinisch signifikanten Veränderung nach Formel 3 notwendigen Kennwerte (Mittelwert und Standardabweichung) einer funktionalen Normpopulation Studierender nicht vorliegen, wurde als Cut-off-Punkt zwischen gesunden und psychogen erkrankten Studierenden ein BSS-Summenscore von  $< 4$  (KS-Kriterium) verwendet. Im

Manual entspricht ein Summenwert von 4-5 einer „... deutliche[n] Störung von Krankheitswert ... [, die] am häufigsten bei der ambulanten Inanspruchnahmeklientel ...“ (Schepank, 1995, S. 10) vorliegt. BSS-Summenwerte  $< 4$  kennzeichnen hingegen den Bereich von „... optimale[r] Gesundheit ...“ (Summenwert von 0-1; a. a. O.) bis zu einer „... leichteren Störung“ (Summenwert von 2-3; a. a. O.). Eine statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Veränderung (Kombination des RCI- und KS-Kriteriums) setzt voraus, dass der BSS-Gesamtscore nach der Beratung unter 4 liegt und die Differenz zwischen Prä- und Post-Wert den RCI-Wert von 1,12 überschreitet. Nach Einschätzung der BeraterInnen traf dies auf 44,4 % der KlientInnen ( $n = 52$ ) zu, die sich statistisch und klinisch signifikant verbessert haben, d. h. sich aus einem auffälligen in einen unauffälligen Bereich verändert haben, bzw. „geheilt“ sind (Gruppe 4). Durch unterschiedliche Realisierungen des RCI- bzw. KS-Kriteriums ergibt sich die in Abbildung 12 dargestellte Gruppeneinteilung. Aus Sicht der BeraterInnen haben sich 17,9 % der KlientInnen ( $n = 21$ ) in Gruppe 5 reliabel verbessert, liegen aber nach Ende der Beratung noch im auffälligen Bereich ( $x_{1,t2} \geq 4$ ); diese KlientInnen haben sich also (noch) nicht klinisch signifikant verändert bzw. sind noch nicht „geheilt“. Gruppe 1 umfasst 37,6 % der KlientInnen ( $n = 44$ ), die sich aus Sicht der BeraterInnen hinsichtlich ihrer Beeinträchtigungsschwere durch eine psychogene Erkrankung (BSS-Gesamtscore) nicht reliabel verändert haben ( $|x_{1,t1} - x_{1,t2}| < 1,12$ ; „unverändert“). In Gruppe 3 haben sich 4,3 % der KlientInnen ( $n = 5$ ) reliabel verbessert, waren aber hinsichtlich des BSS-Gesamtscores bereits vor der Beratung im Normbereich ( $x_{1,t1} < 4$ ; klinisch irrelevante Veränderung, „testneutral“). Eine reliable Verschlechterung der KlientInnen aus Sicht der BeraterInnen setzt voraus, dass der BSS-Gesamtscore nach Beendigung der Beratung größer ist als die Summe aus Prä-Wert und RCI-Wert ( $x_{1,t2} > x_{1,t1} + 1,12$ ); da die Skalenabstufungen des BSS jedoch ganzzahlig sind, bräuchte es zur Erfüllung dieses Kriteriums eine Prä-Post-Verschlechterung um 2 Punkte im BSS-Gesamtscore, was aufgrund der geringen Differenzierungsfähigkeit der Skala nicht zu erwarten ist. Das Kriterium der reliablen und darauf aufbauend der klinisch signifikanten Verschlechterung wird nach Einschätzung der BeraterInnen von keiner/keinem der KlientInnen erreicht. Da die Variabilität der Werte aufgrund der ganzzahligen Skalenabstufung des BSS eingeschränkt ist und viele KlientInnen damit in der Einschätzung der BeraterInnen identische Prä- bzw. Post-Werte erzielen, wurde im Scatterplott zur Darstellung der statistischen und klinischen Signifikanz für den BSS-Gesamtscore zur besseren Differenzierung eine andere Darstellungsform mit sog. *Point Bins* gewählt, anhand derer die in einem Punkt zusammengefasste Anzahl der Fälle ersichtlich ist (Abbildung 12). Für einen Gesamtüberblick über die Veränderungsdaten siehe Tabelle 17.

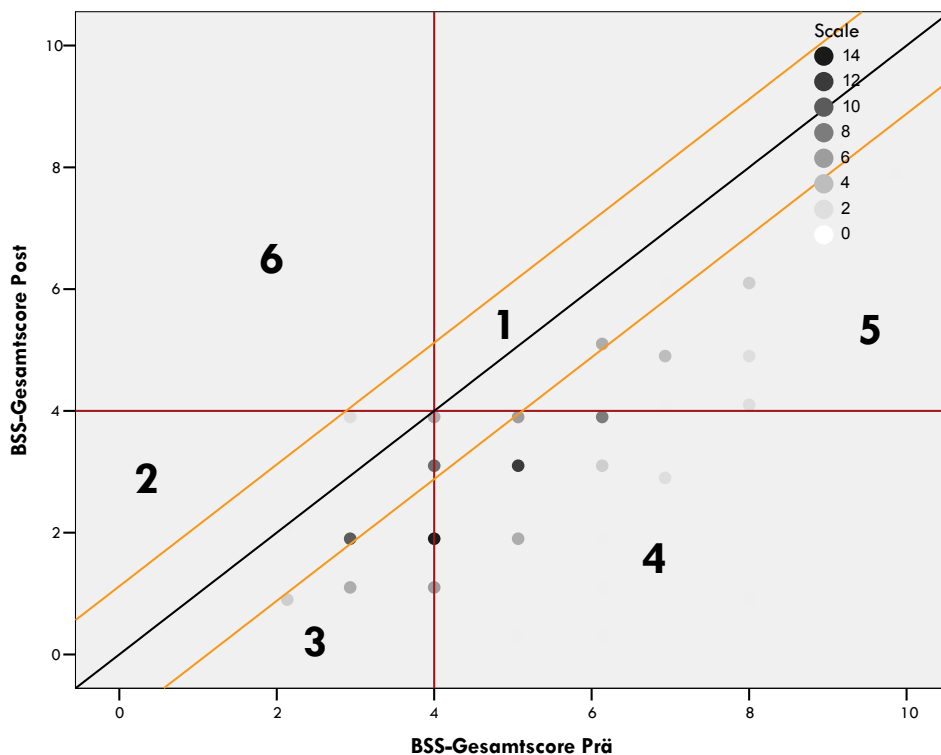


Abbildung 12: Statistische und klinische Signifikanz (Verbesserung, Nichtveränderung, Verschlechterung) BSS (Gesamtscore), Prä-Post-Gesamtstichprobe.

### 3.4 Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven

In Kapitel 3.4 wird der Frage (Forschungsfrage 2.6; s. Kapitel 2.2, 2.5) nachgegangen, inwieweit die Erfolgseinschätzungen der KlientInnen auf den beiden Selbstberichtsmaßen (SCL-90-R und PSB) übereinstimmen (Kapitel 3.4.1) und welche Übereinstimmung sich zwischen der Einschätzung des Beratungserfolgs aus KlientInnen- und BeraterInnenperspektive ergibt (SCL-90-R und BSS: Kapitel 3.4.2; PSB und BSS: Kapitel 3.4.3). Kapitel 3.4.4 fasst die Übereinstimmung des Beratungserfolgs über unterschiedliche Messinstrumente hinweg und aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven zusammen.

#### 3.4.1 Kombinierte Selbsteinschätzung (SCL-90-R und PSB)

Um beurteilen zu können, inwieweit die Erfolgseinschätzungen der KlientInnen auf den beiden Selbstberichtsmaßen (SCL-90-R und PSB) übereinstimmen, wurden die Beurteilungen des Beratungserfolgs als je 2-fach gestuftes künstlich dichotomisiertes Merkmal Veränderung (*unverändert/verschlechtert vs. klinisch signifikant verbessert*) bezüglich des GSI der SCL-90-R bzw. des PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscores in einer Vierfeldertafel gegeneinander abgetragen<sup>34</sup> (Tabelle 18).

<sup>34</sup> In der Vierfeldertafel sind nur diejenigen KlientInnen berücksichtigt, bei denen zum Prä- und Postzeitpunkt Daten für *beide* Instrumente vorhanden waren. Daher decken sich die Erfolgsraten nicht immer mit dem Anteil klinisch signifikant verbesserter KlientInnen auf den Ergebnisinstrumenten in Tabelle 17. Beim Vergleich der Erfolgsraten auf den beiden Selbstberichtsmaßen ergibt sich z. B. eine Limitierung des Datensatzes durch die geringere Fallzahl auf der SCL-90-R ( $n = 121$ ) im Vergleich zur PSB ( $n = 136$ ).

**Tabelle 18: Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (SCL-90-R und PSB)**

		Veränderung SCL-90-R (GSI)		
		unverändert/ verschlechtert	klinisch signifikant verbessert	gesamt
Veränderung PSB (GBS)	unverändert/ verschlechtert	48 (39,7 %)	15 (12,4 %)	63 (52,1 %)
	klinisch signifikant verbessert	24 (19,8 %)	34 (28,1 %)	58 (47,9 %)
	gesamt	72 (59,5 %)	49 (40,5 %)	121 (100,0 %)

Von 49 KlientInnen (40,5 %), die gemäß der KlientInnenschätzung auf der SCL-90-R (GSI) als klinisch signifikant gebessert gelten, haben sich 34 (28,1 %) auch auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) klinisch signifikant verbessert. Von 72 KlientInnen (59,5 %), die auf der SCL-90-R (GSI) unverändert blieben bzw. sich verschlechtert haben, gelten 48 (39,7 %) auch auf dem zweiten Selbstberichtsinstrument PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) als unverändert/verschlechtert (Tabelle 18). Als Zusammenhangsmaß zwischen den beiden 2-fach gestuften Merkmalen Veränderung (*unverändert/verschlechtert* vs. *klinisch signifikant verbessert*) auf der SCL-90-R (GSI) bzw. dem PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore wurde der Phi-Koeffizient berechnet (Bortz & Lienert, 2008, S. 260). Dieser ist mit einem Wert von  $\phi = 0,354$  signifikant ( $p < 0,001$ ) und entspricht nach Brosius (2006, S. 519) einem schwachen Zusammenhang.

### 3.4.2 Kombinierte Selbst-/Fremdeinschätzung (SCL-90-R und BSS)

Zur Beurteilung der Übereinstimmung des Beratungserfolgs in der Selbst- (SCL-90-R, GSI) und Fremdeinschätzung (BSS-Gesamtscore), wurden die Erfolgseinschätzungen aus den beiden Perspektiven als je 2-fach gestuftes künstlich dichotomisiertes Merkmal *unverändert/verschlechtert* vs. *klinisch signifikant verbessert* auf dem GSI der SCL-90-R bzw. dem BSS-Gesamtscore in einer Vierfeldertafel gegeneinander abgetragen<sup>35</sup> (Tabelle 19).

**Tabelle 19: Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (SCL-90-R) und der BeraterInnen (BSS)**

		Veränderung SCL-90-R (GSI)		
		unverändert/ verschlechtert	klinisch signifikant verbessert	gesamt
Veränderung BSS (Gesamtscore)	unverändert/ verschlechtert	37 (35,9 %)	18 (17,5 %)	55 (53,4 %)
	klinisch signifikant verbessert	19 (18,4 %)	29 (28,2 %)	48 (46,6 %)
	gesamt	56 (54,4 %)	47 (45,6 %)	103 (100,0 %)

Von 47 KlientInnen (45,6 %), die nach KlientInnenschätzung auf der SCL-90-R (GSI) als klinisch signifikant gebessert gelten, haben sich 29 (28,2 %) auch aus Sicht der BeraterInnen (BSS-Gesamtscore) verbessert. Von 56 KlientInnen (54,4 %), die auf der SCL-90-R (GSI) unver-

<sup>35</sup> In der Vierfeldertafel sind nur KlientInnen berücksichtigt, für die zum Prä- und Postzeitpunkt Daten für *beide* Instrumente vorlagen. Die Erfolgsraten decken sich daher nicht immer mit dem Anteil klinisch signifikant verbesserter KlientInnen auf den Ergebnisinstrumenten in Tabelle 17.

ändert blieben bzw. sich verschlechtert haben, gelten 37 (35,9 %) auch aus Sicht der BeraterInnen (BSS-Gesamtscore) als unverändert/verschlechtert. Die Berechnung des Phi-Koeffizienten als Zusammenhangsmaß zwischen den beiden 2-fach gestuften Merkmalen Veränderung (*unverändert/verschlechtert* vs. *klinisch signifikant verbessert*) auf dem GSI der SCL-90-R bzw. dem BSS-Gesamtscore fällt mit einem Wert von  $\phi = 0,277$  signifikant aus ( $p < 0,01$ ) und entspricht nach Brosius (2006, S. 519) einem schwachen Zusammenhang.

### 3.4.3 Kombinierte Selbst-/Fremdeinschätzung (PSB und BSS)

Zur Überprüfung der Übereinstimmung zwischen dem Beratungserfolg auf dem zweiten Selbstberichtsmaß PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) und dem aus Sicht der BeraterInnen eingeschätzten Beratungserfolg (BSS-Gesamtscore), wurden in einer Vierfeldertafel die Erfolgsbeurteilungen aus Selbst- und Fremdeinschätzung als je 2-fach gestuftes künstlich dichotomisiertes Merkmal (*unverändert/verschlechtert* vs. *klinisch signifikant verbessert*) gegeneinander abgetragen (Tabelle 20).

Tabelle 20: Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (PSB) und der BeraterInnen (BSS)

		Veränderung PSB (GBS)		
		unverändert/ verschlechtert	klinisch signifikant verbessert	gesamt
Veränderung BSS (Gesamtscore)	unverändert/ verschlechtert	36 (30,8 %)	29 (24,8 %)	65 (55,6 %)
	klinisch signifikant verbessert	28 (23,9 %)	24 (20,5 %)	52 (44,4 %)
	gesamt	64 (54,7 %)	53 (45,3 %)	117 (100,0 %)

Von 53 KlientInnen (45,3 %), die nach KlientInnenschätzung (PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) als klinisch signifikant gebessert gelten, haben sich 24 (20,5 %) auch aus Sicht der BeraterInnen (BSS-Gesamtscore) verbessert. Von 64 KlientInnen (54,7 %), die auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) unverändert blieben bzw. sich verschlechtert haben, gelten 36 (30,8 %) auch aus Sicht der BeraterInnen (BSS-Gesamtscore) als unverändert/verschlechtert. Der Zusammenhang zwischen KlientInnen- und BeraterInnenbeurteilung ist äußerst gering; die Berechnung des Phi-Koeffizienten zwischen KlientInnen- (PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) und BeraterInnenbeurteilung (BSS-Gesamtscore) ist mit einem Wert von  $\phi = 0,015$  ( $p = 0,868$ ) nicht signifikant.

### 3.4.4 Zusammenfassende Darstellung der Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Übereinstimmung des Beratungserfolgs über unterschiedliche Messinstrumente hinweg und aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven gering ist. So zeigen die Erfolgseinschätzungen auf den beiden Selbstberichtsinstrumenten (GSI, SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) nur einen schwachen signifikant positiven Zusammenhang ( $\phi = 0,354$ ;  $p < 0,001$ ). Zwischen der Erfolgsbeurteilung aus KlientInnen- und BeraterInnensicht zeigt sich nur für die Selbsteinschätzung auf der SCL-90-R (GSI) und die BeraterInneneinschätzung auf dem BSS (Gesamtscore) ein schwacher signifikant positiver Zusammenhang ( $\phi = 0,277$ ;  $p < 0,001$ ). Kein signifikanter Zusammenhang ergibt sich hin-

gegen für die KlientInneneinschätzung des Beratungserfolgs auf dem PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore und die BeraterInneneinschätzung auf dem BSS-Gesamtscore ( $\phi = 0,015$ ;  $p = 0,868$ ). KlientInnen und BeraterInnen stimmen also hinsichtlich der Einschätzung einer Beratung als erfolgreich nur in sehr geringem Maße überein<sup>36</sup>.

Dass Ergebnismaße aus unterschiedlichen Perspektiven sich unterscheiden und sogar widersprechen, ist in der Beratungsforschung ausdrücklich „erlaubt“ (Wampold et al., 2002). In der vorliegenden Untersuchung kann der geringe Zusammenhang zwischen der Erfolgsbeurteilung aus den beiden Perspektiven (KlientInnen vs. BeraterInnen) als Hinweis darauf verstanden werden, dass diese jeweils unterschiedliche Maßstäbe an einen Beratungserfolg anlegen.

### **3.5 Dosis-Wirkung: Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier**

In Kapitel 3.5 findet eine Auseinandersetzung mit Forschungsfrage 3.1 (s. Kapitel 2.2 und 2.5) statt: Wie viel Beratung ist notwendig, um eine ausreichende Symptomverbesserung zu erzielen? Nach einer Begründung und Darstellung der Methode werden die Ergebnisse der Dosis-Wirkungsanalysen getrennt nach Untersuchungsinstrument berichtet (SCL-90-R: Kapitel 3.5.1; PSB: Kapitel 3.5.2; BSS: Kapitel 3.5.3) und in Kapitel 3.5.4 zusammengefasst.

Zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsdauer und Beratungsergebnis lassen sich Dosis-Wirkungsanalysen durchführen. Wenn nicht für jede einzelne Beratungsstunde Ratings für Symptomveränderungen vorliegen, kann zur Schätzung von Dosis-Wirkungskurven keine Probit-Analyse durchgeführt werden (Snell et al., 2001), wie sie z. B. von Howard et al. (1986) zur Spezifizierung der Beziehung zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg vorgeschlagen wurde. In der vorliegenden Untersuchung wurden daher Überlebensanalysen nach Kaplan-Meier (Kaplan & Meier, 1958) eingesetzt. Die Methode nach Kaplan-Meier (a. a. O.) erfordert von jedem Klienten Daten über die verstrichene Zeit, bevor das interessierende Ereignis eingetreten ist. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Zeit durch die Anzahl beendeter Sitzungen repräsentiert und die Ereignisse von Bedeutung waren entweder klinisch signifikante oder reliable Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten SCL-90-R (GSI), PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) und BSS (Gesamtscore). TeilnehmerInnen, die diese Erfolgskriterien einer klinisch signifikanten bzw. reliablen Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten im Verlauf der Untersuchung letztendlich nicht erreichten, wurden in die Dosis-Wirkungs-Analysen als „zensierte Fälle“ aufgenommen (Luke & Homan, 1998). Dass KlientInnen diese Erfolgskriterien nicht erreichen und „zensiert“ werden, kann unterschiedliche Gründe haben. Zum einen ist aus der Psychotherapieforschung bekannt, dass im Verlauf randomisierter kontrollierter klinischer Studien über die Hälfte der KlientInnen keine klinisch signifikante Verbesserung erreicht (z. B. Jacobson, Wilson & Tupper, 1988), zum anderen kann ein Nichterreichen einer reliablen bzw. klinisch signifikanten Verbesserung auch darin begründet sein, dass die Beratung vor Erreichen dieser Erfolgskriterien beendet wurde (z. B. durch Aufnahme eines Auslandssemesters). Überlebensanalysen wurden genau für derartige

---

<sup>36</sup> Für KlientInnen mit Daten für beide Instrumente (SCL-90-R und BSS) für Prä- und Postzeitpunkt sind die Verbesserungsdaten aus Sicht der KlientInnen und der BeraterInnen zwar vergleichbar hoch (45,6 % SCL-90-R, GSI vs. 46,6 % BSS-Gesamtscore; Tabelle 19), KlientInnen, die sich im Beratungsverlauf hinsichtlich ihrer Symptomatik auf der SCL-90-R (GSI) klinisch signifikant verbessern (bzw. unverändert bleiben oder sich verschlechtern), gelten jedoch nicht immer auch nach Einschätzung der BeraterInnen hinsichtlich ihrer Gesamtbeeinträchtigung durch eine psychogene Störung (BSS-Gesamtscore) als klinisch signifikant gebessert (bzw. unverändert/verschlechtert).



Time-to-event-Daten konzipiert, bei denen viele PatientInnen das Kriterium von Interesse nicht erreichen (z. B. Greenhouse, Stangl & Bromberg, 1989; Willett & Singer, 1993). Darüber hinaus können Überlebensanalysen auch dann eingesetzt werden, wenn KlientInnen die Behandlung zu unterschiedlichen Zeitpunkten aufnehmen und für unterschiedliche Zeitlängen darin verbleiben, wie dies u. a. auch für die klinische Routineversorgung der Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende (PBS) der Fall ist.

Um die Anzahl an Sitzungen zu bestimmen, die für unterschiedliche Anteile an KlientInnen zum Erreichen einer reliablen oder klinisch signifikanten Veränderung benötigt werden, wurden für die unterschiedlichen Ergebnismaße separate Überlebensanalysen durchgeführt. Da das Ereignis von Interesse (statistisch oder klinisch signifikante Verbesserung) in der vorliegenden Untersuchung positiv war, folgt die Darstellung der „Eins-minus-Überlebensfunktion“.

### 3.5.1 SCL-90-R: Behandlungsdauer bis zum Erreichen statistisch und klinisch signifikanter Verbesserung

#### *Statistisch signifikante Verbesserung SCL-90-R (GSI): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier*

Insgesamt verbesserten sich 47,1 % ( $n = 57$ ) der 121 KlientInnen, für die Prä-Post-Daten für die SCL-90-R vorlagen, statistisch signifikant auf dem GSI (Tabelle 17, Tabelle 21). Ein Viertel dieser KlientInnen erzielte dieses Erfolgskriterium in 5 Sitzungen, für 50 % der KlientInnen waren 8 Sitzungen für eine statistisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) ausreichend und 75 % benötigten zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums 14 Sitzungen (Tabelle 21, Abbildung 13). Abbildung 13 veranschaulicht die kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch bzw. klinisch signifikanter Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) als Funktion absolvierter Sitzungen.

**Tabelle 21: Statistisch signifikante Verbesserung SCL-90-R (GSI): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier**

Anzahl Sitzungen	Zensierte Fälle <sup>a</sup> ( $n = 64$ )	Statistisch signifikant verbessert <sup>b</sup> ( $n = 57$ )	Wahrscheinlichkeit statistisch signifikante Verbesserung <sup>c</sup>
1	2	2	0,017
2	11	5	0,059
3	8	8	0,133
4	6	9	0,225
5	6	7	0,302
6	5	5	0,364
7	5	7	0,458
8	4	3	0,505
9	3	3	0,558
10	4	1	0,578
11	3	3	0,652
12	2	2	0,716
14	2	1	0,756
15	1	0	0,756
16	0	1	0,838

17	1	0	0,838
20	1	0	0,838
<b>Gesamt %</b>	<b>52,9</b>	<b>47,1</b>	

Anmerkungen: <sup>a</sup>: Anzahl KlientInnen, die die Beratung nach dieser Sitzung verlassen, ohne eine statistisch signifikante Verbesserung zu erfahren. <sup>b</sup>: Anzahl KlientInnen, die in dieser Sitzung eine statistisch signifikante Verbesserung erzielen. <sup>c</sup>: Kumulierte Wahrscheinlichkeit, nach Beendigung der Sitzung eine statistisch signifikante Verbesserung zu erzielen („Eins-minus-Überlebensfunktion“). Lücke bei 13 bzw. 18 und 19 Sitzungen: Keine/r der KlientInnen mit statistisch signifikanter Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) hat eine entsprechende Sitzungsanzahl absolviert.

### **Klinisch signifikante Verbesserung SCL-90-R (GSI): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier**

Von den 121 KlientInnen, für die Prä-Post-Daten für die SCL-90-R vorlagen, verbesserten sich insgesamt 49 KlientInnen (40,5 %) klinisch signifikant auf diesem Ergebnismaß (Tabelle 17, Tabelle 22). Ein Viertel dieser KlientInnen benötigte hierfür 5 Sitzungen, 50 % erzielten in 9 Sitzungen eine klinisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und für 75 % waren 16 Sitzungen zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums notwendig (Tabelle 22, Abbildung 13).

**Tabelle 22: Klinisch signifikante Verbesserung SCL-90-R (GSI): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier**

<b>Anzahl Sitzungen</b>	<b>Zensierte Fälle<sup>a</sup> (n = 72)</b>	<b>Klinisch signifikant verbessert<sup>b</sup> (n = 49)</b>	<b>Wahrscheinlichkeit klinisch signifikante Verbesserung<sup>c</sup></b>
1	2	2	0,017
2	12	4	0,050
3	10	6	0,107
4	8	7	0,180
5	6	7	0,262
6	5	5	0,327
7	6	6	0,413
8	4	3	0,463
9	3	3	0,521
10	4	1	0,542
11	5	1	0,569
12	2	2	0,648
14	2	1	0,698
15	1	0	0,698
16	0	1	0,799
17	1	0	0,799
20	1	0	0,799
<b>Gesamt %</b>	<b>59,5</b>	<b>40,5</b>	

Anmerkungen: <sup>a</sup>: Anzahl KlientInnen, die die Beratung nach dieser Sitzung verlassen, ohne eine klinisch signifikante Verbesserung zu erfahren. <sup>b</sup>: Anzahl KlientInnen, die in dieser Sitzung eine klinisch signifikante Verbesserung erzielen. <sup>c</sup>: Kumulierte Wahrscheinlichkeit, nach Beendigung der Sitzung eine klinisch signifikante Verbesserung zu erzielen („Eins-minus-Überlebensfunktion“). Lücke bei 13 bzw. 18 und 19 Sitzungen: Keine/r der KlientInnen mit klinisch signifikanter Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) hat eine entsprechende Sitzungsanzahl absolviert.

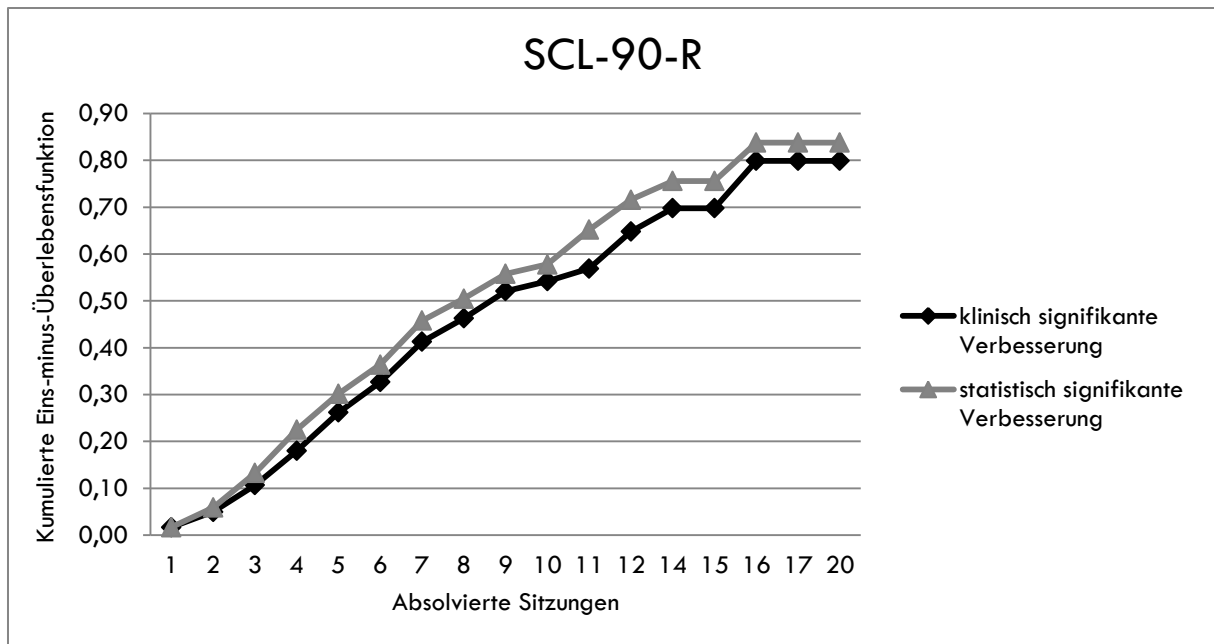


Abbildung 13: Kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch oder klinisch signifikanter Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl.

### 3.5.2 PSB: Behandlungsdauer bis zum Erreichen statistisch und klinisch signifikanter Verbesserung

#### *Statistisch signifikante Verbesserung PSB (GBS): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier*

Zum Erreichen einer statistisch signifikanten Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) waren für 25 % der KlientInnen, die sich insgesamt auf diesem Selbstberichtsmaß statistisch signifikant verbesserten ( $n = 76$ ; 55,9 % der 136 KlientInnen, für die Prä-Post-Daten für die PSB vorlagen; Tabelle 17, Tabelle 23), 5 Sitzungen ausreichend. Die Hälfte der KlientInnen benötigte zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums 8 Sitzungen und für 75 % der KlientInnen waren für eine statistisch signifikante Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) 12 Sitzungen notwendig (Tabelle 23, Abbildung 14). Abbildung 14 veranschaulicht die kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch bzw. klinisch signifikanter Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) als Funktion absolvierter Sitzungen.

Tabelle 23: Statistisch signifikante Verbesserung PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier

Anzahl Sitzungen	Zensierte Fälle <sup>a</sup> (n = 60)	Statistisch signifikant verbessert <sup>b</sup> (n = 76)	Wahrscheinlichkeit statistisch signifikante Verbesserung <sup>c</sup>
1	4	1	0,007
2	7	10	0,083
3	7	13	0,188
4	10	5	0,231
5	7	8	0,309
6	3	8	0,395
7	6	7	0,475
8	2	6	0,554
9	4	3	0,596
10	3	2	0,628
11	1	5	0,721
12	1	3	0,781
14	2	1	0,803
15	1	0	0,803
16	0	1	0,836
17	1	1	0,868
20	1	0	0,868
<b>Gesamt %</b>	<b>44,1</b>	<b>55,9</b>	

Anmerkungen: <sup>a</sup>: Anzahl KlientInnen, die die Beratung nach dieser Sitzung verlassen, ohne eine statistisch signifikante Verbesserung zu erfahren. <sup>b</sup>: Anzahl KlientInnen, die in dieser Sitzung eine statistisch signifikante Verbesserung erzielen. <sup>c</sup>: Kumulierte Wahrscheinlichkeit, nach Beendigung der Sitzung eine statistisch signifikante Verbesserung zu erzielen („Eins-minus-Überlebensfunktion“). Lücke bei 13 bzw. 18 und 19 Sitzungen: Keine/r der KlientInnen mit statistisch signifikanter Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) hat eine entsprechende Sitzungsanzahl absolviert.

### ***Klinisch signifikante Verbesserung PSB (GBS): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier***

Von den 136 KlientInnen, für die Prä-Post-Daten für die PSB vorlagen, verbesserten sich insgesamt 44,1 % (n = 60) klinisch signifikant auf diesem Selbstberichtsmaß (Tabelle 17, Tabelle 24). Zum Erreichen einer klinisch signifikanten Verbesserung benötigten 25 % dieser KlientInnen 6 Sitzungen, 50 % der KlientInnen erreichten dieses Erfolgskriterium nach 9 Sitzungen und für 75 % der KlientInnen waren 16 Sitzungen für eine klinisch signifikante Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) erforderlich (Tabelle 24, Abbildung 14).

Tabelle 24: Klinisch signifikante Verbesserung PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier

Anzahl Sitzungen	Zensierte Fälle <sup>a</sup> (n = 76)	Klinisch signifikant verbessert <sup>b</sup> (n = 60)	Wahrscheinlichkeit klinisch signifikante Verbesserung <sup>c</sup>
1	4	1	0,007
2	9	8	0,068
3	10	10	0,150
4	12	3	0,177
5	8	7	0,250
6	4	7	0,332

7	7	6	0,407
8	2	6	0,496
9	5	2	0,528
10	4	1	0,547
11	2	4	0,637
12	2	2	0,689
14	3	1	0,720
15	1	0	0,720
16	0	1	0,770
17	0	1	0,814
20	1	0	0,814
<b>Gesamt %</b>	<b>55,9</b>	<b>44,1</b>	

Anmerkungen: <sup>a</sup>: Anzahl KlientInnen, die die Beratung nach dieser Sitzung verlassen, ohne eine klinisch signifikante Verbesserung zu erfahren. <sup>b</sup>: Anzahl KlientInnen, die in dieser Sitzung eine klinisch signifikante Verbesserung erzielen. <sup>c</sup>: Kumulierte Wahrscheinlichkeit, nach Beendigung der Sitzung eine klinisch signifikante Verbesserung zu erzielen („Eins-minus-Überlebensfunktion“). Lücke bei 13 bzw. 18 und 19 Sitzungen: Keine/r der KlientInnen mit klinisch signifikanter Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) hat eine entsprechende Sitzungsanzahl absolviert.

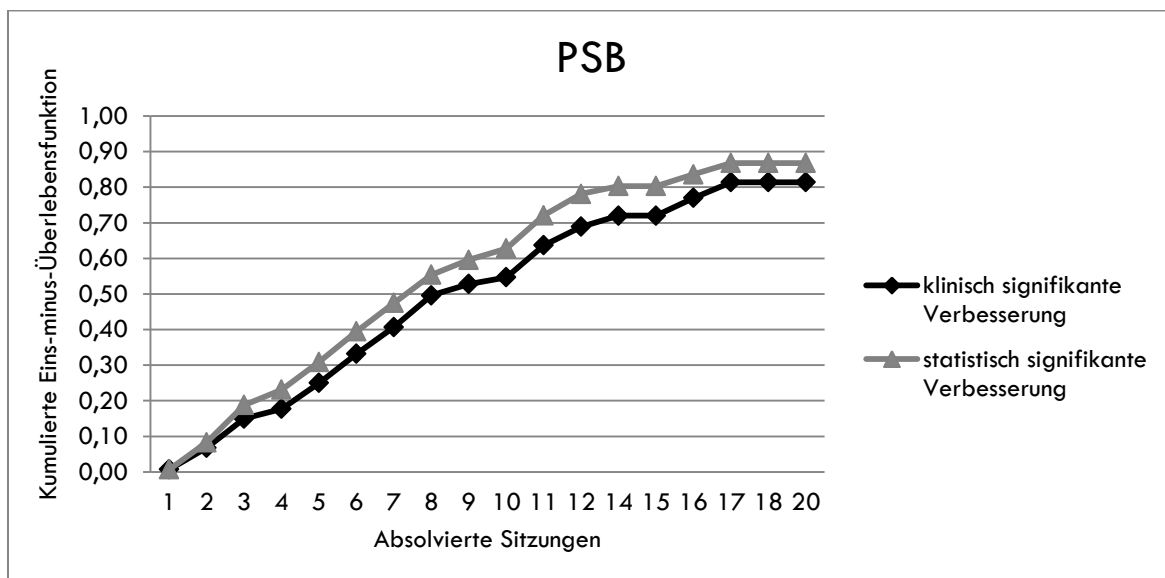


Abbildung 14: Kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch oder klinisch signifikanter Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl.

### 3.5.3 BSS: Behandlungsdauer bis zum Erreichen statistisch und klinisch signifikanter Verbesserung

#### *Statistisch signifikante Verbesserung BSS (Gesamtscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier*

Von den 117 KlientInnen, für die Prä-Post-Daten für den BSS vorlagen, verbesserten sich nach Einschätzung der BeraterInnen insgesamt 73 (62,4 %) statistisch signifikant auf dem BSS-Gesamtscore (Tabelle 17, Tabelle 25). Zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums waren für 25 % dieser KlientInnen 5 Sitzungen erforderlich, 50 % erzielten in 8 Sitzungen eine statistisch signifikante Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) und 75 % der KlientInnen benötigten zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums 11 Sitzungen (Tabelle 25, Abbildung 15). Abbildung 15 veran-

schaulicht die kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch bzw. klinisch signifikanter Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) als Funktion absolvierter Sitzungen.

Tabelle 25: Statistisch signifikante Verbesserung BSS (Gesamtscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier

Anzahl Sitzungen	Zensierte Fälle <sup>a</sup> (n = 44)	Statistisch signifikant verbessert <sup>b</sup> (n = 73)	Wahrscheinlichkeit statistisch signifikante Verbesserung <sup>c</sup>
1	1	0	0,000
2	6	3	0,026
3	6	13	0,144
4	4	9	0,232
5	4	11	0,344
6	6	5	0,399
7	5	8	0,497
8	1	5	0,565
9	0	7	0,663
10	2	3	0,705
11	1	4	0,767
12	3	1	0,784
14	2	1	0,806
15	1	0	0,806
16	0	1	0,838
17	0	1	0,870
18	0	1	0,914
20	2	0	0,914
<b>Gesamt %</b>	<b>37,6</b>	<b>62,4</b>	

Anmerkungen: <sup>a</sup>: Anzahl KlientInnen, die die Beratung nach dieser Sitzung verlassen, ohne eine statistisch signifikante Verbesserung zu erfahren. <sup>b</sup>: Anzahl KlientInnen, die in dieser Sitzung eine statistisch signifikante Verbesserung erzielen. <sup>c</sup>: Kumulierte Wahrscheinlichkeit, nach Beendigung der Sitzung eine statistisch signifikante Verbesserung zu erzielen („Eins-minus-Überlebensfunktion“). Lücke bei 13 bzw. 19 Sitzungen: Keine/r der KlientInnen mit statistisch signifikanter Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) hat eine entsprechende Sitzungsanzahl absolviert.

### **Klinisch signifikante Verbesserung BSS (Gesamtscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier**

Für eine klinisch signifikante Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) benötigten 25 % der KlientInnen, die sich insgesamt aus Sicht der BeraterInnen klinisch signifikant verbesserten (n = 52; 44,4 % der 117 KlientInnen, für die Prä-Post-Daten für den BSS vorlagen; Tabelle 17, Tabelle 26) 5 Sitzungen. Die Hälfte der KlientInnen erzielte dieses Erfolgskriterium in 10 Sitzungen und für 75 % der KlientInnen waren für eine klinisch signifikante Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) 16 Sitzungen erforderlich (Tabelle 26, Abbildung 15).

Tabelle 26: Klinisch signifikante Verbesserung BSS (Gesamtscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier

Anzahl Sitzungen	Zensierte Fälle <sup>a</sup> (n = 65)	Klinisch signifikant verbessert <sup>b</sup> (n = 52)	Wahrscheinlichkeit klinisch signifikante Verbesserung <sup>c</sup>
1	1	0	0,000
2	8	1	0,009
3	9	10	0,101
4	4	9	0,193
5	8	7	0,268
6	8	3	0,305
7	5	7	0,404
8	4	2	0,437
9	4	3	0,491
10	2	3	0,555
11	1	4	0,648
12	3	1	0,674
14	2	1	0,706
15	1	0	0,706
16	0	1	0,755
17	2	0	0,755
18	1	0	0,755
20	2	0	0,755
<b>Gesamt %</b>	<b>55,6</b>	<b>44,4</b>	

Anmerkungen: <sup>a</sup>: Anzahl KlientInnen, die die Beratung nach dieser Sitzung verlassen, ohne eine klinisch signifikante Verbesserung zu erfahren. <sup>b</sup>: Anzahl KlientInnen, die in dieser Sitzung eine klinisch signifikante Verbesserung erzielen. <sup>c</sup>: Kumulierte Wahrscheinlichkeit, nach Beendigung der Sitzung eine klinisch signifikante Verbesserung zu erzielen („Eins-minus-Überlebensfunktion“). Lücke bei 13 bzw. 19 Sitzungen: Keine/r der KlientInnen mit klinisch signifikanter Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) hat eine entsprechende Sitzungsanzahl absolviert.

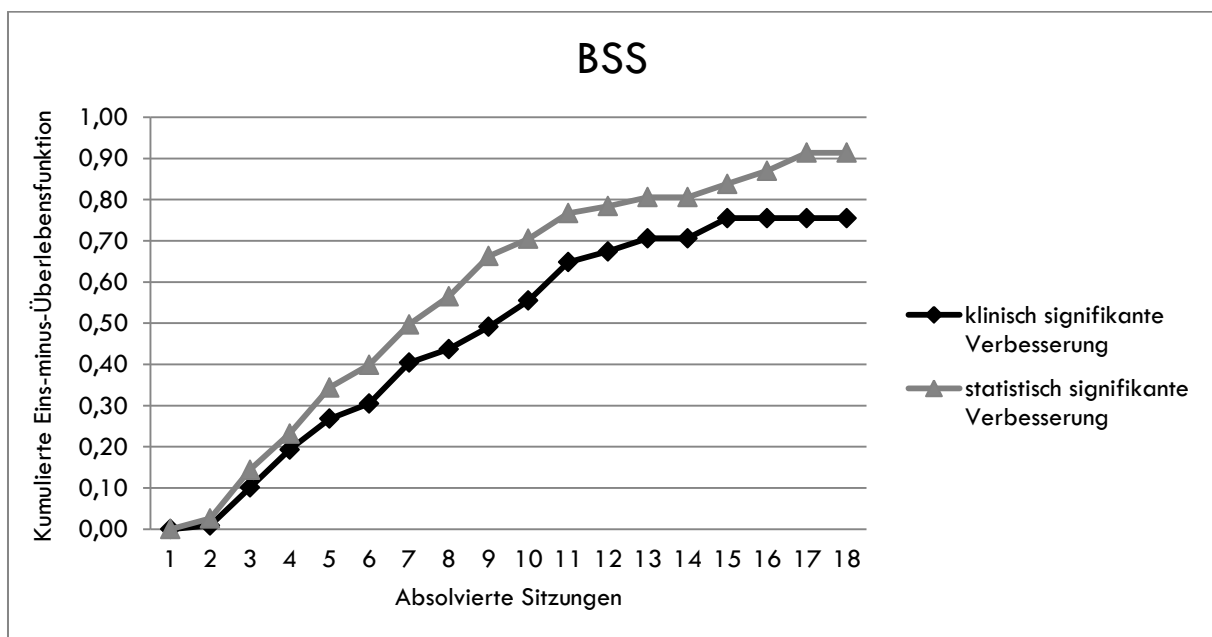


Abbildung 15: Kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch oder klinisch signifikanter Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl.

### **3.5.4 Ergebniszusammenfassung Dosis-Wirkungsanalysen**

Über die Ergebnisinstrumente hinweg zeigt sich eine hohe Übereinstimmung bzgl. der Zeitdauer bis zum Eintreten einer statistisch bzw. klinisch signifikanten Verbesserung für unterschiedliche Anteile an KlientInnen, die sich insgesamt statistisch oder klinisch signifikant auf den Ergebnismaßen verbesserten. So verbesserte sich ein Viertel dieser KlientInnen im Zeitraum zwischen 5 (SCL-90-R, GSI; BSS-Gesamtscore) und 6 Sitzungen (PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) klinisch signifikant auf den Ergebnisinstrumenten, die Hälfte der KlientInnen benötigte zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums 9 (SCL-90-R, GSI; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) und 10 Sitzungen (BSS-Gesamtscore) und drei Viertel der KlientInnen erzielte eine klinisch signifikante Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten in 16 Sitzungen (Zeitdauer für alle Ergebnisinstrumente identisch). Für das weniger strenge Erfolgskriterium einer statistisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten benötigte ein Viertel der KlientInnen, die insgesamt eine statistisch signifikante Verbesserung erzielten, 5 Sitzungen (alle Ergebnisinstrumente), die Hälfte dieser KlientInnen erreichte dieses Erfolgskriterium in 8 Sitzungen (identische Zeitdauer für alle Ergebnisinstrumente) und für drei Viertel der KlientInnen waren für eine statistisch signifikante Verbesserung auf den Ergebnismaßen 11 (BSS-Gesamtscore), 12 (PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) bzw. 14 Sitzungen (SCL-90-R, GSI) notwendig.

### **3.6 Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung**

Zur Auseinandersetzung mit Forschungsfrage 4.1 (s. Kapitel 2.2, 2.5) werden in Kapitel 3.6 Zusammenhänge zwischen einer erfolgreichen Beratung (statistisch und klinisch signifikante Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten SCL-90-R, PSB und BSS) und den Dimensionen integrativer Beratung aus KlientInnen- (Kapitel 3.6.1) bzw. BeraterInnensicht (Kapitel 3.6.2) dargestellt (Zusammenfassung in Kapitel 3.6.1.1 und 3.6.2.1).

#### **3.6.1 Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnensicht**

Zwischen der Einschätzung des Beratungsverlaufs aus Sicht der KlientInnen (ABCDE-K) und dem Beratungserfolg nach den Kriterien einer statistisch bzw. klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnismaßen SCL-90-R (GSI), PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) und BSS (Gesamtscore) bestanden eine Reihe signifikant positiver korrelativer Zusammenhänge (s. Tabelle 27), die in ihrer Höhe insgesamt nach Brosius (2006, S. 519) als schwach zu bewerten sind. Diese einzeln aufzuführen, würde die Darstellung sehr unübersichtlich werden lassen. Auch in Hinblick auf die Aussagekraft scheint es daher sinnvoller, die (Bestandteile der) einzelnen Dimensionen integrativer Beratung dahingehend zu betrachten, ob sie signifikant positiv mit mehreren (oder allen) Ergebnismaßen korrelieren, um darüber erste Hinweise zu erhalten, welche Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der KlientInnen mit einer erfolgreichen Beratung zusammenhängen.

Zusammenfassend zeichnet sich ab, dass eine statistisch und klinisch signifikante Reduktion der Symptomatik auf den unterschiedlichen Ergebnismaßen überwiegend mit einer *hilfreichen* Bewertung der verschiedenen Dimensionen integrativer Beratung bzw. einer hilfreichen Gesamtbewertung der Beratung durch die KlientInnen einhergeht (Tabelle 27). Die meisten signifikant positiven Korrelationen zwischen den KlientInneneinschätzungen der Dimensionen



integrativer Beratung als *hilfreich* und statistisch und/oder klinisch signifikanten Verbesserungen auf den Ergebnismaßen zeigen sich für die Verhaltensdimension (Behavior) und die Hermeneutik. So geht eine seitens der KlientInnen als hilfreich bewertete Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen (Behavior) sowohl mit einer statistisch ( $r = .29; p < 0,01$ ) und klinisch signifikanten ( $r = .28; p < 0,01$ ) Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) als auch mit einer klinisch signifikanten ( $r = .19; p < 0,05$ ) Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) und dem BSS-Gesamtscore ( $r = .25; p < 0,05$ ) einher. Gleiches gilt für die Einschätzung der KlientInnen, im Verlauf der Beratung eine erweiterte Vorstellung ihrer inneren und äußeren Welt erreicht zu haben (Hermeneutik), die ebenfalls in einem signifikant positiven korrelativen Zusammenhang zu einer statistisch ( $r = .25; p < 0,05$ ) und klinisch signifikanten ( $r = .22; p < 0,05$ ) Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und einer klinisch signifikanten ( $r = .21; p < 0,05$ ) Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) und dem BSS-Gesamtscore ( $r = .22; p < 0,05$ ) steht (s. Tabelle 27). Eine Bewertung der Beratung insgesamt als hilfreich korrelierte signifikant positiv mit einer statistisch ( $r = .29; p < 0,01$ ) und klinisch ( $r = .23; p < 0,05$ ) signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore ( $r = .28; p < 0,01$ ). Dasselbe gilt für eine aus KlientInnensicht als hilfreich eingeschätzte Bearbeitung (dysfunktionaler) Überzeugungen, Werte oder Einstellungen (Cognitions), die ebenfalls in einem signifikant positiven korrelativen Zusammenhang mit einer statistisch ( $r = .25; p < 0,05$ ) und klinisch ( $r = .22; p < 0,05$ ) signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore ( $r = .21; p < 0,05$ ) steht. Auch eine aus KlientInnensicht als hilfreich empfundene Beratungsbeziehung (Alliance) korrelierte jeweils signifikant positiv mit einer statistisch ( $r = .24; p < 0,05$ ) und klinisch signifikanten ( $r = .22; p < 0,05$ ) Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) sowie einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore ( $r = .25; p < 0,05$ ). Zwischen einer hilfreichen Einschätzung der existentiellen Ebene und einer statistisch signifikanten ( $r = .21; p < 0,05$ ) Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und einer statistisch ( $r = .23; p < 0,05$ ) und klinisch ( $r = .27; p < 0,01$ ) signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore bestanden ebenfalls signifikant positive korrelative Zusammenhänge. Schließlich stand eine als hilfreich bewertete KlientInneneinschätzung der Beschäftigung mit unbewussten und zwischenmenschlichen Konflikten sowie biographischen Hintergründen der Problematik (Dynamics) in einem signifikant positiven Zusammenhang ( $r = .20; p < 0,05$ ) zu einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore.

Zwischen der Ausprägung der Dimensionen des integrativen Beratungskonzepts aus KlientInnensicht („Wie stark ging es in der Beratung um ...?“) und einer erfolgreichen Beratung bestanden lediglich für die Ebene der Kognitionen und die Beratungsbeziehung signifikant positive korrelative Zusammenhänge (Tabelle 27). So war die Beratung i. S. der statistisch ( $r = .26; p < 0,01$ ) und klinisch ( $r = .22; p < 0,05$ ) signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) umso erfolgreicher, je eher sie nach Einschätzung der KlientInnen die Bearbeitung (dysfunktionaler) Kognitionen umfasste. Auch fand umso eher eine klinisch signifikante Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore statt, je ausgeprägter das Gefühl der KlientInnen war, von den BeraterInnen angenommen und persönlich unterstützt worden zu sein ( $r = .26; p < 0,05$ ). Für die anderen Dimensionen des integrativen Beratungskonzepts zeigten sich hingegen keine signifikant positiven Korrelationen zwischen der Ausprägung der Dimension und einer erfolgreichen Beratung.

Für die Wichtigkeit der Bearbeitung der unterschiedlichen Dimensionen des integrativen Beratungskonzepts („Wie wichtig war dies für Sie?“) fand sich in der Einschätzung der KlientInnen lediglich für die Verhaltensdimension ein signifikant positiver korrelativer Zusammenhang mit einer erfolgreichen Beratung. Je wichtiger die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen in der Beratung für die KlientInnen war ( $r = .23$ ;  $p < 0,05$ ), umso eher verbesserten sich die KlientInnen klinisch signifikant auf der SCL-90-R (GSI).

### **3.6.1.1 Zusammenfassung der Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnensicht**

Eine erfolgreiche Beratung i. S. einer Reduktion der Beeinträchtigung (ausgedrückt als statistisch bzw. klinisch signifikante Verbesserung auf den unterschiedlichen Ergebnismaßen) hängt vorwiegend damit zusammen, dass die KlientInnen die unterschiedlichen Dimensionen integrativer Beratung bzw. die Beratung insgesamt als für sich *hilfreich* bewerten. Die meisten signifikant positiven korrelativen Zusammenhänge zwischen einer erfolgreichen Beratung i. S. der genannten Kriterien und der Einschätzung der Dimensionen integrativer Beratung durch die KlientInnen als für sich hilfreich, zeigten sich dabei für die Verhaltensebene (Behavior), gefolgt von der Bewertung der Beratung insgesamt, der Ebene der Kognitionen (Cognitions), der Beziehungsebene (Alliance), der existentiellen und schließlich der psychodynamischen Ebene (Dynamics). Wie die hilfreiche Bewertung der Verhaltensebene, korreliert auch die der Hermeneutik-Dimension zugehörige Einschätzung der KlientInnen, im Beratungsverlauf eine erweiterte Vorstellung ihrer inneren und äußeren Welt erreicht zu haben, signifikant positiv mit einer klinisch signifikanten Verbesserung auf allen Ergebnismaßen und mit einer statistisch signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI). Darüber hinaus bestanden für die kognitive und die Beziehungsebene signifikant positive korrelative Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Dimension und einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (Cognitions) bzw. einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore (Alliance). Bezüglich der durch die KlientInnen eingeschätzten Wichtigkeit der unterschiedlichen Dimensionen des integrativen Beratungskonzepts für den Beratungsverlauf ergab sich lediglich für die Verhaltensebene eine signifikant positive Korrelation mit einer klinisch signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI).

Tabelle 27: Korrelationen der Erfolgseinschätzungen (statistisch signifikante und klinisch signifikante Verbesserungen) auf den Ergebnisinstrumenten (GSI, SCL-90-R; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore; BSS-Gesamtscore) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus Sicht der KlientInnen (ABCDE-K)

ABCDE-K	Alliance			Behavior			Cognitions			Dynamics			Existentials			Hermeneutik			Gesamt
	Inwieweit haben Sie sich von Ihrer Beraterin/Ihrem Berater angenommen und persönlich unterstützt gefühlt?	Wie wichtig war dies für Sie?	Wie hilfreich war dies für Sie?	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen?	Wie wichtig war dies für Sie?	Wie hilfreich war dies für Sie?	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?	Wie wichtig war dies für Sie?	Wie hilfreich war dies für Sie?	Wie stark ging es in der Beratung um unbewusste und zwischenmenschliche Konflikte sowie biographische Hintergründe Ihrer Problematik?	Wie wichtig war dies für Sie?	Wie hilfreich war dies für Sie?	Wie stark ging es in der Beratung um grundlegende Themen wie persönliches Wachstum, Sinnhaftigkeit, (Un-)abhängigkeit, kreative Lebensführung?	Wie wichtig war dies für Sie?	Wie hilfreich war dies für Sie?	Haben Sie sich in einem allgemeinen Sinne verstanden gefühlt?	Sind Sie mit dem Berater in einen produktiven Dialog gekommen?	Haben Sie eine erweiterte Vorstellung Ihrer inneren und äußeren Welt erreicht?	
SCL-90-R (GSI) RC	.10	.09	.24*	.14	.18	.29**	.26**	.15	.25*	.01	.01	.05	.06	.10	.21*	.10	.13	.25*	.29**
SCL-90-R (GSI) KS	.10	.06	.22*	.15	.23*	.28**	.22*	.10	.22*	-.04	-.05	-.01	.00	.00	.12	.11	.08	.22*	.23*
PSB (GBS) RC	-.16	-.05	-.13	-.01	.12	.11	.12	.03	.05	.00	-.07	-.06	.00	.01	-.01	-.04	.00	.11	-.03
PSB (GBS) KS	-.01	.01	.07	.04	.16	.19*	.17	.09	.14	-.08	-.12	-.10	-.01	-.04	-.01	.12	.16	.21*	.10
BSS (Gesamt) RC	.07	-.01	.14	.10	.10	.12	.16	.09	.17	.14	.12	.09	.14	.13	.23*	.04	.00	.16	.15
BSS (Gesamt) KS	.26*	.11	.25*	.11	.12	.25*	.13	.16	.21*	.10	.10	.20*	.11	.14	.27**	.18	.22*	.22*	.28**

Anmerkungen: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; RC: reliable (statistisch signifikante) Verbesserung; KS: klinisch signifikante Verbesserung.

### 3.6.2 Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus BeraterInnenansicht

Zwischen der Einschätzung des Beratungsverlaufs aus Sicht der BeraterInnen (ABCDE-T) und dem Erfolg der Beratung nach den Kriterien einer statistisch bzw. klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnismaßen zeigten sich nur für die Selbstberichtsmaße SCL-90-R (GSI) und PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) signifikante korrelative Zusammenhänge (Tabelle 28). Diese waren überwiegend negativ und entsprachen in der Höhe einer schwachen Korrelation (Brosius, 2006, S. 519). Für die Erfolgskriterien einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung auf dem Fremdbeurteilungsmaß BSS (Gesamtscore) ergaben sich hingegen keine signifikanten korrelativen Zusammenhänge mit den aus Sicht der BeraterInnen eingeschätzten Dimensionen integrativer Beratung (ABCDE-T).

Signifikant negative korrelative Zusammenhänge bestanden insbesondere zwischen der Einschätzung der existentiellen Dimension integrativer Beratung durch die BeraterInnen und einer erfolgreichen Beratung i. S. der statistisch und/oder klinisch signifikanten Verbesserung auf den Selbstberichtsinstrumenten. So fand umso eher eine statistisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) statt, je weniger grundlegende Themen des Mensch-Seins nach Einschätzung der BeraterInnen Gegenstand der Beratung waren ( $r = -.22$ ;  $p < 0,05$ ), je weniger wichtig ( $r = -.31$ ;  $p < 0,01$ ) und hilfreich ( $r = -.26$ ;  $p < 0,01$ ) die Auseinandersetzung mit diesen existentiellen Themen für die KlientInnen nach Ansicht der BeraterInnen war und je weniger wichtig die existentielle Dimension nach Einschätzung der BeraterInnen für den Beratungsverlauf war ( $r = -.23$ ;  $p < 0,05$ ). Gleiches galt auch für eine klinisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und die BeraterInneneinschätzung der existentiellen Dimension: Die Beratung war umso erfolgreicher, je weniger existentielle Themen in der Beratung nach Einschätzung der BeraterInnen eine Rolle spielten ( $r = -.21$ ;  $p < 0,05$ ), je weniger wichtig ( $r = -.29$ ;  $p < 0,01$ ) und hilfreich ( $r = -.25$ ;  $p < 0,05$ ) eine Auseinandersetzung mit grundlegenden Themen des Mensch-Seins für die KlientInnen nach Einschätzung der BeraterInnen war und je weniger wichtig die existentielle Dimension aus Sicht der BeraterInnen für den Beratungsverlauf war ( $r = -.21$ ;  $p < 0,05$ ). Eine aus Sicht der BeraterInnen untergeordnete Bedeutung der existentiellen Dimension im Beratungsverlauf für den Erfolg der Beratung zeichnete sich auch für das Erfolgskriterium einer klinisch signifikanten Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) ab (Tabelle 28). Auch hier ergaben sich signifikant negative korrelative Zusammenhänge mit der seitens der BeraterInnen eingeschätzten Ausprägung der existentiellen Dimension, deren Wichtigkeit (jeweils  $r = -.21$ ;  $p < 0,05$ ) und Nutzen ( $r = -.19$ ;  $p < 0,05$ ) für die KlientInnen und den Beratungsverlauf ( $r = -.26$ ;  $p < 0,01$ ).

Eine statistisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) korrelierte signifikant negativ mit der Einschätzung der kognitiven Ebene integrativer Beratung durch die BeraterInnen: Je weniger wichtig es den KlientInnen nach Einschätzung der BeraterInnen war, dass in der Beratung (dysfunktionale) Überzeugungen, Werte oder Einstellungen (Cognitions) bearbeitet wurden ( $r = -.21$ ;  $p < 0,05$ ) und je weniger wichtig deren Bearbeitung für den Beratungsverlauf aus Sicht der BeraterInnen war ( $r = -.20$ ;  $p < 0,05$ ), umso eher trat eine statistisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) auf (Tabelle 28).

Für das Erfolgskriterium einer statistisch signifikanten Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) ergab sich hingegen ein signifikant positiver korrelativer Zusammenhang mit der Einschätzung der Verhaltensebene (Behavior) durch die BeraterInnen. Je mehr

die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen nach Einschätzung der BeraterInnen Gegenstand der Beratung war ( $r = .19$ ;  $p < 0,05$ ) und je wichtiger diese aus Sicht der BeraterInnen für den Beratungsverlauf eingeschätzt wurde ( $r = .21$ ;  $p < 0,05$ ), umso eher fand eine statistisch signifikante Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) statt (Tabelle 28).

### **3.6.2.1 Zusammenfassung der Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus BeraterInnensicht**

Eine erfolgreiche Beratung korreliert überwiegend signifikant negativ mit einer in der BeraterInneneinschätzung geringen Ausprägung der existentiellen Dimension integrativer Beratung. Je weniger grundlegende Themen des Mensch-Seins nach Einschätzung der BeraterInnen Gegenstand der Beratung waren und je weniger wichtig und hilfreich die Auseinandersetzung mit diesen existentiellen Themen für die KlientInnen und den Beratungsverlauf nach Ansicht der BeraterInnen war, umso eher fand eine statistisch und klinisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und eine klinisch signifikante Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) statt. Zwischen der Ebene der Kognitionen und einer statistisch signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) bestand ebenfalls ein signifikant negativer korrelativer Zusammenhang. Je weniger wichtig die Bearbeitung (dysfunktionaler) Kognitionen für die KlientInnen und den Beratungsverlauf nach Einschätzung der BeraterInnen war, umso eher verbesserten sich die KlientInnen statistisch signifikant auf der SCL-90-R (GSI). Der einzige signifikant positive korrelative Zusammenhang zwischen der BeraterInneneinschätzung der Dimensionen integrativer Beratung und einer erfolgreichen Beratung zeigte sich für die Verhaltensebene: Eine statistisch signifikante Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) korrelierte signifikant positiv mit dem Ausmaß der durch die BeraterInnen eingeschätzten Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen und deren Wichtigkeit für den Beratungsverlauf. Für das Fremdbeurteilungsmaß BSS (Gesamtscore) und die aus BeraterInnensicht eingeschätzten Dimensionen integrativer Beratung (ABCDE-T) ergaben sich keine signifikanten korrelativen Zusammenhänge.

Tabelle 28: Korrelationen der Erfolgseinschätzungen (statistisch signifikante und klinisch signifikante Verbesserungen) auf den Ergebnisinstrumenten (GSI, SCL-90-R; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore; BSS-Gesamtscore) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus Sicht der BeraterInnen (ABCDE-T)

	Alliance				Behavior				Cognitions				Dynamics			Existentials			Hermeneutik			Gesamt		
ABCDE-T	Inwieweit ist es Ihnen gelungen, eine hilfreiche und tragfähige Beziehung zur Klientin/zum Klienten aufzubauen?	Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen?	Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?	Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	Wie stark ging es in der Beratung um unbewusste und interaktionale Konflikte sowie biographische Hintergründe der Problematik?	Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	Wie stark ging es in der Beratung um grundlegende Themen wie persönliches Wachstum, Sinnhaftigkeit, (Un-)Abhängigkeit, kreative Lebensführung?	Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	Hat der Klient eine verbesserte Wahrnehmung und Verständnis seiner selbst erreicht?	Ist ein produktiver Dialog zustande gekommen?	Hat der Klient Fortschritte in der Gestaltung seiner inneren Realität gemacht?	Wie hilfreich war die Beratung für die Klientin/den Klienten insgesamt?
SCL-90-R (GSI) RC	-.10	-.16	-.12	-.19	-.17	-.11	-.08	-.11	-.08	-.21*	-.12	-.20*	-.10	-.16	-.17	-.09	-.22*	-.31**	-.26**	-.23*	-.19	-.19	-.17	-.07
SCL-90-R (GSI) KS	-.06	-.18	-.11	-.19	-.12	-.07	-.05	-.09	-.03	-.19	-.05	-.15	-.07	-.12	-.11	-.04	-.21*	-.29**	-.25*	-.21*	-.11	-.13	-.10	-.03
PSB (GBS) RC	-.02	.10	.05	-.07	.19*	.15	.14	.21*	-.02	-.04	.07	-.01	-.11	-.03	.02	.01	-.14	-.16	-.10	-.13	-.01	-.10	.00	.02
PSB (GBS) KS	.00	.07	.00	-.10	.18	.10	.11	.16	-.01	-.03	.08	.04	-.15	-.11	-.07	-.09	-.21*	-.21*	-.19*	-.26**	-.07	-.14	-.08	-.02
BSS (Gesamt) RC	-.08	-.14	-.05	-.07	-.12	-.06	.00	-.08	.05	-.09	.06	-.03	-.10	-.08	-.02	-.11	-.12	-.14	-.07	-.05	-.07	-.05	.05	.10
BSS (Gesamt) KS	.06	-.16	-.04	-.09	-.11	-.07	.01	-.02	.03	-.11	.05	-.04	-.08	-.12	-.05	-.12	-.02	-.07	-.02	-.04	.01	-.01	.08	.05

Anmerkungen: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; RC: reliable (statistisch signifikante) Verbesserung; KS: klinisch signifikante Verbesserung.

### 3.7 Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität, des schlussfolgernden und kreativen Denkens und den Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung

Neben den Zusammenhängen der Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus KlientInnen- und BeraterInnenperspektive und einer erfolgreichen Beratung i. S. einer reliablen bzw. klinisch signifikanten Symptomverbesserung (Kapitel 3.6) waren in der vorliegenden Untersuchung auch Zusammenhänge der ABCDE-Dimensionen integrativer Beratung mit Verbesserungen der Alltagskreativität und des schlussfolgernden und kreativen Denkens von Interesse (Forschungsfrage 4.2; s. Kapitel 2.2, 2.5). Den Zusammenhängen zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität und den Dimensionen integrativer Beratung aus KlientInnen- und BeraterInnenperspektive wird in Kapitel 3.7.1 nachgegangen. Kapitel 3.7.2 befasst sich mit den Zusammenhängen zwischen den Verbesserungen im schlussfolgernden und kreativen Denken im Beratungsverlauf und den Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der BeraterInnen und der KlientInnen.

#### 3.7.1 Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität und den Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung

Zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität im Beratungsverlauf – ausgedrückt als Prä-Post-Differenzwerte des CCS-Gesamtwerts (State-Modul) – und den Einschätzungen der Dimensionen des integrativen Beratungskonzepts aus KlientInnen- (ABCDE-K) und BeraterInnenperspektive (ABCDE-T) bestanden lediglich für die Ebene der Kognitionen und die existentielle Ebene signifikante korrelative Zusammenhänge (Tabelle 29). So fiel die Verbesserung der Alltagskreativität umso höher aus, je weniger die Beratung aus Sicht der KlientInnen die Bearbeitung (dysfunktionaler) Kognitionen umfasste ( $r = -.22$ ;  $p < 0,05$ ). Aus Sicht der BeraterInnen bestanden hingegen zwischen der Ausprägung der kognitiven Ebene ( $r = .21$ ;  $p < 0,05$ ) und deren Wichtigkeit für die KlientInnen ( $r = .26$ ;  $p < 0,05$ ) und den Beratungsverlauf ( $r = .26$ ;  $p < 0,05$ ) signifikant positive korrelative Zusammenhänge mit einer Verbesserung der Alltagskreativität (Tabelle 29). Weiterhin fand sich eine signifikant positive Korrelation zwischen einer Verbesserung der Alltagskreativität und einer seitens der BeraterInnen als hilfreich bewerteten Auseinandersetzung mit grundlegenden Themen des Mensch-Seins ( $r = .23$ ;  $p < 0,05$ ). Die korrelativen Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität vom Prä- zum Postzeitpunkt und den Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnen- (ABCDE-K) und BeraterInnenperspektive (ABCDE-T) sind in ihrer Höhe insgesamt als schwach zu bewerten (Brosius, 2006, S. 519).

Tabelle 29: Korrelationen der Prä-Post-Differenzwerte der CCS (Gesamtwert, State-Modul) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnen- (ABCDE-K) und BeraterInnenperspektive (ABCDE-T)

ABCDE-K		Prä-Post-Differenz CCS-Gesamtwert (State)
<b>Cognitions</b>	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?	-.22*
<b>ABCDE-T</b>		
<b>Cognitions</b>	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?	.21*
	Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	.26*
	Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	.26*
<b>Existentials</b>	Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	.23*

Anmerkungen: \*  $p < 0,05$ .

### 3.7.2 Zusammenhänge zwischen Verbesserungen im schlussfolgernden und kreativen Denken und den Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung

Zwischen der Verbesserung der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* (Prä-Post-Differenzwerte) und den Dimensionen des integrativen Beratungskonzepts bestanden weder für die Einschätzungen aus KlientInnen- (ABCDE-K) noch aus BeraterInnensicht (ABCDE-T) signifikante korrelative Zusammenhänge. Auch die Verbesserung im ASK-Modul *Kreatives Denken* (Prä-Post-Differenzwerte) stand aus Sicht der KlientInnen in keinem signifikanten korrelativen Zusammenhang mit den Ebenen und Dimensionen integrativer Beratung. Zwischen den Einschätzungen der Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der BeraterInnen und der Verbesserung des kreativen Denkens im Beratungsverlauf ergab sich lediglich für die Ebene der Kognitionen ein signifikant negativer korrelativer Zusammenhang (Tabelle 30): Die Verbesserung im ASK-Modul *Kreatives Denken* fiel umso höher aus, je weniger die Bearbeitung (dysfunktionaler) Überzeugungen, Werte oder Einstellungen aus Sicht der BeraterInnen Gegenstand der Beratung war ( $r = -.39; p < 0,05$ ). Für die Verbesserung der PBS-KlientInnen im ASK-Gesamtwert (Prä-Post-Differenzwerte) zeigten sich lediglich signifikant negative korrelative Zusammenhänge zur KlientInneneinschätzung der psychodynamischen Ebene integrativer Beratung; die BeraterInneneinschätzung der Dimensionen des integrativen Beratungskonzepts standen hingegen in keinem signifikanten korrelativen Zusammenhang mit einer Verbesserung des ASK-Gesamtwerts. Die Verbesserung im ASK-Gesamtwert fällt umso höher aus, je weniger wichtig den KlientInnen die Auseinandersetzung mit unbewussten und interaktionalen Konflikten sowie biographischen Hintergründen ihrer Problematik war ( $r = -.40; p < 0,05$ ) und je weniger hilfreich die KlientInnen diese Auseinandersetzung fanden ( $r = -.38; p < 0,05$ ). Die Höhe der korrelativen Zusammenhänge zwischen den Verbesserungen im Modul *Kreatives Denken* und im ASK-Gesamtwert und der kognitiven bzw. psychodynamischen Ebene integrativer Beratung sind nach Brosius (2006) als schwach zu bewerten.

Tabelle 30: Korrelationen der Prä-Post-Differenzwerte der ASK (Modul *Kreatives Denken* und Gesamtwert) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnen- (ABCDE-K) und BeraterInnensicht (ABCDE-T)

ABCDE-T		Prä-Post-Differenz Kreatives Denken (ASK)
<b>Cognitions</b>	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?	-.39*
ABCDE-K		Prä-Post-Differenz ASK-Gesamtwert
<b>Dynamics</b>	Wie wichtig war dies für Sie?	-.40*
	Wie hilfreich war dies für Sie?	-.38*

Anmerkungen: \*  $p < 0,05$ .

### 3.8 Differentielle Indikation: Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn

In Forschungsfrage 5.1 (s. Kapitel 2.2, 2.5) wurde überprüft, inwieweit sich KlientInnen, von denen Post-Daten vorlagen (Completer<sup>37</sup>,  $n = 151$ ) von KlientInnen, für die nur Daten zum Prä-Zeitpunkt verfügbar waren ( $n = 418$ ) hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Symptomatik und Lebens- und Studienzufriedenheit zu Beratungsbeginn unterschieden (Zusammenfassung in Kapitel 3.8.1 bzw. in Sperth et al., 2014). Dass von KlientInnen nur Daten zu Beginn der

<sup>37</sup> KlientInnen mit Indikation für das Beratungsangebot der PBS und dessen Inanspruchnahme im Umfang von mindestens drei Sitzungen incl. Erstgespräch (s. Kapitel 2.3).



Beratung vorlagen, kann darin begründet sein, dass diese in andere psychosoziale Angebote weitervermittelt wurden ( $n = 254$ ; 44,6 % der KlientInnen, die die PBS von Januar bis November 2008 zum Erstgespräch aufsuchten, s. Abbildung 2) oder zur Beratung zwar (zunächst) in der PBS verblieben, dort jedoch weniger als drei Sitzungen (incl. Erstgespräch) wahrnahmen und daher nicht an der Post-Testung teilnahmen. Von KlientInnen konnten auch deswegen keine Post-Daten verfügbar sein, weil diese zwar eine Beratung in der erforderlichen Stundenzahl in der PBS wahrgenommen, diese aber abgebrochen hatten (17 %;  $n = 54$ ) oder die KlientInnen den Post-Bogen trotz Erfüllung des Einschlusskriteriums in die Studie aus anderen Gründen nicht ausfüllten.

Mit 17 % ist die Abbruchquote in der vorliegenden Untersuchung der von Hiller et al. (2009) vergleichbar, die in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz im Zeitraum zwischen 2003 bis 2007 einen Anteil von 17,9 % Therapieabbrüchen ermittelten. Die Abbruchquote der vorliegenden Untersuchung liegt unter der von McLeod (2004) angegebenen Einschätzung, dass „... ca. jede dritte Beratungs-Begegnung ...“ (S. 292) damit endet, dass „... ein Klient nicht mehr zu den Sitzungen erscheint“ (a. a. O.). Dass KlientInnen nicht mehr zu den Beratungssitzungen erscheinen, liegt bestenfalls daran, dass sie „... vielleicht einfach mit dem bisherigen Angebot zufrieden“ (a. a. O.) sind, eine andere und vermutlich realistischere Einschätzung ist jedoch die, dass das Angebot nicht zu den Erwartungen der KlientInnen passte und sie „... nicht das bekommen haben, was sie sich wünschten“ (a. a. O.). In diese Kategorie fallen auch diejenigen Fälle, in denen den KlientInnen aufgrund des Vorliegens einer entsprechenden Indikation eine Vermittlung in weiterführende psychotherapeutische Angebote empfohlen wurde, die von den KlientInnen jedoch aufgrund äußerer Gründe (z. B. baldiger Studienabschluss mit Berufsaufnahme in einer entfernten Stadt, anstehender Auslandsaufenthalt) nicht realisiert werden konnte oder abgelehnt wurde (z. B. aufgrund der Befürchtung von Schwierigkeiten bei einer späteren Verbeamtung bzw. der Aufnahme in eine private Kranken- oder Berufsunfähigkeitsversicherung). Überbrückend oder „um überhaupt etwas zu machen“, einigen sich Berater und Klient dann häufig auf eine Fortsetzung der Beratung. Bei den BeraterInnen ist eine solche Entscheidung neben der „... Verpflichtung zur Hilfe ...“ (Beauchamp & Childress, 1983; zitiert nach Reimer & Rüger, 2006a, S. 392) häufig von dem Wunsch getragen, den KlientInnen in den Beratungssitzungen vermitteln zu können, dass für deren Problematik und Anliegen eine Therapie das eigentlich geeignete Angebot ist, auf Seiten der KlientInnen birgt die Fortsetzung der Beratung jedoch die Gefahr, dass diese in ihrem Denken, die Beratung sei letztlich vielleicht doch ausreichend, gestärkt werden. Mit zunehmender Dauer der Beratung verdichtet sich auf Seiten der BeraterInnen die anfängliche Einschätzung, dass die Beratung ein letztlich der Schwere der Beeinträchtigung nicht angemessenes Angebot ist – dies genau aus diesem Grund auch gar nicht sein kann! – und an einer Therapie nichts vorbeiführt; auf Seiten der KlientInnen wächst die Enttäuschung, dass sich trotz Beratung nichts oder wenig ändert. Wenn diese unterschiedlichen Einschätzungen und Erwartungen zwischen Berater und Klient nicht geklärt werden können, können Kontaktabbrüche durch die KlientInnen die Folge sein. Eine solche Praxis, KlientInnen trotz Indikation für ein weiterführendes psychotherapeutisches Angebot mit psychotherapeutischer Beratung und damit in einem für sie aufgrund der Störungsschwere letztlich nicht ausreichenden Setting weiterzubehandeln, kann bei positivem Verlauf dazu führen, dass diese für weiterführende psychotherapeutische Angebote gewonnen werden können. Bei ungünstigem Verlauf können KlientInnen jedoch in ihrem Gefühl bestärkt werden, dass ihnen niemand helfen kann.

Die Hürde zum erneuten Aufsuchen psychotherapeutischer Unterstützung wird höher, mit der Gefahr der Chronifizierung der Störung.

Zwischen Completern und KlientInnen, bei denen nur Prä-Daten vorlagen, fanden sich zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung keine signifikanten Unterschiede bzgl. der allgemeinen Psychopathologie (GSI und Subskalen der SCL-90-R), der psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (GAF, PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) und der Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert, Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit*). Auch zeigten sich zwischen Completern und KlientInnen, für die nur zum Eingangszeitpunkt Daten vorhanden waren, bei Aufnahme der Beratung keine Geschlechtsunterschiede und keine Unterschiede hinsichtlich der Ausübung einer Nebentätigkeit. Bezüglich des Alters, des Abiturdurchschnitts, der Anzahl der Fachsemester und der Zwischenprüfungsnote unterschieden sich Completer von KlientInnen mit Angaben ausschließlich zum Prä-Zeitpunkt zu Beratungsbeginn ebenfalls nicht signifikant. Zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn zeigt sich jedoch hinsichtlich der mittels PSB erfassten *Prüfungsangst* (PSB-Item 9) ein signifikanter Unterschied: Completer leiden bei Aufnahme der Beratung durchschnittlich signifikant stärker unter Prüfungsangst als KlientInnen, von denen nur Angaben zum Prä-Zeitpunkt vorlagen (Tabelle 31).

Während sich also zu Beratungsbeginn in den Selbstberichtsangaben der KlientInnen auf den Symptom- und Zufriedenheitsmaßen keine signifikanten Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt finden – eine Ausnahme bildet wie erwähnt die *Prüfungsangst* (PSB-Item 9) – und sich beide Gruppen auch hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus (GAF-Skala) nicht unterscheiden, ergeben sich für das zweite Fremdbeurteilungsmaß BSS zu Beratungsbeginn signifikante Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen, für die nur Angaben bei Aufnahme der Beratung vorlagen (s. Tabelle 31). So war bei Beratungsbeginn bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt sowohl die körperliche als auch die sozialkommunikative Beeinträchtigung durch eine psychogene Erkrankung signifikant stärker ausgeprägt als bei den Completern. Auch hinsichtlich der Gesamtbeeinträchtigung (BSS-Gesamtscore) unterschieden sich KlientInnen, für die nur Angaben zu Beratungsbeginn vorlagen, signifikant von Completern in Richtung einer stärkeren Ausprägung der Gesamtbeeinträchtigung durch eine psychogene Störung bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt. KlientInnen, von denen keine Post-Daten vorlagen, unterschieden sich von Completern auch signifikant im durch die BeraterInnen eingeschätzten Ausmaß der Beeinträchtigung im Jahr vor Aufnahme der Beratung (BSS-12-Monats-Kriterium). So galten KlientInnen, bei denen nur Angaben zu Beratungsbeginn vorlagen, in der Einschätzung der BeraterInnen im Jahr vor Beratungsbeginn als signifikant stärker durch eine psychogene Störung (BSS-Gesamtscore) beeinträchtigt als Completer (Tabelle 31). Eine signifikant stärkere Beeinträchtigung der KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn im Vergleich zu den Completern findet sich auch für die BSS-Dimensionen. KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der körperlichen, der psychischen und auch der sozialkommunikativen Beeinträchtigung signifikant von Completern.

Die stärkere Beeinträchtigung der KlientInnen, für die nur Angaben zu Beratungsbeginn vorlagen, zeigt sich auch in der Verteilung der Diagnosen der Kategorien F3 (*affektive Störungen*), F4 (*neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*) und F6 (*Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*). Während Diagnosen der Kategorie F3 in beiden Gruppen in etwa gleich ver-

teilt waren – 25,0 % der Completer<sup>38</sup> und 26,9 % der KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn erhielten F3-Diagnosen –, lag der Anteil an F4-Diagnosen bei den Completern mit 67,6 % höher als bei den KlientInnen, für die nur Angaben zum Prä-Zeitpunkt vorlagen (53,2 %). Mit 19,9 % war der Anteil an *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) hingegen bei KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn höher als bei den Completern (7,4 %). Diese Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen der Diagnosen der Kategorien F3, F4 und F6 zwischen KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt und Completern sind signifikant ( $\chi^2 = 10,43$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,01$ ).

**Tabelle 31: Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Daten nur zum Prä-Zeitpunkt**

	Completer		KlientInnen mit Daten nur zum Prä-Zeitpunkt		Mann-Whitney-U-Test		
	M	SD	M	SD	U	z	p (2-seitig)
<b>Selbstbeurteilung</b>							
▪ <b>Prüfungsangst (PSB-Item 9)</b>	3,29 <sup>a</sup>	1,74	2,74 <sup>b</sup>	1,79	23167,0	-3,220	,001**
<b>Fremdbeurteilung</b>							
▪ <b>BSS-K</b>	0,97 <sup>c</sup>	0,87	1,16 <sup>d</sup>	0,89	21875,0	-2,192	,028*
▪ <b>BSS-S</b>	1,68 <sup>c</sup>	0,77	1,85 <sup>d</sup>	0,82	21300,5	-2,637	,008**
▪ <b>BSS-Gesamt</b>	4,88 <sup>c</sup>	1,57	5,36 <sup>d</sup>	1,70	20382,5	-3,143	,002**
<b>BSS-12-Monats-Kriterium</b>							
▪ <b>BSS-K<sub>12</sub></b>	0,67 <sup>c</sup>	0,74	0,88 <sup>e</sup>	0,85	21390,0	-2,452	,014*
▪ <b>BSS-P<sub>12</sub></b>	1,62 <sup>c</sup>	0,72	1,85 <sup>e</sup>	0,80	20674,5	-2,980	,003**
▪ <b>BSS-S<sub>12</sub></b>	1,37 <sup>c</sup>	0,80	1,53 <sup>e</sup>	0,85	21521,0	-2,328	,020*
▪ <b>BSS-Gesamt<sub>12</sub></b>	3,63 <sup>c</sup>	1,70	4,26 <sup>e</sup>	1,96	19745,5	-3,459	,001**

Anmerkungen: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; <sup>a</sup>:  $n = 135$ ; <sup>b</sup>:  $n = 419$ ; <sup>c</sup>:  $n = 134$ ; <sup>d</sup>:  $n = 371$ ; <sup>e</sup>:  $n = 368$ .

Um auf Basis der konkreten Diagnosen den Prozess der Indikationsstellung für ein integratives Beratungsangebot in der PBS aus Sicht der BeraterInnen noch genauer nachzeichnen zu können, erfolgte innerhalb der Diagnosekategorien, in denen Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn bestanden (F4 und F6), eine differenzierte Betrachtung der Diagnoseverteilungen (Tabelle 32). Bei genauerer Betrachtung der Verteilung der Diagnosen innerhalb der Kategorie F4 wird deutlich, dass sich bei den Completern mehr KlientInnen mit *Anpassungsstörungen* (F43.2) und mit *Prüfungsangst als spezifischer (isolierter) Phobie* (F40.2) finden als bei KlientInnen mit Daten nur zum Prä-Zeitpunkt. Umgekehrt lag bei den KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn der Anteil an *Panikstörungen* (F41.0), an *posttraumatischen Belastungsstörungen* (F43.1), an *akuten Belastungsreaktionen* (F43.0) und an *somatoformen Störungen* (F45) an den F4-Diagnosen höher als bei den Completern.

<sup>38</sup> Da beim Vergleich zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt lediglich die Diagnosegruppen F3, F4 und F6 berücksichtigt wurden - Diagnosen der Gruppen F2 und F5 waren aufgrund der geringen Anzahl an Fällen ausgeschlossen worden -, liegen die Prozentangaben für affektive, neurotische und Persönlichkeitsstörungen bei den Completern höher als bei Berücksichtigung des gesamten in der PBS auftretenden Diagnosespektrums (F2 bis F6 und Zusatzdiagnose *Arbeitsstörung*, Tabelle 5).

Tabelle 32: Verteilung der Diagnosen der Kategorien F4 und F6 bei Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn

		Completer (Anteil in %)	KlientInnen mit Daten nur zum Prä-Zeitpunkt (Anteil in %)
<b>F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>			
<i>Anteil F4 an Gesamtdiagnosen*</i>			
		67,6	53,2
Soziale Phobie	40.1	5,3	4,0
Prüfungsangst (spezifische Phobie)	40.2	20,0	12,5
Panikstörung	41.0	2,7	4,0
Generalisierte Angststörung	41.1	-	0,7
Angst und depressive Störung gemischt	41.2	4,0	4,6
Andere gemischte Angststörungen	41.3	2,7	2,6
Zwangsstörung	42.1	1,3	2,0
Akute Belastungsreaktion	43.0	-	4,0
Posttraumatische Belastungsstörung	43.1	1,3	4,6
Anpassungsstörungen	43.2	58,7	51,9
Somatoforme Störungen	45	3,9	7,2
Andere neurotische Störungen	48.0	-	2,0
<b>F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>			
<i>Anteil F6 an Gesamtdiagnosen*</i>			
		7,4	19,9
Schizoid	60.1	33,3	8,8
Emotional instabil: Borderline-Typ	60.31	33,3	31,6
Histrionisch	60.4	11,1	3,5
Zwanghaft	60.5	11,1	-
Ängstlich (vermeidend)	60.6	-	1,8
Abhängig	60.7	-	8,8
Narzisstisch	60.80	11,1	19,3
Nicht näher bezeichnet	60.9	-	22,8
Kombiniert	61.0	-	3,5

Anmerkungen: \* Berücksichtigung der Diagnosegruppen F3, F4, F6.

Bei Betrachtung der Diagnoseverteilungen innerhalb der *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) zeigt sich, dass *schizoide* (F60.1) und *histrionische* (F60.4) *Persönlichkeit(sstörung)en* bei den Completern häufiger vertreten waren als bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt und *Borderline-Persönlichkeit(sstörung)en* (F60.31) in beiden Gruppen in etwa gleich häufig auftraten (Tabelle 32). *Narzisstische Persönlichkeits(sstörung)en* (F60.80) waren hingegen bei KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn häufiger vertreten als bei Completern. In der Stichprobe der KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt fanden sich weiterhin KlientInnen mit der Diagnose einer *ängstlich vermeidenden* (F60.6), *abhängigen* (F60.7), *nicht näher bezeichneten* (F60.9) und *kombinierten* (F61.0) *Persönlichkeits(sstörung)en*. Diese Unterkategorien der *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) waren für die Completer nicht vergeben worden, dafür die Diagnose einer *zwanghaften* (F60.5) *Persönlichkeits(sstörung)en*, die ihrerseits bei den KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt nicht diagnostiziert worden war (Tabelle 32).

### 3.8.1 Zusammenfassung der Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn

Zusammengefasst ergeben sich damit folgende Unterschiede zwischen Completern<sup>39</sup> und KlientInnen, für die nur Daten zum Prä-Zeitpunkt verfügbar waren<sup>40</sup>: In der Selbsteinschätzung zeigten sich Completer im Vergleich zu KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt signifikant stärker ( $p < 0,01$ ) durch *Prüfungsangst* (PSB-Item 9) beeinträchtigt; hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie (GSI und Subskalen der SCL-90-R), der psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) und der Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert, Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit*) fanden sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn. Bezüglich der Geschlechterverteilung, der Ausübung einer Nebentätigkeit, des Alters, des Abiturdurchschnitts, der Anzahl der Fachsemester und der Zwischenprüfungsnote unterschieden sich Completer von KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt bei Aufnahme der Beratung ebenfalls nicht signifikant. In der Fremdbeurteilung des globalen Funktionsniveaus (GAF-Skala) durch die BeraterInnen zeigten sich zwischen Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn gleichfalls keine signifikanten Unterschiede. Nach Einschätzung der BeraterInnen war bei KlientInnen, für die nur Angaben zum Prä-Zeitpunkt vorlagen, jedoch die körperliche ( $p < 0,05$ ), die sozialkommunikative ( $p < 0,01$ ) und die Gesamtbeeinträchtigung (BSS-Gesamtscore;  $p < 0,01$ ) durch eine psychogene Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung signifikant stärker ausgeprägt als bei den Completern. Auch hinsichtlich des Ausmaßes der Beeinträchtigung durch eine psychogene Störung im Jahr vor Aufnahme der Beratung (BSS-12-Monats-Kriterium) waren KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn nach Einschätzung der BeraterInnen sowohl hinsichtlich der Gesamtbeeinträchtigung (BSS-Gesamtscore;  $p < 0,01$ ) als auch hinsichtlich der drei BSS-Dimensionen (körperlich:  $p < 0,05$ ; psychisch:  $p < 0,01$ ; sozialkommunikativ:  $p < 0,05$ ) signifikant stärker beeinträchtigt als Completer.

Die im Vergleich zu den Completern stärkere Beeinträchtigung der KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn spiegelt sich auch in signifikanten ( $p < 0,01$ ) Unterschieden in den Häufigkeitsverteilungen der Diagnosen der Kategorien F3, F4 und F6 wider. Während bei Completern Diagnosen aus der Kategorie der *neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen* (F4) häufiger als bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt vergeben wurden, wurden bei KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn im Vergleich zu den Completern häufiger *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) diagnostiziert. *Affektive Störungen* (F3) waren in beiden Gruppen in etwa gleich häufig vertreten. Bei differenzierterer Betrachtung der Diagnosen innerhalb der Kategorie F4 zeigt sich, dass bei Completern *Anpassungsstörungen* (F43.2) und *Prüfungsangst als spezifische (isolierte) Phobie* (F40.2) häufiger sind als bei KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn, wohingegen sich bei letzteren im Vergleich zu den Completern häufiger *Panikstörungen* (F41.0), *posttraumatische Belastungsstörungen* (F43.1), *akute Belastungsreaktionen* (F43.0) und *somatoforme Störungen* (F45) finden. Bei Betrachtung der Diagnoseverteilungen innerhalb der *Persönlichkeits- und Verhal-*

---

<sup>39</sup> KlientInnen mit Indikation für das Beratungsangebot der PBS und dessen Inanspruchnahme im Umfang  $\geq 3$  Sitzungen incl. Erstgespräch.

<sup>40</sup> Aufgrund von Weitervermittlung in andere psychosoziale Angebote, Inanspruchnahme des Beratungsangebots  $< 3$  Sitzungen oder Nicht-Ausfüllen des Post-Bogens trotz Erfüllung des Einschlusskriteriums  $\geq 3$  Sitzungen incl. Erstgespräch.

tenstörungen (F6) wird deutlich, dass bei Completern *schizoide* (F60.1) und *histrionische* (F60.4) *Persönlichkeit(sstörung)en* häufiger sind als bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt und *Borderline-Persönlichkeit(sstörung)en* (F60.31) in beiden Gruppen in etwa gleich häufig vertreten waren; *narzisstische Persönlichkeit(sstörung)en* (F60.80) waren hingegen bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt im Vergleich zu den Completern häufiger. Insgesamt ist die Variabilität der F6-Diagnosen bei den Completern eingeschränkt (s. a. Tabelle 32). So waren bei Completern die bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt vorhandenen Diagnosen *ängstlich vermeidende* (F60.6), *abhängige* (F60.7), *nicht näher bezeichnete* (F60.9) und *kombinierte* (F61.0) *Persönlichkeit(sstörung)en* nicht vergeben worden. Umgekehrt war bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt die bei den Completern diagnostizierte *zwanghafte* (F60.5) *Persönlichkeit(sstörung)* nicht vergeben worden. Neben der geringeren Variabilität der F6-Diagnosen bei den Completern kann angenommen werden, dass diese im Vergleich zu KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn eher an Persönlichkeitsakzentuierungen (Shapiro et al., 1975) bzw. dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen (Oldham & Morris, 2007) litten, während bei letzteren die Kriterien für die jeweiligen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vollständiger erfüllt gewesen sein dürften. Da bei der Diagnosevergabe hierzu seitens der BeraterInnen keine weitere Abstufung des Schweregrades bzw. keine Angaben bezüglich der Vollständigkeit der Kriterien getroffen wurde, muss dies jedoch spekulativ bleiben.

### 3.9 Effektstärken: Vergleich mit Ergebnissen ambulanter naturalistischer (Kurz-)Psychotherapiestudien

Da es im deutschsprachigen Raum bislang keine Ergebnisforschung zur psychotherapeutischen Beratung Studierender gibt, wurden zur Beurteilung der Qualität der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung die Behandlungsergebnisse ambulanter naturalistischer (Kurz-)Psychotherapiestudien zum Vergleich herangezogen (s. Fragestellung 6.1; Kapitel 2.2, 2.5). Zur Beurteilung der Ergebnisqualität insgesamt erfolgten Vergleiche der vorliegenden Untersuchungsergebnisse mit denen von Vonk und Thyer (1999, Kapitel 3.9.1), von Hiller et al. (2009, Kapitel 3.9.2.1) sowie von Grande et al. (2006, Kapitel 3.9.3).

Die Beurteilung der differentiellen Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für im eigentlichen Sinne behandlungsbedürftige PBS-KlientInnen<sup>41</sup> erfolgte im Vergleich mit den Ergebnissen der Completer-Stichprobe 2007 von Hiller et al. (2009, Kapitel 3.9.2.2). Zur Beurteilung der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei subklinisch ausgeprägten psychischen Störungen, wurden die Behandlungsergebnisse von PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau<sup>42</sup> in Kapitel 3.9.2.3 weiterhin mit denen kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelter PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert der Jahre 2003 bis 2007 von Hiller et al. (2009) verglichen.

Zur Beurteilung der störungsspezifischen Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung erfolgte für PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen ein Vergleich mit den Ergebnissen unipolar depressiver PatientInnen der Completer-Stichprobe 2001 bis 2008 von Schindler und Hiller (2010, Kapitel 3.9.2.4). Die Behandlungsergebnisse von PBS-KlientInnen mit An-

---

<sup>41</sup> T-Wert GSI Prä  $\geq 63$  (SCL-90-R).

<sup>42</sup> T-Wert GSI Prä  $\leq 62$  (SCL-90-R).

passungsstörungen wurden in Kapitel 3.9.4 mit denen gesprächspsychotherapeutisch behandelte PatientInnen mit Anpassungsstörungen (Altenhöfer et al., 2007) verglichen.

Auswahlkriterium für die zur Beurteilung der Ergebnisqualität herangezogenen Vergleichsstudien war, dass in diesen Studien diagnostisch heterogene Patientengruppen untersucht wurden, zur Evaluation der Behandlungen dieselben Messinstrumente wie in der vorliegenden Untersuchung eingesetzt wurden und die Ergebnisqualität – wie in dieser – in einem naturalistischen Eingruppen-Prä-Post-Design überprüft wurde. Die Auswahl an Studien ist insgesamt jedoch sehr eingeschränkt, da „... Studien zur Effektivität ambulanter Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen rar [sind]“ (Gallas et al., 2008, S. 414) und es „[b]eim gegenwärtigen Stand der naturalistischen Psychotherapieforschung ... kaum möglich [ist], gut begründete Einschätzungen darüber zu entwickeln, ob die eigenen Therapieergebnisse nun gut oder schlecht sind [, ... da] Vergleichsdaten [schlicht fehlen]“ (Hiller et al., 2009, S. 18). Im Rahmen der Vergleiche der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit denen (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen im ambulanten Setting werden Möglichkeiten und Grenzen eines solchen Vorgehens kritisch erörtert. In Kapitel 3.9.2.1.1 findet darüber hinaus ein Vergleich der Effektstärkevarianten  $ES_{prä}$  und  $ES_{pool}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) statt.

### 3.9.1 Vergleich mit Vonk und Thyer (1999)

Von den in Kapitel 1.4.2 zitierten Studien ist ein Vergleich der vorliegenden Ergebnisse nur mit der Studie von Vonk und Thyer (1999) sinnvoll, da diese ebenfalls die SCL-90-R als Outcomeinstrument nutzten. Da von Vonk und Thyer (1999) keine Prä-Post-Effektstärken berechnet wurden, wurde anhand der dort angegebenen Kennwerte für den GSI der SCL-90-R nachträglich eine Prä-Post-Effektstärke analog zum in Kapitel 3.2 beschriebenen Vorgehen berechnet (Effektstärkevariante  $ES_{prä}$ ; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191). Bei vergleichbarer Eingangsbelastung ( $t = 0,467$ ;  $df = 160$ ;  $p = 0,641$ ) ergibt sich bei Vonk und Thyer (1999) mit 0,86 eine hohe Effektstärke für den GSI der SCL-90-R (s. Tabelle 33), wohingegen die Effektstärke ( $ES_{prä}$ ) für die Prä-Post-Gesamtstichprobe in der vorliegenden Untersuchung mit 0,73 im mittleren Bereich liegt. Bei Berechnung der Effektstärke nach Effektstärkevariante  $ES_{pool}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 192; zum Vergleich der Effektstärkevarianten  $ES_{prä}$  und  $ES_{pool}$  s. Kapitel 3.9.2.1.1) fällt dieser Unterschied aufgrund der stärkeren Varianzreduktion bei Vonk und Thyer (1999) zum Post-Zeitpunkt noch deutlicher aus (1,01 vs. 0,78 in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe; Tabelle 33). Bei der Beurteilung des Vergleichs ist zu beachten, dass die durchschnittliche Sitzungszahl bei Vonk und Thyer (1999) mit 10,2 ( $SD = 4,2$ ) Sitzungen um vier Sitzungen höher liegt als in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe (durchschnittliche Behandlungsdauer 6,20 Sitzungen;  $SD = 4,11$ ). Da mit ansteigender Sitzungsdauer gerade zu frühen Zeitpunkten der Beratung bessere Behandlungsergebnisse verknüpft sind (Ergebnisse der Dosis-Wirkungs-Forschung, Kapitel 1.4.3 und Dosis-Wirkungs-Beziehung in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe, Kapitel 3.5), steht zu erwarten, dass die PBS-KlientInnen bei längerer durchschnittlicher Behandlungsdauer ebenfalls ein noch besseres Ergebnis erzielt hätten. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass der Anteil klinisch beeinträchtigter KlientInnen (T-Wert GSI Prä SCL-90-R  $\geq 63$ ) bei Vonk und Thyer mit 73,2 % signifikant höher (Fisher's exact test;  $p < 0,01$ ) als in der PBS lag (45,9 % der KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe). Die Effektstärkenberechnung für die zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen ergibt für den GSI mit 1,54 eine hohe Effektstärke (Kapitel 3.9.2.2, Tabelle 37). Dies legt nahe,

dass die Effektstärken bei einem höheren Anteil klinisch beeinträchtigter KlientInnen in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe ebenfalls höher ausgefallen wären.



Tabelle 33: Vergleich der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung mit den Ergebnissen kurzpsychotherapeutisch behandelter Studierender (Vonk & Thyer, 1999) und tiefenpsychologisch fundiert behandelter PatientInnen der Heidelberg-Berlin-Studie (Grande et al., 2006) anhand des GSI der SCL-90-R

	PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe							Behandlungsgruppe ohne Wartezeit Vonk und Thyer (1999)						
	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>
		M	SD	M	SD				M	SD	M	SD		
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	121	1,01	0,58	0,59	0,50	0,73	0,78	41	0,96	0,63	0,42	0,42	0,86†	1,01†
	PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe							Heidelberg-Berlin-Studie Mit tfPT behandelte PatientInnen Grande et al. (2006)						
	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>
		M	SD	M	SD				M	SD	M	SD		
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	121	1,01	0,58	0,59	0,50	0,73	0,78	27	1,03	0,70	0,51	0,38	0,74†	0,92

Anmerkungen: † anhand der von Vonk und Thyer (1999) bzw. Grande et al. (2006) angegebenen Kennwerte nachträglich durch den Autor berechnet.

### **3.9.2 Vergleich mit den Ergebnissen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Hiller et al., 2009; Schindler & Hiller, 2010)**

In Kapitel 3.9.2 erfolgt ein Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit den Behandlungsergebnissen kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelter PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Hiller et al., 2009). Zur Beurteilung der Ergebnisqualität integrativer psychotherapeutischer Beratung für die gesamte sie in Anspruch nehmende Klientel, werden die vorliegenden Behandlungsergebnisse mit denen der unselektierten Ausgangsstichprobe 2007 (a. a. O.) verglichen (Kapitel 3.9.2.1). In diesem Rahmen findet auch ein Vergleich der Effektstärkevarianten  $ES_{prä}$  und  $ES_{pool}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) statt (Kapitel 3.9.2.1.1).

Die Beurteilung der differentiellen Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für im eigentlichen Sinne behandlungsbedürftige PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä SCL-90-R  $\geq 63$ ) erfolgt in Kapitel 3.9.2.2 anhand eines Vergleichs mit den Ergebnissen der Completer-Stichprobe 2007 (Hiller et al., 2009). Da in der psychotherapeutischen Beratung insbesondere auch Veränderungen im nicht-pathologischen Bereich psychosozialer Beeinträchtigung von Interesse sind, werden in Kapitel 3.9.2.3 PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä SCL-90-R  $\leq 62$ ) mit den Behandlungsergebnissen von PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert der Jahre 2003 bis 2007 (a. a. O.) verglichen.

#### **3.9.2.1 PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe vs. unselektierte Ausgangsstichprobe 2007 (Hiller et al., 2009)**

Zur Beurteilung der Ergebnisqualität insgesamt, erfolgt nachfolgend weiterhin ein Vergleich der vorliegenden Behandlungsergebnisse mit den Prä-Post-Ergebnissen der unselektierten Ausgangsstichprobe 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Hiller et al., 2009). Die unselektierte Ausgangsstichprobe umfasst auch Daten von PatientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau. Im Zuge der Evaluation von Ausbildungstherapien auch in Hinblick auf die Rechtfertigung als Krankenbehandlung von Hiller et al. (2009) als problematisch angesehen und aus weiteren Analysen ausgeschlossen – „... im Kontext von Krankenbehandlungen ist es kein Ziel, einen nicht-pathologischen Merkmalsbereich zu verbessern“ (S. 14) –, sind diese Werte und die dazugehörigen Prä-Post-Veränderungen für den Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung aufschlussreich. Bei vergleichbarer Eingangsbelastung ( $t = 0,767$ ;  $df = 281$ ;  $p = 0,444$ ) zeigten sich für den GSI der SCL-90-R bzw. des bei Hiller et al. (2009) verwendeten *Brief Symptom Inventory* (BSI; Franke, 2000) ähnliche Effektstärken im mittleren Bereich (s. Tabelle 34). Die Therapiedauer der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen<sup>43</sup> hatte bei Hiller et al. (2009) nach Abschluss der probatorischen Sitzungen im Durchschnitt 33,1 Sitzungen ( $SD = 17,2$ ) betragen, im Vergleich zu einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 6,20 Sitzungen ( $SD = 4,11$ ) in der vorliegenden Untersuchung.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse müssen natürlich Faktoren berücksichtigt werden, die die Vergleichbarkeit erschweren. Während die Geschlechterverteilung in etwa vergleichbar ist (65,4 % Frauen und 34,6 % Männer bei Hiller et al., 2009 vs. 71,5 % Frauen und 28,5 % Männer

---

<sup>43</sup> Die Therapien wurden überwiegend von sich in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten befindlichen VerhaltenstherapeutInnen unter Supervision durchgeführt.

in der Prä-Post-Gesamtstichprobe), gab es bzgl. des Alters und des Bildungsniveaus Unterschiede<sup>44</sup>. In der Stichprobe der Poliklinischen Institutsambulanz 2007 befanden sich 48,1 % der PatientInnen im Altersbereich der PBS-KlientInnen (zur Altersverteilung der PBS-KlientInnen s. Abbildung 4), davon waren 15,5 % zwischen 18 und 25 Jahre alt und 32,6 % zwischen 26 und 35 Jahre alt. Die verbleibenden PatientInnen waren z. T. deutlich älter (41,2 % zwischen 36 und 55 Jahre, die restlichen bis 66 Jahre und älter). Wenn man sich vergegenwärtigt, dass psychische Krankheiten eine Tendenz zur Chronifizierung zeigen - „... Chronifizierung und Ausweitung der Problematik (z. B. Entwicklung von weiteren komorbiden Störungen) sind bei psychischen Störungen häufig ...“ (Jacobi, 2009, S. 24) - und lang eingeschliffene dysfunktionale Verhaltens- und Beziehungsmuster schwerer zu durchbrechen sind, ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse natürlich erheblich eingeschränkt. Während sich Studierende beim Aufsuchen der PBS vielleicht erstmalig in Krisen befinden, können insbesondere die älteren PatientInnen bei Hiller et al. (2009) vermutlich bereits auf lange „Patientenkarrieren“ zurückblicken. Da Angaben zu Vorbehandlungen der KlientInnen in der PBS nicht systematisch erfasst wurden und auch der Publikation von Hiller et al. (2009) und dem Jahresbericht 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz der Universität Mainz keine Angaben zu Vorbehandlungen der PatientInnen zu entnehmen sind, kann diesem Aspekt jedoch nicht weiter klärend nachgegangen werden. Hinsichtlich der Schulbildung ist zu sagen, dass die untersuchte Klientel bei Hiller et al. (2009) zu 48,4 % aus PatientInnen mit Abitur (32,1 %) und Hochschulabschluss (16,3 %) bestand, die restlichen PatientInnen wiesen ein niedrigeres Bildungsniveau auf. Auch in Hinblick auf die Diagnoseverteilung finden sich in den beiden Stichproben Unterschiede. Der Anteil an PatientInnen mit der äquivalent zur ICD-10 anhand der DSM-IV-Kriterien diagnostizierten affektiven Störungen lag in der Stichprobe von Hiller et al. (2009) bei 41 Prozent<sup>45</sup> im Vergleich zu 21,8 Prozent in der vorliegenden Prä-Post-Gesamtstichprobe. Angststörungen wurden bei 25 % der PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz diagnostiziert, während deren Anteil in der vorliegenden Stichprobe bei 21,1 % lag (s. Tabelle 5). Persönlichkeitsstörungen lagen bei Hiller et al. (2009) bei 5 % der PatientInnen vor, im Vergleich zu 7,2 % Persönlichkeitsakzentuierungen (Shapiro et al., 1975) bzw. dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen (Oldham & Morris, 2007) in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe.

Auch bzgl. der zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie eingesetzten Untersuchungsinstrumente gab es Unterschiede zwischen der vorliegenden Untersuchung und den in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz evaluierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapien. So setzten Hiller et al. (2009) zur Messung der allgemeinen Psychopathologie den GSI aus dem *Brief Symptom Inventory* (BSI; Franke, 2000) ein, während in der vorliegenden Untersuchung der GSI der SCL-90-R (Franke, 2002) Verwendung fand. Es kann jedoch von einer Äquivalenz zwischen SCL-90-R und BSI ausgegangen werden. So fanden Geisheim et al. (2002) an einer Stichprobe von  $N = 1252$  Patienten, die in drei Ambulanzen der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie behandelt wurden und überwiegend an Angststörungen litten, für die SCL-90-R und das BSI „... ähnliche psychometrische Qualitäten ...“ (S. 28) und ermittelten anhand der Prä-Post-Daten von  $N = 617$  kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten „... vergleichbare Effekt-

---

<sup>44</sup> Angaben sind dem Jahresbericht 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz der Universität Mainz entnommen (<http://www.klinische-psychologie-mainz.de/downloads/misc/jahresber07.pdf>).

<sup>45</sup> Für genauere Angaben der Diagnoseverteilung siehe Jahresbericht 2007 (<http://www.klinische-psychologie-mainz.de/downloads/misc/jahresber07.pdf>).

stärken für die SCL-90-R und das BSI“ (a. a. O.). Sie schlussfolgerten, dass „[d]er Einsatz des BSI im Rahmen der Qualitätssicherung von Psychotherapie ... empfohlen werden [kann], da sich hinsichtlich der Effektstärken nur vernachlässigbare Unterschiede zwischen den beiden Instrumenten zeigten“ (Geisheim et al., 2002, S. 34). Dies leitet über zum nächsten Punkt: der Vergleichbarkeit der Effektstärken. Während in der vorliegenden Untersuchung die Prä-Post-Effektstärke als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte berechnet wurde (Effektstärkevariante  $ES_{prä}$ ; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191), wurde die Prä-Post-Effektstärke bei Hiller et al. (2009) als Mittelwertsdifferenz in Relation zur gepoolten Standardabweichung beider Messzeitpunkte berechnet (Effektstärkevariante  $ES_{pool}$ ; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 192). Im nachfolgenden Exkurs werden beide Effektstärkevarianten miteinander verglichen.

### 3.9.2.1.1 Exkurs: Vergleich der Effektstärkevarianten $ES_{prä}$ und $ES_{pool}$ (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000)

Anhand fiktiver Daten eines Klinikvergleichs und einer Katamneseerhebung bei 149 Adipositas-Patienten, konnten Maier-Riehle und Zwingmann (2000) zeigen, dass die Verwendung unterschiedlicher Prä-Post-Effektstärkevarianten zu unterschiedlichen Ergebnissen führt. Da sich die Formeln der Effektstärkevarianten  $ES_{prä}$  und  $ES_{pool}$  bei identischem Zähler (Mittelwertsdifferenz) im Nenner dahingehend unterscheiden, dass dieser bei  $ES_{prä}$  lediglich aus  $SD_{prä}$ , bei  $ES_{pool}$  hingegen aus einer Kombination aus  $SD_{prä}$  und  $SD_{post}$  besteht, führen beide Effektstärkevarianten dann zu ähnlichen Werten, wenn sich die Post-Standardabweichung von der Prä-Standardabweichung nur geringfügig unterscheidet. Bei einer Varianzerweiterung zum Post-Zeitpunkt führt die Verwendung von  $ES_{pool}$  im Vergleich zu  $ES_{prä}$  hingegen zu kleineren, bei einer Varianzreduktion zu größeren Effektstärken. Mit Maier-Riehle und Zwingmann (2000) ausgedrückt, werden „[d]urch das Pooling der Prä- und Post-Standardabweichungen ... Therapiestudien, die eine hohe Symptomreduktion erzielen, ‚belohnt‘[,] ... Studien, bei denen die Intervention zu einer Varianzerweiterung führt, [hingegen] ‚bestraft‘“ (S. 196). Hartmann und Herzog (1995) bevorzugen aus klinischer Sicht die Verwendung von  $ES_{pool}$ ,

da eine Behandlung, die bei gleicher Mittelwertsdifferenz (d. h. vergleichbarer mittlerer Reduktion der Beschwerden) inkonsistentere Verläufe generiert (d. h. einige PatientInnen werden sehr gut, andere gar nicht gut oder schlechter) für das Individuum ein höheres Risiko darstellt, als eine Behandlung, die für (fast) alle Personen eine vergleichbare mittlere Verbesserung erzielen kann. (zitiert nach Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 196)

Maier-Riehle und Zwingmann (a. a. O.) merken hierzu jedoch kritisch an, dass sich bei Verwendung von  $ES_{pool}$  jedwede Varianzreduktion der Post-Werte als vorteilhaft erweist, was jedoch nicht unbedingt bedeuten muss, dass für so gut wie alle Patienten das beste Niveau erreicht wird, sondern sich eine Varianzreduktion auch dann einstellt, wenn die Patienten relativ einheitlich ein beliebiges Niveau, also ggf. auch ein schlechtes, erreichen. Eine Varianzerweiterung sei umgekehrt nicht unbedingt nur mit einer Verschlechterung von bestimmten Patienten verbunden, sondern könne auch einen Hinweis auf eine differentielle Wirksamkeit darstellen: „... alle Patienten profitieren, aber eben in unterschiedlichem Ausmaß“ (a. a. O.).

Beim Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit den Ergebnissen von Hiller et al. (2009) fällt auf, dass sich bei Hiller et al. (a. a. O.)  $SD_{post}$  und  $SD_{prä}$  deutlicher unterschei-

den als in der vorliegenden Prä-Post-Gesamtstichprobe, was in Abhängigkeit der Verwendung der unterschiedlicher Effektstärkevarianten  $ES_{prä}$  und  $ES_{pool}$  wie dargestellt zu unterschiedlichen Ergebnissen führt. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde daher für die Stichprobe von Hiller et al. (2009) anhand der dort publizierten Kennwerte nachträglich die Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  berechnet und für die vorliegende Prä-Post-Gesamtstichprobe ergänzend  $ES_{pool}$  (s. Tabelle 34). Es zeigt sich, dass die Verwendung von  $ES_{pool}$  in beiden Stichproben zu größeren Effektstärken führt als die Verwendung von  $ES_{prä}$ . Da die Effekte bei beiden Effektstärkevarianten im mittleren Bereich liegen, spielt dies für die Bewertung letztlich jedoch keine allzu große Rolle. Mestel, Neeb, Hauke, Klingelhöfer und Stauss (2000) weisen jedoch aufgrund eines Vergleich von sechs (Eingruppen-Prä-Post-)Effektstärkevarianten bei depressiven Patienten der Klinik für Psychosomatische Medizin Grönenbach darauf hin, dass „... diese Formel [ $ES_{prä}$ ] die Konservativste zu sein scheint, die Effekte also voraussichtlich nicht überschätzt werden“ (S. 127).

Tabelle 34: Vergleich der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung mit den Behandlungsergebnissen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz anhand des GSI der SCL-90-R (PBS) bzw. des BSI (Hiller et al., 2009; Schindler & Hiller, 2010)

PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe								Ausgangsstichprobe (unselektiert) 2007 Hiller et al. (2009)						
	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>
		M	SD	M	SD				M	SD	M	SD		
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	121	1,01	0,58	0,59	0,50	0,73	0,78	162	1,07	0,70	0,68	0,56	0,56†	0,62
Klinisch beeinträchtigte Stichprobe (PBS)*								Completer* 2007 Hiller et al. (2009)						
	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>
		M	SD	M	SD				M	SD	M	SD		
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	56	1,50	0,45	0,80	0,59	1,54	1,33	79	1,27	0,54	0,72	0,49	1,02†	1,07
KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (PBS)**								PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert** 2003-2007 Hiller et al. (2009)						
	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>
		M	SD	M	SD				M	SD	M	SD		
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	65	0,59	0,25	0,40	0,31	0,76	0,68	166	0,36	0,17	0,30	0,28	0,35†	0,27
Affektive Störungen (PBS)								Depressive PatientInnen (Completer) 2001-2008 Schindler & Hiller (2010)						
	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>pool</sub>
		M	SD	M	SD				M	SD	M	SD		
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	22	1,44	0,71	0,92	0,76	0,73	0,71	172	1,27	0,53	0,80	0,66	0,89†	0,79

† anhand der von Hiller et al. (2009) bzw. Schindler und Hiller (2010) angegebenen Kennwerte nachträglich durch den Autor berechnet; \* = T-Wert GSI Prä ≥ 63; \*\* = T-Wert GSI Prä ≤ 62.

### 3.9.2.2 Vergleich klinisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen mit Completer-Stichprobe 2007 (Hiller et al., 2009)

Da das Vorliegen einer krankheitswertigen Störung die Voraussetzung für eine Übernahme der Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung durch die Krankenkassen darstellt, wurden bei der Evaluation kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapien der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz PatientInnen ohne pathologischen Ausgangswert von den weiteren Intention-to-Treat- und Completer-Analysen ausgeschlossen (Hiller et al., 2009). Um einen ersten Anhaltspunkt für die Effektivität integrativer Beratung bei PBS-KlientInnen zu erhalten, die bei Aufnahme der Beratung klinisch beeinträchtigt waren, erfolgte ein Vergleich mit der Completer-Stichprobe 2007 von Hiller et al. (a. a. O.). Wie bei Hiller et al. (a. a. O.) wurde als Kriterium für klinische Beeinträchtigung ein T-Wert  $\geq 63$  für den GSI (Prä-Wert) der SCL-90-R bzw des BSI (a. a. O.) zugrunde gelegt. Nach diesem Kriterium waren 45,9 % der PBS-KlientInnen ( $n = 56$ ) klinische Fälle. Die zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigten KlientInnen nahmen im Durchschnitt 5,63 Sitzungen ( $SD = 3,32$ ) in der PBS wahr, die Dauer der Beratung umfasste durchschnittlich 12,16 Wochen ( $SD = 9,95$ ). Tabelle 34 zeigt, dass bei signifikant höherer Eingangsbelastung der bei Aufnahme der Beratung klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen im Vergleich zur Completer-Stichprobe der Poliklinischen Institutsambulanz ( $t = 2,609$ ;  $df = 133$ ;  $p < 0,05$ ) für beide Stichproben hohe Effektstärken erzielt werden. Durch die Varianzerweiterung zum Post-Zeitpunkt bei PBS-KlientInnen mit pathologischem Ausgangswert, resultiert bei Verwendung von  $ES_{prä}$  eine höhere Effektstärke als bei Verwendung von  $ES_{pool}$ , während sich in der Completer-Stichprobe von Hiller et al. (2009) durch Verwendung von  $ES_{pool}$  eine geringfügig höhere Effektstärke als bei  $ES_{prä}$  ergibt. Hiller et al. (a. a. O.) berichten „... die Werte der unselektierten Ausgangsstichprobe ... nur deshalb ..., um die damit verbundene Unterschätzung der tatsächlichen Therapieeffekte zu verdeutlichen“ (S. 14), während hier umgekehrt die Werte und Effektstärken der zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen aufgeführt werden, um einen ersten Eindruck über den Nutzen integrativer Beratung für KlientInnen mit pathologischem Prä-Wert zu erhalten. Vorläufig kann festgehalten werden, dass auch nach Maßgabe der SCL-90-R in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß psychisch beeinträchtigte KlientInnen (T-Wert GSI Prä  $\geq 63$ ) von integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung in Form einer Krisenintervention bzw. stabilisierenden Kurzberatung von durchschnittlich 5,63 Sitzungen ( $SD = 3,32$ ) profitieren können. Dafür spricht auch der Vergleich mit der Effektivitätsstudie von Minami et al. (2009). Diese hatten bei 2.672 nach Maßgabe des OQ-45.2 (Lambert et al., 2004) klinisch beeinträchtigten KlientInnen (OQ-45.2-Gesamtscore  $\geq 64$ ) eines University Counseling Centers nach durchschnittlich 6,84 Sitzungen ( $SD = 8,72$ ) integrativer psychotherapeutischer Beratung für den OQ-45.2-Gesamtscore eine Prä-Post-Effektstärke von 0,98 ermittelt (für eine ausführliche Darstellung der Studie s. Kapitel 1.4.2.4). Da der OQ-45.2 nach Minami et al. (a. a. O.) hinsichtlich Reaktivität und Spezifität der SCL-90-R vergleichbar ist – beides sind LR- (low reactivity) LS- (low specificity) Outcomemaße –, ergibt sich mit einer Prä-Post-Effektstärke von 1,54 für die zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigten KlientInnen der PBS Heidelberg ebenfalls eine hohe Behandlungseffektivität.

Die Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für KlientInnen, die bei Aufnahme der Beratung klinisch beeinträchtigt waren, kann für die einzelnen Symptom- und Zufriedenheitsmaße Anhang A entnommen werden – die durch Auswahl der Gruppe mit pathologischem Ausgangswert erzielte Erhöhung der Effektstärken ist dabei recht eindrücklich (Tabel-

len 37 bis 39). Auf diese Befunde wird im Folgenden jedoch nicht näher eingegangen, da das übergeordnete Ziel der vorliegenden Untersuchung war, die Effektivität integrativer Beratung für die sie in Anspruch nehmende Gesamtklientel zu bestimmen, unter Bezugnahme auf die spärlichen vergleichbaren Untersuchungen und unter Berücksichtigung der erwähnten Einschränkungen.

### **3.9.2.3 Vergleich PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau mit PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert (Hiller et al., 2009)**

In der psychotherapeutischen Beratung interessieren insbesondere auch Veränderungen im nicht-pathologischen Bereich, da Beratung im Gegensatz zur Richtlinienpsychotherapie auf Seiten der KlientInnen keine krankheitswertige Störung voraussetzt, sondern sich als ressourcenaktivierendes und entwicklungsförderndes Verfahren an eine breitere Klientel richtet, die auch weniger beeinträchtigte KlientInnen einschließt (Mattejat & Pauschardt, 2009). In Tabelle 34 findet sich ein Vergleich der PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä SCL-90-R  $\leq 62$ ) mit den PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert (T-Wert GSI Prä BSI  $\leq 62$ ) der Jahre 2003 bis 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Hiller et al., 2009). Bei signifikant höherer Eingangsbelastung der bei Aufnahme der Beratung klinisch unbeeinträchtigten PBS-KlientInnen ( $n = 65$ ; 54,1 % der KlientInnen) im Vergleich zu PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert der Poliklinischen Institutsambulanz ( $t = 8,033$ ;  $df = 229$ ;  $p < 0,001$ ), werden für die nicht-klinisch beeinträchtigten PatientInnen bei Hiller et al. (2009) für den GSI des BSI kleine Effektstärken erzielt ( $ES_{prä} = 0,35$ ;  $ES_{pool} = 0,27$ ) und für die nicht-klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen für den GSI der SCL-90-R mittlere Effektstärken ( $ES_{prä} = 0,76$ ;  $ES_{pool} = 0,68$ ). Auch nach Beendigung der Beratung bzw. Therapie waren die bei Beratungsbeginn klinisch unbeeinträchtigten PBS-KlientInnen in ihrer Symptomatik signifikant stärker belastet als die PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz mit nicht-pathologischem Anfangswert ( $t = 2,367$ ;  $df = 229$ ;  $p < 0,05$ ).

Im Anhang B (Tabellen 40 bis 42) finden sich weitere Angaben zur Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau. Neben einer signifikanten Verbesserung ( $p < 0,001$ ) der grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI, SCL-90-R) und der psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (PSB-GBS), kommt es in der Einschätzung der KlientInnen insbesondere auch auf den SCL-90-R-Skalen *Depressivität*, *Zwanghaftigkeit* und *Ängstlichkeit* zu einer signifikanten Symptomreduktion ( $p \leq 0,001$ ), wobei sowohl für die Globalwerte als auch die genannten Unterskalen der SCL-90-R mittlere Effektstärken ( $ES_{prä}$ ) zwischen 0,51 und 0,77 erreicht werden (Tabelle 40). Auch aus Sicht der BeraterInnen findet bei KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau eine signifikante Verbesserung der Beeinträchtigungsschwere statt (Tabelle 41). So werden im BSS-Gesamtscore und auf allen BSS-Dimensionen bei mittleren (0,57; sozialkommunikative Beeinträchtigung) bis hohen (1,29; psychische Beeinträchtigung) Effektstärken signifikante ( $p < 0,001$ ) Mittelwertsveränderungen erzielt; auch das globale Funktionsniveau unter Berücksichtigung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen (GAF) verbessert sich mit einer hohen Effektstärke (1,76) vom Prä- zum Postzeitpunkt signifikant ( $p < 0,001$ ). Darüber hinaus kommt es vom Prä- zum Postzeitpunkt zu einer signifikanten Zunahme der Lebens- und Studienzufriedenheit (Tabelle 42): KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau schätzen im Verlauf der Beratung sowohl ihre Lebens- und Studienzufriedenheit insgesamt (LSZ-



Gesamtwert) als auch ihre gegenwärtige Gesundheit und Leistungsfähigkeit und ihr Gefühl, mit sich selbst, anderen und dem Leben im allgemeinen gegenwärtig zurechtzukommen (Unterskala *Lebenszufriedenheit*) signifikant besser ( $p < 0,001$ ) ein. Die Zufriedenheit mit den gegenwärtigen Studienleistungen, der Studiensituation und den Rahmenbedingungen des Studiums (Unterskala *Studienzufriedenheit*) verbessert sich bei PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau vom Prä- zum Postzeitpunkt ebenfalls signifikant ( $p < 0,001$ ). Für die beiden Unterskalen (*Lebens-* und *Studienzufriedenheit*) werden dabei mittlere Effektstärken (jeweils 0,76) und für den LSZ-Gesamtwert mit 0,90 eine hohe Effektstärke erzielt.

#### **3.9.2.4 Störungsspezifische Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung: Vergleich PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen mit unipolar depressiven PatientInnen (Schindler & Hiller, 2010)**

Um einen ersten Anhaltspunkt für die störungsspezifische Wirksamkeit integrativer Beratung für unterschiedliche Störungsbilder zu gewinnen, wurden die Prä-Post-Ergebnisse von PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen ( $n = 22$ ) mit den Ergebnissen der Prä-Post-Analysen der Completer-Stichprobe unipolar depressiver PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz der Jahre 2001 bis 2008 ( $n = 172$ ) verglichen (Schindler & Hiller, 2010). Letztere erfüllten die Diagnosekriterien einer Major Depression oder dysthymen Störung nach DSM-IV und wiesen einen BDI-Anfangswert von  $\geq 15$  auf. Bei den PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen handelte es sich vorwiegend um KlientInnen, die an *leichten* (F32.0) und *mittelgradigen depressiven Episoden* (F32.1) bzw. *leichten* (F33.0) und *mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störungen* (F33.1) litten (für eine detailliertere Übersicht s. Tabelle 5). Da PBS-KlientInnen das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994), das bei Schindler und Hiller (2010) als zentrales Zielinstrument zur Erfassung depressiver Psychopathologie bzw. deren Veränderung vom Prä- zum Post-Zeitpunkt zum Einsatz kam, nicht vorgegeben wurde, ist ein Vergleich nur auf Basis der Veränderung der mittels GSI der SCL-90-R bzw. des BSI erfassten allgemeinen Psychopathologie möglich (Tabelle 34). Bei vergleichbarer Eingangsbelastung ( $t = 1,359$ ;  $df = 192$ ;  $p = 0,176$ ) zeigten sich für den GSI der SCL-90-R bzw. des BSI (Schindler & Hiller, 2010) für PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen und PatientInnen mit Major Depression oder dysthymen Störung ähnliche Effektstärken im mittleren Bereich<sup>46</sup> (s. Tabelle 34). Bei Schindler und Hiller (a. a. O.) hatte die Behandlungsdauer im Durchschnitt 34,7 Sitzungen ( $SD = 17,4$ ) betragen, wohingegen PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen durchschnittlich 5,31 Sitzungen ( $SD = 3,88$ ) in Anspruch nahmen.

Auch hier ist die Vergleichbarkeit natürlich erheblich eingeschränkt. Die PatientInnen bei Schindler und Hiller (2010) waren mit einem Durchschnittsalter von 37,8 Jahren ( $SD = 12,9$ ) signifikant älter ( $t = 4,269$ ;  $df = 191$ ;  $p < 0,001$ ) als die PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen ( $M = 25,7$ ;  $SD = 3,6$ ). Da mit zunehmendem Lebensalter auch die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung depressiver Störungen wächst – mehr als die Hälfte (52,0 %) der depressiven PatientInnen gab Vorbehandlungen an (Schindler & Hiller, 2010) und „... vor allem der Grad der Chronifizierung als ein negativer Outcome-Prädiktor gilt ...“ (Mestel et al., 2000, S. 132), war die Prognose für die in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie behandelten depressiven PatientInnen aller Voraussicht nach deutlich weniger günstig als für die PBS-

<sup>46</sup> Die für die Stichprobe depressiver PatientInnen nachträglich berechnete Effektstärke  $ES_{prä}$  fällt mit 0,89 hoch aus (s. Tabelle 34).

KlientInnen; diese hatten sich aufgrund *leichter* und *mittelgradiger depressiver Episoden* bzw. *leichter* und *mittelgradiger rezidivierender depressiver Störungen* vielleicht erstmalig in Behandlung begeben. Ein höherer Grad an Chronifizierung erfordert auch eine längere Behandlungszeit: „Für bereits chronische Entwicklungen, gehäufte Rezidive und Dysthymien müssen ... längere Behandlungszeiträume angesetzt werden“ (Schauenburg, 2006, S. 276). Über Vorbehandlungen der PBS-KlientInnen kann leider keine Aussage getroffen werden, da diese Information auf dem von den BeraterInnen routinemäßig ausgefüllten Datenblatt nicht erhoben wird, sondern allenfalls Erwähnung in der Erstgesprächsdokumentation der jeweiligen BeraterInnen findet, was keine systematische Auswertung erlaubt. Ein weiterer wichtiger Unterschied betrifft das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung. Bei 23,1 % der depressiven PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz lag komorbid eine nicht näher spezifizierte Persönlichkeitsstörung vor (Schindler & Hiller, 2010). PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen leiden hingegen zu einem deutlich geringeren Prozentsatz (13,6 %) zusätzlich an einer überwiegend nicht dem Vollbild einer Persönlichkeitsstörung entsprechenden Persönlichkeitsakzentuierung (Shapiro et al., 1975) bzw. einem dysfunktionalen Persönlichkeitsstil (Oldham & Morris, 2007). Das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung – unabhängig welcher Art – beeinflusst in der Mehrzahl der Studien zu depressiven Störungen den Behandlungsverlauf negativ (Clarkin & Levy, 2004, S. 201; s. jedoch kritisch Ebel, Algermissen & Saß, 2005) und erfordert „... längere Behandlungen mit geringerer Dichte der Sitzungen ...“ (Hautzinger, Reimer & Eckert, 2007, S. 464). Bezüglich der Geschlechterverteilung sind beide Stichproben in etwa vergleichbar: 68,6 % depressive Patientinnen bei Schindler und Hiller (2010) im Vergleich zu 63,6 % Klientinnen mit affektiven Störungen in der PBS. Als ausschließlich Studierenden offen stehendes Behandlungsangebot weisen die KlientInnen der PBS erwartungsgemäß ein höheres Bildungsniveau auf als die PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Dort lag der Anteil an PatientInnen mit mehr als 12 Jahren Schulbildung bei 48,5 % (a. a. O.). „Da die Höhe des erreichten schulischen Abschlusses bzw. die Dauer der Partizipation im Ausbildungsprozess positiv mit Intelligenz korreliert ...“ (Amelang et al., 2006, S. 206) und für „... verbale, nicht übende Psychotherapien ...“ (Bastine, 1992, S. 256) ein positiver Zusammenhang zwischen Intelligenz und Behandlungserfolg angenommen wird (Bastine, a. a. O.), ergibt sich für die PBS-KlientInnen eine günstigere Behandlungsprognose als für die PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie. Die Ausführungen zeigen, dass sich ein Vergleich von Beratungs- und Psychotherapieergebnissen aufgrund der erwähnten Einschränkungen und der strukturellen Unterschiede der Angebote (s. Kapitel 1.4.1) eigentlich kaum rechtfertigen lässt. Da aus dem Beratungsbereich jedoch mit Ausnahme der Untersuchung von Vonk und Thyer (1999) keine Effektivitätsstudien vorlagen, die die SCL-90-R als Outcomeinstrument verwendeten, wurde dieser Vergleich dennoch angestrengt.

Betrachtet man neben dem GSI als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung die Subskala *Depressivität* der SCL-90-R als störungsspezifisches Maß für Veränderungen in der depressiven Symptomatik, so zeigt sich auf dieser Unterskala eine signifikante Verbesserung ( $p < 0,001$ ) der PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen vom Prä- zum Postzeitpunkt, die mit 1,18 eine hohe Effektstärke erreicht (s. Anhang C, Tabelle 43). Dieses Ergebnis und die signifikante Reduktion der psychischen und psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (s. Tabellen 43 und 44, Anhang C) bei KlientInnen mit affektiven Störungen aus der Selbst- ( $p < 0,01$ ; SCL-90-R, PSB) und Fremdbeurteilungssicht ( $p < 0,001$ ; BSS, GAF) bei mittleren bis hohen Effektstärken

zwischen 0,73 (GSI) und 1,75 (GAF) kann als erster Hinweis auf die störungsspezifische Wirksamkeit integrativer Beratung für PBS-KlientInnen mit vorwiegend *leichten* und *mittelgradigen depressiven Episoden* bzw. *leichten* und *mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störungen* verstanden werden. Weiterhin findet bei KlientInnen mit affektiven Störungen im Verlauf integrativer Beratung eine signifikante Verbesserung ( $p < 0,001$ ) der Lebens- und Studienzufriedenheit statt (s. Anhang C, Tabelle 45), wobei hohe Effektstärken erzielt werden (LSZ-Gesamtwert: 1,54; Unterskala *Lebenszufriedenheit*: 1,69, Unterskala *Studienzufriedenheit*: 1,06).

### 3.9.3 Vergleich mit den Ergebnissen der Heidelberg-Berlin-Studie (Grande et al., 2006)

Dass Vergleiche der Ergebnisse der vorliegenden, im Beratungssetting durchgeführten Untersuchung mit Ergebnissen ambulanter Psychotherapiestudien nur sehr eingeschränkt möglich und sinnvoll sind und unter Berücksichtigung möglichst vieler Faktoren, die soziodemographische und Störungsmerkmale aus mehreren Perspektiven beinhalten, erfolgen muss, wird nun anhand eines weiteren Vergleichs der Ergebnisse der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe mit den Ergebnissen der Heidelberg-Berlin-Studie (Grande et al., 2006) illustriert. Diese verglich in einer prospektiven naturalistischen quasiexperimentellen Studie tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien hinsichtlich ihrer Effekte. Der Vergleich mit der vorliegenden Untersuchung erfolgt anhand der berichteten Ergebnisse für die 27 PatientInnen, die mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie durchschnittlich 71,1 Sitzungen ( $SD = 25,5$ ) behandelt wurden. Bei vergleichbarer Eingangsbelastung ( $t = 0,156$ ;  $df = 146$ ;  $p = 0,876$ ) in der Selbsteinschätzung (GSI, SCL-90-R) zwischen den KlientInnen der vorliegenden Prä-Post-Gesamtstichprobe und den tiefenpsychologisch fundiert behandelten PatientInnen (Grande et al., 2006) illustriert Tabelle 33, wie sich durch die Verwendung der Effektstärkevarianten  $ES_{prä}$  und  $ES_{pool}$  unterschiedliche Ergebnisse ergeben. In der Veröffentlichung von Grande et al. (2006) sind nach Effektstärkevariante  $ES_{pool}$  berechnete Effektstärken angegeben,  $ES_{prä}$  wurde anhand der angegebenen Kennwerte nachberechnet. Während die nach  $ES_{prä}$  berechneten Effektstärken nahezu identisch sind (0,73 in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe vs. 0,74 bei Grande et al., 2006), ergibt sich bei Verwendung von  $ES_{pool}$  aufgrund der starken Varianzreduktion zum Post-Zeitpunkt bei Grande et al. (a. a. O.) mit 0,92 eine deutlich höhere Effektstärke als in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe ( $ES_{pool} = 0,78$ ).

Auch diese Ergebnisse müssen natürlich sehr vorsichtig interpretiert werden, da die Vergleichbarkeit erheblich eingeschränkt ist. So waren die PatientInnen bei Grande et al. (2006) aus Sicht der TherapeutInnen im Fremdbeurteilungsmaß BSS (Gesamtscore) im Durchschnitt ( $M = 6,7$ ;  $SD = 1,3$ ) signifikant stärker belastet ( $t = 5,471$ ;  $df = 142$ ;  $p < 0,001$ ) als die KlientInnen der PBS ( $M = 4,90$ ;  $SD = 1,59$ ). Die mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie behandelten PatientInnen bei Grande et al. (2006) waren signifikant ( $t = 11,166$ ;  $df = 171$ ;  $p < 0,001$ ) älter ( $M = 38,1$ ;  $SD = 10,8$ ) als die KlientInnen der PBS ( $M = 25,32$ ;  $SD = 3,78$ ), mit der mit steigendem Lebensalter einhergehenden höheren Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung psychischer Störungen (Jacobi, 2009). Demgegenüber war das Bildungsniveau der PBS-KlientInnen höher als das der tiefenpsychologisch fundiert behandelten PatientInnen bei Grande et al. (2006). Dort hatten 55,5 % Abitur, während die Hochschulreife qua Institution die Zugangsvoraussetzung zur Nutzung des Angebots der PBS darstellt. Auf den positiven Zusammenhang zwischen Intelligenz (repräsentiert in der Höhe des Schulabschlusses) und Behandlungserfolg bei „... ver-

bale[n], nicht übende[n] Psychotherapien ...“ (Bastine, 1992, S. 256) wurde oben (Kapitel 3.9.2.4) bereits hingewiesen.

In Hinblick auf die Diagnoseverteilung ist kein direkter Vergleich zwischen den beiden Untersuchungen möglich, da in der Stichprobe von Grande et al. (2006) mehrere, nach ICD-10 vergebene Diagnosen zulässig waren und eine Übersicht über die Hauptdiagnosen fehlt, während in der vorliegenden Untersuchung lediglich die Hauptdiagnosen berücksichtigt wurden<sup>47</sup>. Über die Hälfte (52,5 %) der PatientInnen bei Grande et al. (2006) erhielt jedoch die (zusätzliche) Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, wohingegen der Anteil an Persönlichkeitsakzentuierungen (Shapiro et al., 1975) bzw. dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen (Oldham & Morris, 2007) bei den PBS-KlientInnen lediglich 7,2 % der Hauptdiagnosen ausmachte. Die ausgeprägtere psychopathologische Beeinträchtigung der PatientInnen bei Grande et al. (2006) kommt auch in der dort angegebenen Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD (Arbeitskreis OPD, 2004) zum Ausdruck. Nach den Kriterien der OPD weisen 14,8 % der PatientInnen ein gut integriertes, 44,4 % ein mäßig integriertes und 40,7 % ein gering integriertes Strukturniveau auf. Zwar wurde in der PBS keine routinemäßige Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur nach OPD bzw. OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) vorgenommen, in den Fallbesprechungen im Rahmen des wöchentlichen Seminars *Integrative Beratung* bzw. in der wöchentlich stattfindenden Teamsitzung erfolgte jedoch bei Betrachtung der psychodynamischen Aspekte der vorliegenden Problematik der KlientInnen auch eine Einschätzung persönlichkeitsstruktureller Merkmale. Auf Basis dieser Einschätzung kann vermutet werden, dass die KlientInnen der PBS vorwiegend über ein gut bis mäßig integriertes Strukturniveau verfügen, wohingegen ein gering integriertes Strukturniveau eher selten vorkommt. Ein höheres Strukturniveau gilt nach Strauß, Hüttemann und Schulz (1997) zumindest im stationären Bereich (gruppentherapeutische Behandlung) als Prädiktor für ein besseres Behandlungsergebnis. Wie wichtig eine ergänzende Diagnostik nach OPD zusätzlich zu einer rein deskriptiv-symptomorientierten Einschätzung ist, wird u. a. auch darin deutlich, dass aus der Erfassung der Psychopathologie selbst nicht eindeutig auf das Strukturniveau geschlossen werden kann. So fanden Spitzer, Michels-Lucht, Siebel und Freyberger (2002) bei 156 PatientInnen einer Psychotherapiestation der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, „... dass die aktuelle Psychopathologie zum Aufnahmezeitpunkt (gemessen mit der SCL-90) allenfalls gering mit dem Strukturniveau zusammenhing“ (S. 396). PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen verfügten jedoch durchschnittlich über ein geringeres Strukturniveau als PatientInnen mit neurotischen Störungen (Arbeitskreis OPD, 2006).

Während PBS-KlientInnen und tiefenpsychologisch fundiert behandelte PatientInnen (Grande et al., 2006) in der Selbstauskunft (GSI, SCL-90-R) vermeintlich gleich schwer beeinträchtigt wirken, verändert die Einbeziehung von Fremdbeurteilungsmaßen (BSS und OPD) dieses Bild - erwartungsgemäß - zu Gunsten einer deutlich ausgeprägteren psychopathologischen Beeinträchtigung von letzteren; dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer multiperspektivischen Erfassung der Psychopathologie unter Berücksichtigung persönlichkeitsstruktureller Aspekte. Die nur vermeintliche Gleichheit der Beeinträchtigung von PBS-KlientInnen und PatientInnen im Selbstbericht betrifft natürlich gleichermaßen auch den obigen Vergleich (Kapitel 3.9.2) der vorliegenden Ergebnisse mit den Ergebnissen der poliklinischen Institutsambulanz für Psycho-

---

<sup>47</sup> Eine Ausnahme stellt die in Kapitel 3.9.2.4 aufgeführte Häufigkeitsauszählung komorbider Persönlichkeitsakzentuierungen in der Stichprobe von PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen dar.

therapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (Hiller et al., 2009; Schindler & Hiller, 2010). Da dort jedoch keine Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere aus Sicht der TherapeutInnen erfolgte und die OPD als spezifisch psychodynamisches Instrument zur Diagnostik und Therapieplanung in einer verhaltenstherapeutischen Ambulanz verständlicherweise nicht zum Einsatz kam, wurde die Nichtvergleichbarkeit der Behandlungsstichproben in Kapitel 3.9.2 mit der mit höherem Lebensalter steigenden Tendenz der Chronifizierung psychischer Störungen, dem Vorliegen eines deutlich höheren Anteils komorbider Persönlichkeitsstörungen der PatientInnen der dortigen Institutsambulanz (Schindler & Hiller, 2010) und deren geringerem Bildungsniveau begründet.

#### **3.9.4 Störungsspezifische Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei Anpassungsstörungen: Vergleich mit Altenhöfer et al. (2007)**

Zur Untersuchung der störungsspezifischen Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung erfolgte weiterhin eine Auswertung einer Teilstichprobe von PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen ( $n = 44$ , Tabelle 5), deren Behandlung einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit von Beratungsstellen für Studierende darstellt (s. a. Kapitel 3.1.9). Die vielfältigen Entwicklungsaufgaben dieser Altersgruppe (vgl. auch Kapitel 1.1) erfordern eine hohe Anpassungsleistung der Studierenden, Schwierigkeiten bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben münden häufig in Anpassungsstörungen. Für deren Behandlung ist jedoch i. d. R. eine kürzere Behandlungsdauer ausreichend, um einen zufriedenstellenden Behandlungserfolg zu erzielen (Altenhöfer et al., 2007; Hiller, Schindler, Andor & Rist, 2011; Huber & Beutel, 2006). Die Effektivität des Beratungsangebots der PBS i. S. der störungsspezifischen Wirksamkeit für KlientInnen mit Anpassungsstörungen, soll im Folgenden in einem Vergleich mit den Behandlungsergebnissen gesprächspsychotherapeutisch behandelte PatientInnen mit Anpassungsstörungen von Altenhöfer et al. (2007) dargestellt werden. Diese untersuchten die Effektivität einer auf 12 Stunden begrenzten gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Anpassungsstörungen (F43.2) bei 47 PatientInnen (80 % weiblich). Die Behandlung folgte den Leitlinien für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Anpassungsstörungen (Biermann-Ratjen & Eckert, 2006). Einunddreißig PatientInnen wurden sofort und 16 PatientInnen nach 3-monatiger Wartezeit von insgesamt 21 TherapeutInnen (12 davon weiblich) aus dem gesamten Bundesgebiet behandelt. Die TherapeutInnen verfügten nach Abschluss ihrer gesprächspsychotherapeutischen Ausbildung über eine mehrjährige Berufserfahrung von durchschnittlich 21 Jahren. Die mittlere Therapiedauer betrug 11,7 Stunden, wofür durchschnittlich 16,1 Wochen benötigt wurden. Im Vergleich zu den unbehandelten PatientInnen der Wartegruppe verbesserten sich die direkt nach der Eingangsdiagnostik behandelten PatientInnen sowohl in der Selbst- (BSI: GSI und Unterskalen; Allgemeine Depressionsskala, ADS) als auch in der Fremdbeurteilung (BSS, GAF) signifikant. Für die Gesamtgruppe ( $n = 47$ ) der sofort nach Eingangsdiagnostik und nach 3-monatiger Wartezeit gesprächspsychotherapeutisch behandelten PatientInnen mit einer Anpassungsstörung wurden für die einzelnen Untersuchungsinstrumente korrigierte Effektstärken nach Klauer (1993) berechnet. Diese bewegten sich nach der Konvention von Cohen (1988) überwiegend im hohen Bereich (Altenhöfer et al., 2007).

Tabelle 35 zeigt einen Vergleich der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen mit den Behandlungsergebnissen von Altenhöfer et al. (2007) anhand des GSI und den Unterskalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* der SCL-90-R (PBS) bzw. des BSI (a. a. O.), des BSS und der GAF-Skala. Die PBS-KlientInnen mit An-

passungsstörungen wurden durchschnittlich 6,77 ( $SD = 4,46$ ) Sitzungen behandelt, was einen Zeitraum von durchschnittlich 16,23 ( $SD = 14,88$ ) Wochen in Anspruch nahm. Die Eingangsbelastung der PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen und der PatientInnen von Altenhöfer et al. (a. a. O.) ist sowohl im GSI der SCL-90-R bzw. des BSI ( $t = 0,082$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,935$ ) als auch in den SCL-90-R- bzw. BSI-Unterskalen *Depressivität* ( $t = 1,436$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,155$ ) und *Ängstlichkeit* ( $t = 0,542$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,589$ ) vergleichbar. Auf den aus Sicht der BeraterInnen (PBS) bzw. den therapieprozessunabhängigen Projektmitarbeitern (Altenhöfer et al., a. a. O.) eingeschätzten Fremdbeurteilungsmaßen BSS (Gesamtscore;  $t = 0,221$ ;  $df = 79$ ;  $p = 0,826$ ) und der GAF-Skala ( $t = 0,703$ ;  $df = 76$ ;  $p = 0,484$ ) unterscheiden sich PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen von den PatientInnen von Altenhöfer et al. (a. a. O.) zu Beratungs- bzw. Therapiebeginn ebenfalls nicht signifikant.

Nach Abschluss der integrativen psychotherapeutischen Beratung bzw. der manualisierten Gesprächspsychotherapie fanden sich für den GSI ( $t = 0,793$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,431$ ) und die Unterskalen *Depressivität* ( $t = 1,353$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,180$ ) und *Ängstlichkeit* ( $t = 0,347$ ;  $df = 78$ ;  $p = 0,729$ ) der SCL-90-R bzw. des BSI ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen und den PatientInnen von Altenhöfer et al. (a. a. O.). Auch auf der GAF-Skala unterscheiden sich die beiden Behandlungsgruppen nach Beratungs- bzw. Therapieende nicht signifikant ( $t = 0,675$ ;  $df = 76$ ;  $p = 0,502$ ). Lediglich in der Gesamtbeeinträchtigung durch eine psychogene Störung (BSS-Gesamtscore) unterscheiden sich PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen von den PatientInnen von Altenhöfer et al. (a. a. O.) nach Abschluss der Behandlung: Diese wird für die gesprächspsychotherapeutisch behandelten PatientInnen von Altenhöfer et al. (a. a. O.) durch die unabhängigen Projektmitarbeiter als signifikant geringer eingeschätzt ( $t = 3,070$ ;  $df = 79$ ;  $p < 0,01$ ) als für die mit integrativer psychotherapeutischer Beratung behandelten PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen (Einschätzung durch die BeraterInnen).

Die Prä-Post-Verbesserungen auf den Symptommaßen aus Selbst- und Fremdbeurteilungssicht sind sowohl bei Altenhöfer et al. (2007) als auch bei den PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen signifikant (mind.  $p < 0,01$ ; s. Anhang D, Tabellen 46 und 47) und erreichen für die in Tabelle 35 dargestellten Globalwerte und Unterskalen überwiegend hohe Effektstärken. Die Vergleichbarkeit der Effektstärken ist jedoch insofern eingeschränkt, als dass diese auf unterschiedliche Art berechnet wurden. Während bei Altenhöfer et al. (2007) korrigierte Effektstärken nach Klauer (1993) berechnet wurden, die „... Veränderungen der Wartegruppe und [die] zum Teil unterschiedlichen Ausgangswerte der beiden Stichproben zum ersten Erhebungszeitpunkt [berücksichtigen] ...“ (Altenhöfer et al., 2007, S. 31), wurden die Effektstärken in der vorliegenden Untersuchung als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte ( $ES_{prä}$ ; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191) berechnet. Da die Berechnung korrigierter Effektstärken nach Klauer (1993) in der vorliegenden Untersuchung aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe, die ethisch nicht zu rechtfertigen gewesen wäre (s. Kapitel 2.1), nicht möglich war, wurde zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse für die Stichprobe von Altenhöfer et al. (2007) nachträglich die Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  berechnet (Tabelle 35). Die nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  berechneten Effektstärken fallen mit Ausnahme der Prä-Post-Effektstärke für den BSS-Gesamtscore geringer aus als die korrigierten Effektstärken nach Klauer (1993), was die Befunde von Mestel et al. (2000) unterstützt, dass bei der Berechnung

der Effektstärken nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  die Behandlungseffekte vermutlich nicht überschätzt werden.

Zahlreiche weitere Faktoren erschweren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Mit einem Durchschnittsalter von 39,3 Jahren ( $SD = 9,4$ ) sind die PatientInnen bei Altenhöfer et al. (2007) signifikant älter ( $t = 9,309$ ;  $df = 90$ ;  $p < 0,001$ ) als die PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen ( $M = 25,29$ ;  $SD = 2,81$ ). Weiterhin finden sich in der Art der Anpassungsstörung Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen. Bei den geschäftspsychotherapeutisch behandelten PatientInnen von Altenhöfer et al. (a. a. O.) stellen *längere depressive Reaktionen* (F43.21) die häufigste Form der Anpassungsstörung dar ( $n = 25$ ; 50 %), gefolgt von *Angst und depressiver Reaktion gemischt* (F43.22;  $n = 13$ ; 26 %) und Anpassungsstörungen mit *vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen* (F43.23;  $n = 6$ ; 12 %); die verbleibenden PatientInnen erhielten die Diagnose einer *kurzen depressiven Reaktion* (F43.20;  $n = 3$ ; 6 %) und einer Anpassungsstörung mit *sonstigen Symptomen* (F43.28;  $n = 3$ ; 6 %). Die am häufigsten vertretene Form der Anpassungsstörung bei den PBS-KlientInnen ist hingegen die *kurze depressive Reaktion* ( $n = 16$ ; 36,4 % der Anpassungsstörungen), gefolgt von *Angst und depressiver Reaktion gemischt* ( $n = 11$ ; 25,0 %) und *längeren depressiven Reaktionen* ( $n = 8$ ; 18,2 %). Bei den verbleibenden KlientInnen liegen Anpassungsstörungen mit *vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle* ( $n = 5$ ; 11,4 %), mit *gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten* (F43.25;  $n = 3$ ; 6,8 %) und Anpassungsstörungen mit *sonstigen Symptomen* ( $n = 1$ ; 2,3 %) vor.

Der wesentliche Unterschied in der Verteilung der unterschiedlichen Formen von Anpassungsstörungen in den beiden Behandlungsgruppen liegt in der Häufigkeit der Diagnose *längere depressive Reaktion* (F43.21). In der Klassifikation nach ICD-10 verbleibt die Codierung dieser Form der Anpassungsstörung als einzige Möglichkeit, wenn die Symptome über einen Zeitraum von 6 Monaten hinaus anhalten (Bley, Einsle, Maercker, Weidner & Joraschky, 2008). Die häufigere Codierung von *längeren depressiven Reaktionen* in der Behandlungsstichprobe von Altenhöfer et al. (2007) lässt sich so interpretieren, dass diese im Vergleich zu den PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen dem belastenden Lebensereignis länger ausgesetzt waren. Als auslösendes Lebensereignis ging der Anpassungsstörung bei den PatientInnen von Altenhöfer et al. (a. a. O.) in 86 % der Fälle der Verlust einer wichtigen Bezugsperson voraus, bei 52 % der PatientInnen ( $n = 26$ ) infolge einer Trennung und bei 34 % ( $n = 17$ ) durch einen Todesfall. Bei den verbleibenden PatientInnen (14 %;  $n = 7$ ) fand sich im Vorfeld der Anpassungsstörung ein Leistungsversagen in Studium oder Beruf. Für die PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen kann das auslösende Lebensereignis nicht näher spezifiziert werden, da dieses auf dem von den BeraterInnen routinemäßig ausgefüllten Datenblatt nicht erfasst wird. Es kann jedoch vermutet werden, dass der Anteil an KlientInnen, die eine Anpassungsstörung infolge eines Leistungsversagens entwickelten, in der PBS als einer auf studienspezifische Probleme spezialisierten Einrichtung höher lag als der, bei denen im Vorfeld einer Anpassungsstörung eine Trennung stattfand oder ein Todesfall auftrat. Auch wenn nach ICD-10 die individuelle Disposition oder Vulnerabilität für das Auftreten einer Anpassungsstörung eine entscheidende Rolle spielt, wird die Anpassungsleistung einer Person nach dem Tod einer wichtigen Bezugsperson oder der Trennung von derselben auf der *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS; Holmes & Rahe, 1967) durchschnittlich als deutlich höher bewertet als arbeits- und berufsbezogene Veränderungen. Es kann daher vermutet werden, dass die PatientInnen bei Altenhöfer et al. (2007) insgesamt tiefergreifender beeinträchtigt waren als die KlientInnen

der PBS, was sich in den eingesetzten Symptommaßen allein jedoch nicht abbildet. Auch verfügen die PBS-KlientInnen erwartungsgemäß über ein höheres Bildungsniveau als die PatientInnen bei Altenhöfer et al. (a. a. O.). Dort hatten 66 % der PatientInnen ( $n = 33$ ) Abitur, die verbleibenden PatientInnen verfügten über einen Realschul- (20 %;  $n = 10$ ) bzw. Hauptschulabschluss (14 %;  $n = 7$ ).

Im Anhang D (Tabellen 46 und 47) finden sich differenzierte Angaben zur Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen. Auf allen Skalen der SCL-90-R findet eine signifikante Symptomreduktion statt ( $p < 0,001$ ), die erzielten Effektstärken bewegen sich hierbei zwischen 0,53 (*Paranoides Denken*) und 1,10 (*Depressivität*) im mittleren bis hohen Bereich. Neben der signifikanten Verbesserung im BSS-Gesamtscore verbessern sich die KlientInnen aus Sicht der BeraterInnen auch in den BSS-Dimensionen signifikant (mind.  $p < 0,01$ ), wobei mittlere (körperlich: 0,63; sozialkommunikativ: 0,71) bis hohe (psychisch: 1,51) Effektstärken erzielt werden. Bei KlientInnen mit Anpassungsstörungen findet sich vom Prä- zum Postzeitpunkt darüber hinaus eine signifikante Zunahme ( $p < 0,001$ ) der Lebens- und Studienzufriedenheit: Für die globale Zufriedenheit (LSZ-Gesamtwert) werden mit 1,18 und für die Unterskalen *Lebenszufriedenheit* mit 1,07 und *Studienzufriedenheit* mit 0,98 hohe Effektstärken erzielt (s. Anhang D, Tabelle 48). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass integrative psychotherapeutische Beratung für KlientInnen mit Anpassungsstörungen ein effektives Behandlungsangebot darstellt, das ein Umschlagen von Anpassungsstörungen in schwerwiegendere und behandlungsintensivere psychische Störungen verhindern helfen kann.



Tabelle 35: Vergleich der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen mit gesprächspsychotherapeutisch behandelten PatientInnen mit Anpassungsstörungen (Altenhöfer et al., 2007) anhand des GSI und den Unterskalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit* der SCL-90-R (PBS) bzw. des BSI (Altenhöfer et al., 2007) sowie des BSS (Gesamtwert) und der GAF-Skala

	KlientInnen mit Anpassungsstörungen (PBS)						Gesprächspsychotherapeutisch behandelte PatientInnen (Altenhöfer et al., 2007)						
	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	n	Prä		Post		ES <sub>prä</sub>	ES <sub>korrr.</sub>
		M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	41	1,04	0,50	0,55	0,39	0,99	39	1,05	0,59	0,48	0,40	0,97†	1,07
<b>Depressivität</b>	41	1,74	0,75	0,91	0,73	1,10	39	1,45	1,04	0,68	0,79	0,74†	0,82
<b>Ängstlichkeit</b>	41	1,10	0,81	0,54	0,52	0,70	39	1,21	1,00	0,50	0,51	0,71†	0,83
<b>BSS-Gesamt</b>	41	4,44	1,14	2,71	1,08	1,52	40	4,50	1,30	1,82	1,50	2,06†	1,75
<b>GAF</b>	39	64,82	5,49	76,77	3,88	2,18	39	63,74	7,87	78,10	11,67	1,82†	1,37

Anmerkungen: † anhand der von Altenhöfer et al. (2007) angegebenen Kennwerte nachträglich durch den Autor berechnet.

## IV. Diskussion

Unter Bezugnahme auf die Fragestellungen und Hypothesen (Kapitel 2.2, 2.5) werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zunächst inhaltlich diskutiert (Kapitel 4) und es erfolgt eine zusammenfassende Bewertung der Studie (Kapitel 4.1). Hieran schließt sich eine Diskussion der eingesetzten Methoden an (Kapitel 4.2). Der Ausblick auf mögliche künftige (Ergebnis-)Forschung im Bereich der psychotherapeutischen Beratung Studierender in Kapitel 4.3 bildet den Abschluss der Arbeit.

### 4 Diskussion der Ergebnisse

Da es sich um die erste deutschsprachige Studie zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden handelt, erfolgte eine ausführliche soziodemographische Beschreibung der PBS-KlientInnen, die nicht in weiterführende psychosoziale Angebote vermittelt wurden und das Einschlusskriterium erfüllten, d. h. ein Beratungsangebot von mindestens drei Sitzungen (incl. Erstgespräch) in der PBS wahrnahmen (Prä-Post-Gesamtstichprobe:  $n = 151$ ; Kapitel 2.3, Abbildung 2). Von besonderem Interesse war dabei, **ob in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe zwischen männlichen und weiblichen bzw. KlientInnen mit und ohne Nebentätigkeit Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Merkmale, dem Ausmaß psychischer Belastung und der Lebens- und Studienzufriedenheit bestehen (Forschungsfrage 1.1)**.

Die KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe nahmen durchschnittlich 6,20 Sitzungen ( $SD = 4,11$ ) in der PBS wahr (s. Tabelle 3); die durchschnittliche Dauer der Beratung betrug 14,04 Wochen ( $SD = 12,96$ ). Bei Aufnahme der Beratung waren die PBS-KlientInnen im Durchschnitt 25,32 Jahre ( $SD = 3,78$ ) alt, was mit dem Durchschnittsalter der KlientInnen früherer PBS-Jahrgänge übereinstimmt (Dorn, 1999; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Kapitel 3.1.3).

Die Prä-Post-Gesamtstichprobe bestand zu 71,5 % aus Frauen ( $n = 108$ ); die Geschlechterverteilung ist damit ähnlich der vergangener PBS-KlientInnenjahrgänge (Dorn, 1999; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Kapitel 3.1.2). Im Vergleich zum Anteil weiblicher Studierender (57,6 %) der im Sommersemester 2008 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg immatrikulierten Studierenden war der Anteil weiblicher KlientInnen in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe erhöht. Hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie (GSI und Subskalen der SCL-90-R), der psychosozialen Beeinträchtigung (GAF, BSS-Gesamtscore und BSS-Dimensionen, PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) und der Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert, Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit*) finden sich keine Geschlechtsunterschiede. Auch hinsichtlich des Alters, des Abiturdurchschnitts, der Anzahl der Fachsemester und der Zwischenprüfungsnote unterscheiden sich weibliche von männlichen KlientInnen bei Aufnahme der Beratung nicht. Bei Betrachtung der PSB-Einzelitems unterscheiden sich weibliche und männliche KlientInnen jedoch hinsichtlich ihrer *Prüfungsangst*, die bei Frauen signifikant stärker ( $p < 0,05$ ) ausgeprägt ist. *Probleme mit Alkohol/Drogen* werden hingegen von Männern signifikant häufiger ( $p < 0,01$ ) berichtet (Kapitel 3.1.2).

Mehr als die Hälfte (53,4 %;  $n = 78$ ) der KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe gehen zur (Teil-)Finanzierung ihres Studiums einer Nebentätigkeit in einem durchschnittlichen Umfang von 11,8 Stunden ( $SD = 5,92$ ) pro Woche nach. Da eine Berufstätigkeit neben dem Studium eine

erhebliche Mehrfachbelastung darstellt und die Vereinbarkeit von Studium und Nebentätigkeit einen erhöhten organisatorischen Aufwand erfordert, wurden erwerbstätige mit nicht erwerbstätigen KlientInnen verglichen. KlientInnen mit und ohne Ausübung einer Nebentätigkeit unterscheiden sich in ihrer allgemeinen Psychopathologie (GSI und Subskalen der SCL-90-R), ihrer psychosozialen Beeinträchtigung (GAF, BSS-Gesamtscore und BSS-Dimensionen, PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore), ihrer Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert, Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit*) sowie hinsichtlich des Abiturdurchschnitts, der Fachsemesteranzahl und der Zwischenprüfungsnote nicht signifikant (Kapitel 3.1.8). KlientInnen mit Nebentätigkeit sind jedoch im Durchschnitt signifikant älter ( $p < 0,05$ ) als KlientInnen, die keiner Nebentätigkeit nachgehen, sie leiden signifikant häufiger unter *Partnerschafts-*, *finanziellen* und *Wohnproblemen* sowie unter *psychosomatischen Beschwerden* (PSB-Items 1, 5, 6, 18; mind.  $p < 0,05$ ).

Das mittlere Fachsemester liegt bei 7,69 ( $SD = 4,36$ ). In den ersten vier Semestern bzw. zwischen dem 9. bis 11. Fachsemester konsultieren jeweils etwa 30 % der KlientInnen die PBS, die restlichen KlientInnen verteilen sich zwischen diesen beiden Gipfeln und auf höhere Semesterzahlen (s. Abbildung 5). Zu Studienbeginn (erste vier Fachsemester) können für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung insbesondere Anpassungsschwierigkeiten an die zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben vermutet werden sowie um den Zeitraum der Zwischenprüfung Probleme beim selbstorganisierten Lernen. Der zweite Gipfel vom 9. bis 11. Fachsemester lässt sich durch die Vorbereitung auf und das Absolvieren der Abschlussprüfungen erklären, mit damit einhergehenden Arbeits- und Lernschwierigkeiten, Prüfungs- und Zukunftsängsten. Nach Abschluss der Umstellung der Studiengänge auf Bachelor und Master werden sich die hier abzeichnenden Nachfrageschwerpunkte Studienbeginn, Zeiträume der Zwischen- und Abschlussprüfungen vermutlich nivellieren, da Arbeits- und Lernschwierigkeiten sowie Prüfungsängste durch die veränderte Studienstruktur rascher zu Problemen führen können.

Bei den PBS-KlientInnen sind gute Leistungen am häufigsten vertreten: Leistungen zwischen 1,0 und 2,4 wurden im Abitur ( $M = 2,17$ ;  $SD = 0,66$ ) von 67,2 % und in der Zwischenprüfungsnote ( $M = 2,14$ ;  $SD = 0,67$ ) von 67,5 % der KlientInnen erzielt (s. Abbildung 7, Abbildung 8). Psychische Beschwerden sind also keinesfalls nur auf leistungsschwache und zum Studium ohnehin nicht befähigte Studierende begrenzt, wie von Kritikern Psychotherapeutischer Beratungsstellen für Studierende häufig behauptet wird.

ICD-10-Diagnosen nach Kapitel V (F) wurden für 74,2 % der KlientInnen ( $n = 114$ ) vergeben, 7,3 % der KlientInnen ( $n = 9$ ) erhielten darüber hinaus die Diagnose einer *Arbeitsstörung*<sup>48</sup>. Die restlichen KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe (18,5 %;  $n = 28$ ) wiesen eine Problematik auf, die sich nach den Kriterien der ICD-10, Kapitel V (F) nicht in eine Diagnose fassen ließ. Hierunter fallen Konflikte im Sinne der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD; Arbeitskreis OPD, 2004) und Z-Diagnosen nach ICD-10 (Kapitel XXI). Mit 60,8 % der Diagnosen (F-Diagnosen nach ICD-10 und Zusatzdiagnose *Arbeitsstörung*) überwiegen in der

---

<sup>48</sup> Wenngleich die Diagnose *Arbeitsstörung* keine F-Diagnose nach ICD-10 darstellt, wurde sie aufgrund der Relevanz für die Arbeit in der Beratungsstelle für Studierende als Diagnosekategorie (ein-)geführt und als „Hauptdiagnose“ vergeben, wenn die Arbeitsschwierigkeiten nicht als Begleitsymptomatik bzw. im Rahmen einer anderen ICD-10-Diagnose auftraten (bspw. bei einer ausgeprägten depressiven Episode, einer Prüfungsangst etc.).

PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe Diagnosen aus der Kategorie F4 *neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* (insbesondere *Anpassungsstörungen* und *Prüfungsängste*, s. Tabelle 5), gefolgt von *affektiven Störungen* (21,8 % der Diagnosen, insbesondere *leichte* und *mittelgradige depressive Episoden* bzw. *rezidivierende depressive Störungen*). *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*<sup>49</sup> (überwiegend *schizoide* und *emotional instabile Persönlichkeitsstörung* vom *Borderline-Typ*) sind mit 7,2 % der Diagnosen vertreten. Diagnosen der Kategorie F5 *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* werden bei PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe mit 1,6 % und Diagnosen der Kategorie F2 *Schizophrenie* mit 0,8 % der F-Diagnosen nach ICD-10 (incl. Zusatzdiagnose *Arbeitsstörung*) nur sehr selten vergeben.

***In Forschungsfrage 1.2 wurde untersucht, ob sich Studierende unterschiedlicher Fächer in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Beratung unterscheiden.***

Ein Vergleich des Anteils der Hauptfächer der PBS-KlientInnen mit dem Anteil Studierender der korrespondierenden Fächer<sup>50</sup> der im Sommersemester 2008 an der Universität und der PH Heidelberg eingeschriebenen Studierenden zeigt, dass Studierende der Rechtswissenschaften, der Sonderpädagogik und der Politischen Wissenschaften, der Psychologie, der Soziologie sowie Studierende in den Studiengängen Übersetzen und Dolmetschen und der ev. Theologie in der Behandlungsstichprobe überproportional häufig vertreten sind (s. Tabelle 4). In der Behandlungsstichprobe unterrepräsentiert sind hingegen Studierende an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg mit Abschlussziel Grund- und Hauptschul- sowie Realschullehramt, Lehramtsstudierende mit Abschlussziel Gymnasiallehramt, Studierende der Physik und Studierende der Medizin. Die Gründe für eine im Vergleich zum Verhältnis an der Gesamtstudierendenzahl über- bzw. unterproportionale Konsultation der Psychotherapeutischen Beratungsstelle durch Studierende bestimmter Fächer sind sicher vielgestaltig, wie anhand möglicher Erklärungsansätze nachfolgend aufgezeigt wird. Bei Studierenden der Sonderpädagogik, der Psychologie, der Soziologie und der ev. Theologie kann eine größere Bereitschaft, sich mit gesellschaftlichen, zwischenmenschlichen, innerpsychischen und spirituellen Prozessen und Themen auseinanderzusetzen und dabei auch psychotherapeutische Möglichkeiten der Unterstützung wahrzunehmen, vermutet werden. Die Nähe der PBS zum Campus Bergheim könnte dazu führen, dass Studierende des dort ansässigen Instituts für Politische Wissenschaft und des Instituts für Soziologie die PBS häufiger konsultieren. Auf Seiten der Medizinstudierenden kann hingegen eine in einem überwiegend medizinischen Krankheitsverständnis begründete Skepsis ggü. psychotherapeutischen und Beratungsangeboten und eine gewisse Angst, sich darin als hilfsbedürftig zu zeigen, vermutet werden (Jurkat & Reimer, 2001; Seliger & Brähler, 2007). Auf der anderen Seite vermittelt das Mentoren-Tutoren-Programm (MTP) der Medizinischen Fakultät speziell auf das Medizinstudium abgestimmte studienspezifische Schlüsselkompetenzen, die das Angebot der psychotherapeutischen Beratungsstelle zumindest auf Ebene der Lern- und Arbeitsorganisation ein Stück weit ersetzen könnten. Insgesamt zeigt die klinische Erfahrung, dass KlientInnen die PBS eher aufgrund von Schwierigkeiten mit allgemeinen Aspekten des Studiums und den mit dieser Lebensphase einhergehenden Anpassungs-

---

<sup>49</sup> Bei den PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe ist das klinische Vollbild der jeweiligen *Persönlichkeits- und Verhaltensstörung* zwar selten erfüllt, Diagnosen nach F6 wurden dennoch vergeben, um die aus persönlichkeitsstrukturellen Aspekten resultierenden Schwierigkeiten der KlientInnen abbilden und dokumentieren zu können.

<sup>50</sup> Es wurden nur diejenigen Studienfächer berücksichtigt, die von mindestens 5 KlientInnen als Hauptfach benannt wurden.

und Entwicklungsleistungen und weniger aufgrund von spezifischen Anforderungen bestimmter Studienfächer konsultieren.

Die Ausgangssituation Studierender, die die PBS zu Beratungsgesprächen aufsuchen (klientele Studierende), stellt sich aufgrund bisheriger Studien zusammenfassend folgendermaßen dar (Kapitel 1.2): KlientInnen der PBS sind im Vergleich zu nicht-klientelen Studierenden in ihrer psychischen (Todd et al., 1997) und psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (Dorn, 1999; Holm-Hadulla & Soeder, 1997) signifikant stärker belastet, was insbesondere in Symptomen depressiver und Angststörungen zum Ausdruck kommt, die neben Arbeits- und Konzentrationschwierigkeiten, interpersonellen Schwierigkeiten und psychosomatischen Beschwerden bei PBS-KlientInnen besonders verbreitet sind (Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001). Wie alle Personen, die um psychotherapeutische Behandlungsangebote nachsuchen, befinden sich KlientInnen der PBS in einem Zustand der *Demoralisierung* (Frank, 1997), der gekennzeichnet ist durch Gefühle der Ohnmacht, des Versagens, der Hilf- und Hoffnungslosigkeit und der Isolierung und einhergeht mit einer Einengung des Lebensraumes, einem Festhalten am Gewohnten und Vermeiden alles Neuen (s. Kapitel 1.3.1). Belastungen und verfügbare Bewältigungsstrategien sind aus dem Gleichgewicht geraten, neben den o. g. Gefühlen der Demoralisierung ein zentrales Kennzeichen psychosozialer Krisen (s. Kapitel 1.3.2; Fischer, 2008; Kast, 1989; Stein, 2009). Aufgrund der Ergebnisse bisheriger Studien (Dorn, 1999; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder, et al. 2001; Todd et al., 1997) sowie allgemeiner Überlegungen zur Ausgangssituation und spezifischen Charakteristika von Menschen, die psychotherapeutische Behandlungsangebote in Anspruch nehmen (Frank, 1997; Kast, 1989; Stein, 2009), wurde die Hypothese aufgestellt, ***dass Studierende, die das Beratungsangebot der PBS in Anspruch nehmen, psychisch beeinträchtigt sind (Hypothese 1.3).***

Verglichen mit einer Norm- (Franke, 2002) bzw. Feldstichprobe Studierender (2007/2008; Holm-Hadulla et al., 2009b), sind KlientInnen, die die PBS zu Beratungsgesprächen konsultieren, zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung in ihrer subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (GSI und 8 der 9 Subskalen der SCL-90-R; Tabelle 6) und ihrer selbst eingeschätzten psychosozialen (Gesamt-)Befindlichkeit – hier bestanden zwischen KlientInnen- und Feldstichprobe überwiegend Unterschiede im Bereich der mittels PSB erfassten *psychischen* Problembereiche<sup>51</sup> (Tabelle 9) – signifikant stärker belastet; insbesondere hinsichtlich depressiver und Angst- sowie Zwangssymptome, Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten und psychosomatischer Beschwerden schätzten sich die PBS-KlientInnen zu Beratungsbeginn als signifikant stärker belastet ein als Studierende der Norm- bzw. Feldstichprobe (Tabelle 6, Tabelle 9). Auch aus Sicht der BeraterInnen sind Studierende, die die PBS konsultieren, psychisch beeinträchtigt: Bei 53,0 % der PBS-KlientInnen besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme der Behandlung eine psychogene Erkrankung von behandlungsbedürftigem Ausmaß (BSS-Gesamtscore  $\geq 5$ ) und bei 47,5 % der KlientInnen ist nach Einschätzung auf der GAF-Skala Bedarf für eine ambulante Behandlung (GAF-Scores unter 65)<sup>52</sup> gegeben (Kapitel 3.2.3 bzw. Kapitel 3.2.4). Die vorliegenden Befunde zur psychischen und psycho-

---

<sup>51</sup> Von den mittels PSB erfassten psychosozialen Problembereichen waren bei PBS-KlientInnen zu Beratungsbeginn lediglich *Konflikte mit den Eltern* (PSB-Item 2) signifikant höher ausgeprägt als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 9).

<sup>52</sup> Da für den BSS und die GAF-Skala keine Normwerte einer studentischen Population verfügbar waren, erfolgte die Einschätzung der Beeinträchtigung anhand der Rate klinisch beeinträchtigter KlientInnen bei Aufnahme der Beratung (Einschätzung durch die BeraterInnen nach dem Erstgespräch).

sozialen (Gesamt-)Belastung aus Selbst- und Fremdbeurteilungssicht zeigen hypothesenkonform, dass **Studierende, die das Beratungsangebot der PBS in Anspruch nehmen, psychisch beeinträchtigt sind (Hypothese 1.3)**. Sie decken sich auch mit früheren Befunden aus der PBS (Dorn, 1999; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Soeder et al., 2001; s. Kapitel 1.2) sowie den Ergebnissen von Todd et al. (1997; Kapitel 1.2).

Da psychische Störungen mit Einschränkungen in vielen Lebensbereichen einhergehen (Frank, 1997; Stulz & Lutz, 2007), wurde in der vorliegenden Untersuchung auch davon ausgegangen, dass **PBS-KlientInnen im Vergleich zu Studierenden einer Feldstichprobe eine geringere Lebens- und Studienzufriedenheit aufweisen (Hypothese 1.4)**. Hypothesenkonform schätzten PBS-KlientInnen ihre Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ-Gesamtwert, Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit*) vor Aufnahme der Beratung als signifikant geringer ( $p < 0,001$ ) ein als Studierende der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 13).

In Anknüpfung an humanistische (Maslow, 2000; Rogers, 1976), existentielle (May, 1987) und z. T. auch psychoanalytische Theorien (Winnicott, 1987) wurde (Alltags-)Kreativität in der vorliegenden Untersuchung als Ausdruck maximaler psychischer Gesundheit verstanden. Es wurde davon ausgegangen, dass **die Alltagskreativität Studierender, die die PBS konsultieren, zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung beeinträchtigt ist (Hypothese 1.5)**. Hypothesenkonform (s. Kapitel 3.2.6) war die kreative Alltagsgestaltung (Gesamtwert CCS-State Prä) der PBS-KlientInnen vor Aufnahme der Beratung signifikant geringer ( $p < 0,001$ ) ausgeprägt als im Jahr vor Konsultation der Beratungsstelle (CCS-Trait-Gesamtwert) – ein Hinweis darauf, dass die kreative Alltagsgestaltung in einer psychosozialen Krise blockiert ist und die gewohnten Problemlösestrategien und verfügbaren Ressourcen der KlientInnen zur Bewältigung der zur Konsultation der PBS Anlass gebenden komplexen Problemsituationen (Funke, 2003; Kämmerer, 2005) nicht ausreichend sind (s. Kapitel 1.3.3).

Die empirische Fundierung der Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer Beratung ist sowohl auf Ebene der Psychotherapieverfahren (Margraf, 2009) und der Behandlungsmethoden (Chambless & Ollendick, 2001) als auch in Hinblick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung (Norcross, 2001; 2002) gegeben (Begründung und Darstellung s. Kapitel 1.9). Es wurde daher davon ausgegangen, dass integrative Beratung nach dem ABCDE-Modell effektiv ist und **im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung eine Symptomreduktion stattfindet (Hypothese 2.1)**. Sowohl bisherige Studien, die psychotherapeutischen Beratungsangeboten für Studierende mit integrativer bzw. eklektischer Ausrichtung eine hohe Effektivität bescheinigten (Minami et al., 2009; Vonk & Thyer, 1999; s. Kapitel 1.4.2), unterstützen diese Annahme, als auch die Tatsache, dass sich integrative und eklektische Ansätze in der Psychotherapieforschung als zumindest gleich wirksam wie schulenreine Therapieansätze erwiesen haben (Grawe et al., 1994).

Hypothesenkonform bestehen nach der Beratung hinsichtlich der mittels SCL-90-R eingeschätzten psychischen Belastung zwischen Behandlungs- und Normstichprobe auf dem GSI und 7 der 9 Subskalen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede mehr (Tabelle 7)<sup>53</sup>. Auch

---

<sup>53</sup> Die Post-Mittelwerte der PBS-KlientInnen auf der Skala *Depressivität* sind im Vergleich zur Normstichprobe Studierender auch nach der Beratung noch signifikant erhöht ( $p < 0,001$ ), während PBS-KlientInnen auf der Skala *Paranoides Denken* im Vergleich zur Normstichprobe signifikant geringere ( $p < 0,01$ ) Post-Mittelwerte aufweisen (Tabelle 7).

hinsichtlich der durch die PSB erfassten psychosozialen Problembereiche finden sich nach Abschluss der Beratung mit Ausnahme der PSB-Items *Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Psychosomatische Beschwerden*, *Andere Probleme* und *Sexuelle Probleme* keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen PBS-KlientInnen und Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 10)<sup>54</sup>.

Die Einschätzungen des Erfolgs integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnen-sicht werden aus Sicht der BeraterInnen (Einschätzung mittels BSS und GAF) gestützt. Der Anteil an KlientInnen mit einer psychogenen Erkrankung von behandlungsbedürftigem Ausmaß (BSS-Gesamtscore  $\geq 5$ ) sinkt in der BeraterInneneinschätzung von 53,0 % nach dem Erstgespräch auf 15,4 % nach Abschluss der Beratung (Kapitel 3.2.3). Auf der Skala zur Globalen Einschätzung des Funktionsniveaus (GAF) ist nach Abschluss der Beratung lediglich noch bei 3,5 % der KlientInnen Behandlungsbedarf für eine ambulante Behandlung gegeben (GAF-Scores unter 65), während der Anteil behandlungsbedürftiger KlientInnen bei Aufnahme der Beratung bei 47,5 % gelegen hatte (Kapitel 3.2.4). Die Verbesserung des globalen Funktionsniveaus im Beratungsverlauf zeigt sich auch darin, dass der Anteil der in ihrer psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit leicht beeinträchtigten PBS-KlientInnen (GAF-Scores zwischen 71 und 80) von 19,3 % bei Aufnahme der Beratung auf 75,4 % nach Abschluss der Beratung steigt. Die vor der Beratung unbesetzte GAF-Kategorie „Keine oder nur minimale Symptome ...“ (Saß et al., 1996, S. 23) mit Werten zwischen 81 bis 90 ist nach Abschluss der Beratung von 12,5 % der KlientInnen besetzt.

Die Behandlungseffektivität – ausgedrückt als Mittelwertsveränderungen (mit dazugehörigen Effektstärken) – ist als hoch einzustufen. Die Veränderungen in der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome vom Prä- zum Postzeitpunkt (s. Tabelle 8) sind auf allen Skalen der SCL-90-R und dem GSI als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung signifikant ( $p < 0,001$ ) und erreichen nach der Konvention von Cohen (1988) überwiegend mittlere (GSI und Subskalen *Somatisierung*, *Unsicherheit*, *Aggressivität*, *Ängstlichkeit*) bis große (Subskalen *Zwanghaftigkeit* und *Depressivität*) Effektstärken<sup>55</sup>. Auch auf der Psychosozialen Beschwerdeliste ist die Veränderung der Symptome, bei denen im Vergleich zur Feldstichprobe 2007/2008 vor Beginn der Beratung Unterschiede i. S. einer signifikant stärkeren Beeinträchtigung der PBS-KlientInnen bestanden – neben der psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung waren dies depressive<sup>56</sup> und Angstsymptome<sup>57</sup> sowie *Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten*, *Psychosomatische Beschwerden*, *Konflikte mit den Eltern und Andere Probleme* (Tabelle 9) –, mit Ausnahme von *Konflikten mit den Eltern*<sup>58</sup> signifikant (mind.  $p < 0,05$ ), wobei kleine bis mittlere Effektstärken erzielt werden (Tabelle 11). Von den psychosozialen Problembereichen, bei denen es bei Aufnahme der Beratung keine Unterschie-

---

<sup>54</sup> Bei PBS-KlientInnen sind *Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Psychosomatische Beschwerden* und *Andere Probleme* auch nach Beendigung der Beratung in signifikant stärkerer Ausprägung vorhanden (mind.  $p < 0,05$ ) als bei Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008, während *Sexuelle Probleme* – wie auch schon vor Aufnahme der Beratung – bei KlientInnen der PBS im Vergleich zur Feldstichprobe signifikant geringer ( $p < 0,001$ ) ausgeprägt sind (Tabelle 10).

<sup>55</sup> Subskalen *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus*: kleine Effektstärken (Tabelle 8).

<sup>56</sup> *Mangelndes Selbstwertgefühl*, *Depressive Verstimmung* und *Selbstmordgedanken*.

<sup>57</sup> *Prüfungsangst* und *Unerklärliche Angst/Unruhe*.

<sup>58</sup> *Konflikte mit den Eltern* bleiben vom Prä- zum Post-Zeitraum unverändert.

de zwischen PBS-KlientInnen und Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 gab<sup>59</sup>, zeigten sich für die PSB-Items *Kontaktschwierigkeiten* und *Zwangsvorstellungen/-handlungen* signifikante Verbesserungen (mind.  $p < 0,05$ ) vom Prä- zum Postzeitpunkt, wobei kleine Effektstärken erreicht wurden (Tabelle 11). Die übrigen Problembereiche veränderten sich im Verlauf der Beratung nicht. Für Problembereiche, die sich durch psychotherapeutische Beratung nicht unmittelbar beeinflussen oder verändern lassen wie *Wohnprobleme* oder *Finanzielle Schwierigkeiten*, ist dies nicht weiter verwunderlich. Bei anderen Problembereichen wie *Eigene körperliche Krankheiten* und *Krankheit/Tod nahestehender Personen* lässt sich durch psychotherapeutische Beratung zwar ein veränderter Umgang erreichen – als Hinweis hierauf kann die Reduktion der Werte vom Prä- zum Post-Zeitpunkt gewertet werden –, durchschnittlich 6,20 Sitzungen (Tabelle 3) sind für eine signifikante Veränderung aber wahrscheinlich nicht ausreichend. Ähnliches gilt für die bei Aufnahme der Beratung in der Regel bereits verfestigten *Konflikte mit den Eltern* und *Partnerschaftsprobleme*, für die eine schnelle und dauerhafte Lösung eher unwahrscheinlich ist. Die bei PBS-KlientInnen im Vergleich zu Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 bei Aufnahme der Beratung signifikant geringer ausgeprägten *Sexuellen Probleme* verändern sich im Verlauf der Behandlung ebenfalls signifikant ( $p < 0,05$ ), wobei eine kleine Effektstärke erreicht wird (Tabelle 11).

Auch aus Sicht der BeraterInnen zeigt sich eine hohe Effektivität der Behandlung (Tabelle 12): Die Mittelwertsveränderungen auf dem BSS-Gesamtscore und den drei BSS-Dimensionen fallen signifikant ( $p < 0,001$ ) aus und erreichen mittlere (körperliche und sozialkommunikative Beeinträchtigung) bis hohe Effektstärken (psychische Beeinträchtigung und BSS-Gesamtscore). Das globale Funktionsniveau unter Berücksichtigung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen (GAF) verbessert sich vom Prä- zum Postzeitpunkt ebenfalls signifikant ( $p < 0,001$ ) und erreicht eine hohe Effektstärke (Tabelle 12).

Um Veränderungen auf Individuumsebene abbilden zu können (Lambert & Ogles, 2009), wurden ergänzend zur Berechnung von Prä-Post-Effektstärken für Symptom- (SCL-90-R, PSB, BSS, GAF) und Zufriedenheitsmaße (LSZ) statistisch und klinisch signifikante Veränderungen für den GSI der SCL-90-R, den PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore und den BSS-Gesamtscore nach dem Konzept der klinischen Signifikanz (Christensen & Mendoza, 1986; Jacobson et al., 1984) berechnet. Hinsichtlich der psychischen und psychosozialen Symptombelastung verbessert sich ein hoher Anteil an KlientInnen sowohl in der Selbsteinschätzung als auch nach Einschätzung der BeraterInnen im Verlauf der Beratung (Tabelle 17). So liegt der Anteil statistisch signifikant verbesserter KlientInnen auf den beiden Selbstberichtsmaßen bei 47,1 % (SCL-90-R) bzw. 55,9 % (PSB) und in der Fremdbeurteilung durch die BeraterInnen bei 62,4 % (BSS). Der Anteil klinisch signifikant verbesserter KlientInnen ist sowohl auf den beiden Selbstberichtsmaßen als auch in der Fremdeinschätzung durch die BeraterInnen mit 40,5 % (SCL-90-R) und 44,1 % (PSB) bzw. 44,4 % (BSS) vergleichbar hoch. Nach dem Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz (Christensen & Mendoza, 1986; Jacobson et al., 1984) gelten diese KlientInnen als „geheilt“, d. h. sie haben sich aus einem dysfunktionalen Bereich vor der Beratung („krank“) in einen funktionalen Bereich nach der Beratung („gesund“) bewegt und darüber

---

<sup>59</sup> *Partnerschaftsprobleme, Krankheit/Tod nahestehender Personen, Eigene körperliche Krankheiten, Wohnprobleme, Finanzielle Schwierigkeiten, Starke Belastung durch Kind, Kontaktschwierigkeiten, Schwer beherrschbare Aggressionen, Zwangsvorstellungen/-handlungen, Probleme mit Alkohol/Drogen, Medikamentenabhängigkeit und Psychiatrische Erkrankungen* (Tabelle 9).



hinaus lag die Höhe der Veränderung jenseits des Bereichs der Messfehlerunsicherheit. In der vorliegenden Untersuchung liegt der Anteil an Verbesserung damit ähnlich oder höher als in vergleichbaren Studien. So lag die Rate statistisch signifikant verbesserter KlientInnen bei Schauenburg und Strack (1998; 180 KlientInnen einer Beratungsstelle für Studierende, durchschnittlich 6,9 Sitzungen Kurzzeitpsychotherapie bzw. Krisenintervention) unter Verwendung der SCL-90-R als Outcomemaß bei 43 % und die der klinisch signifikanten Verbesserung („geheilt“) bei 23 % (Kapitel 1.4.2.6). Bei Choi et al. (2010) verbesserten sich auf dem OQ-45 (Lambert et al., 1994) nach durchschnittlich 6 Sitzungen ( $SD = 5,8$ ) psychotherapeutischer Beratung 48 % der KlientInnen statistisch und 32 % klinisch signifikant (Kapitel 1.4.2.5). Hansen et al. (2002) setzten den OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) zur Bestimmung statistisch und klinisch signifikanter Veränderung u. a. bei 1.188 KlientInnen eines University Counseling Centers ein (Kapitel 1.4.2.6) und fanden nach durchschnittlich 5,8 Beratungssitzungen ( $SD = 5,4$ ) bei 32,7 % der KlientInnen eine statistisch signifikante und bei 12,6 % eine klinisch signifikante Verbesserung.

Der Anteil unveränderter KlientInnen liegt in der Selbsteinschätzung bei 27,9 % (PSB) und 47,9 % (SCL-90-R), nach Einschätzung der BeraterInnen bleiben 37,6 % der KlientInnen hinsichtlich ihrer Gesamtbeeinträchtigungsschwere durch eine psychogene Erkrankung (BSS) vom Prä- zum Postzeitraum unverändert (Tabelle 17). Der Anteil unveränderter KlientInnen insbesondere auf der SCL-90-R erscheint auf den ersten Blick hoch, ist jedoch ähnlich oder geringer als in vergleichbaren Untersuchungen. Bei Schauenburg und Strack (1998) lag der Anteil unveränderter KlientInnen bei 50 % (SCL-90-R), bei Choi et al. (2010) bei 46 % (OQ-45) und bei Hansen et al. (2002) bei 57,6 % (OQ-45.2).

Die Rate an Verschlechterung in der vorliegenden Untersuchung liegt in der mit zwischen 5-10 % in der Literatur (Lambert & Ogles, 2004) angegebenen Größenordnung. So verschlechtern sich im Selbstbericht auf der SCL-90-R 5,0 % der KlientInnen statistisch signifikant, bei 2,5 % der KlientInnen ist die Verschlechterung auch klinisch signifikant, d. h. die Symptombelastung dieser KlientInnen hatte vor Beginn der Beratung im Normbereich gelegen, nach Ende der Beratung schätzten sie sich jedoch im Vergleich zur Referenzgruppe als stärker belastet ein. Auf der PSB lag die Rate klinisch signifikant verschlechterter KlientInnen bei 5,1 %<sup>60</sup>; in der Einschätzung der BeraterInnen (BSS) hatte sich keine/r der KlientInnen verschlechtert (Tabelle 17). Bei Schauenburg und Strack (1998) hatten sich 6 % statistisch und 3 % klinisch signifikant verschlechtert, bei Choi et al. (2010) waren es 6 % und bei Hansen et al. (2002) 9,7 % statistisch signifikante Verschlechterung gewesen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass psychotherapeutische Beratung nach dem ABCDE-Modell integrativer Beratung eine hohe Effektivität aufweist. Hinsichtlich der psychischen Belastung bestehen zwischen PBS-KlientInnen und Studierenden einer Normstichprobe (Franke, 2002) nach Abschluss der Beratung auf dem GSI und 7 der 9 Subskalen der SCL-90-R keine signifikanten Mittelwertsunterschiede mehr (Tabelle 7). Auch hinsichtlich der mittels PSB erfassten psychosozialen Problembereiche finden sich nach Abschluss der Beratung mit wenigen Ausnahmen (Tabelle 10) keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen PBS-KlientInnen und

---

<sup>60</sup> Die Rate statistisch signifikant verschlechterter KlientInnen auf der PSB lag bei 16,2 %. Trotz reliabler Verschlechterung lag der PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore von 5,1 % dieser KlientInnen jedoch noch unter dem Cut-off-Punkt (s. Kapitel 3.3.3, Abbildung 11).

Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008. Aus Sicht der BeraterInnen (BSS) sinkt der Anteil an KlientInnen mit behandlungsbedürftigen psychogenen Erkrankungen von 53,0 % nach dem Erstgespräch auf 15,4 % nach Abschluss der Beratung (Kapitel 3.2.3). Während der Anteil behandlungsbedürftiger KlientInnen auf der Skala zur Globalen Einschätzung des Funktionsniveaus (GAF) bei Aufnahme der Beratung bei 47,5 % gelegen hatte, besteht nach Abschluss der Beratung lediglich noch bei 3,5 % der KlientInnen Bedarf für eine ambulante Behandlung (Kapitel 3.2.4). Die Prä-Post-Veränderungen auf den Selbst- und Fremdbeurteilungsmaßen sind signifikant und erreichen überwiegend mittlere bis hohe Effektstärken (Tabellen 8, 11 und 12). Ein hoher Prozentsatz an KlientInnen verbessert sich vom Prä- zum Postzeitpunkt auf den Selbst- (GSI, SCL-90-R; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) und Fremdbeurteilungsmaßen (BSS-Gesamtscore) statistisch und auch klinisch signifikant (Tabelle 17), die Verbesserungsraten insbesondere für klinische Signifikanz („geheilt“) liegen z. T. deutlich über denen vergleichbarer Studien (Choi et al., 2010; Hansen et al., 2002; Schauenburg & Strack, 1998). Der Anteil unveränderter KlientInnen ist hingegen ähnlich oder geringer und die Verschlechterungsraten liegen in der in der Literatur benannten Größenordnung (Lambert & Ogles, 2004).

Im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie ist psychotherapeutische Beratung weniger durch eine kurative als vielmehr durch eine (primär) präventive und unterstützende Ausrichtung gekennzeichnet (Warschburger, 2009). Zielsetzung psychotherapeutischer Beratung ist z. B. die Entwicklungsförderung, die Verbesserung des Wohlbefindens, die Ressourcenaktivierung, die Steigerung der Problemlösekompetenzen und der Bewältigungsmöglichkeiten, mit Fokussierung auf die unmittelbare Veränderung der als problematisch erlebten Lebenssituation (Warschburger, a. a. O.). Dieser stärkeren Verortung psychotherapeutischer Beratung am Gesundheitspol wurde in der vorliegenden Untersuchung durch eine mehrdimensionale Ergebniserfassung Rechnung getragen: Neben Veränderungen der Symptomatik wurden über die *Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ)* auch Veränderungen des Wohlbefindens erfasst. Die Ergebnisse von Howard et al. (1993) und Stulz und Lutz (2007) legen die Möglichkeit einer raschen Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens im Verlauf einer Psychotherapie nahe. In der psychotherapeutischen Beratung kann diese ebenfalls angenommen werden, insbesondere, da integrative psychotherapeutische Beratung nach dem ABCDE-Modell in besonderer Weise darauf ausgerichtet ist, eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu (re-)aktivieren (vgl. Kapitel 1.5.7). Die erfolgreiche Bewältigung bestehender Anforderungen bzw. eine gelungene Anpassung an neue Lebenssituationen wird sich vermutlich auch positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken. In der vorliegenden Untersuchung wurde daher davon ausgegangen, ***dass es im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung zu einer Verbesserung der Lebens- und Studienzufriedenheit kommt (Hypothese 2.2)***. Hypothesenkonform verbessert sich die Lebens- und Studienzufriedenheit der PBS-Gesamtstichprobe vom Prä- zum Postzeitpunkt signifikant ( $p < 0,001$ ), wobei hohe Effektstärken erzielt werden (Tabelle 15). PBS-KlientInnen unterscheiden sich nach der Beratung sowohl im LSZ-Gesamtwert als auch auf den Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit* nicht mehr signifikant von Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 (Tabelle 14).

Eine deutliche Reduktion der Symptomatik sagt nicht unbedingt etwas darüber aus, ob im Beratungsverlauf die angestrebten Beratungsziele und eine Verbesserung der Lebensqualität in für die KlientInnen zufriedenstellender Weise erreicht werden konnten. Als weiterer Hinweis auf die Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Beratungsangebot der PBS wurde daher i. S.

einer retrospektiven Erfolgsbeurteilung (Michalak et al., 2003) die Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie hilfreich war die Beratung für Sie insgesamt?“<sup>61</sup> herangezogen. In die oberen beiden Kategorien der fünfstufigen Likert-Skala (0 = *gar nicht* bis 4 = *sehr*) fielen 85,6 % der KlientInnenantworten ( $n = 113$ ), worin eine (sehr) hohe Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der PBS zum Ausdruck kommt (Abbildung 9). Auf die mittlere Antwortkategorie entfielen 8,3 % ( $n = 11$ ) der KlientInnenantworten und die unteren beiden Kategorien, in denen sich eine Gesamtbewertung des Beratungsangebots als (*gar*) nicht hilfreich ausdrückt, waren lediglich mit 6,1 % der KlientInnenantworten ( $n = 8$ ) besetzt. Die Zufriedenheit mit dem Beratungsangebot der PBS deckt sich mit den in katamnestischen Befragungen gefundenen Ergebnissen zur Beratungszufriedenheit, nach denen „... [r]egelmäßig ... über 80 % der Befragten in den Nachbefragungen mit den Ergebnissen des Beratungsprozesses zufrieden bis hoch zufrieden [sind]“ (Borg-Laufs & Schmidtchen, 2005, S. 16). Eine Einschätzung der Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Beratungsangebot direkt nach Beratungsende ist mit einer katamnestischen Erhebung der Beratungszufriedenheit natürlich nur bedingt vergleichbar. In einer Untersuchung zur Patientenzufriedenheit mit ambulanter Psychotherapie fanden Puschner, Bauer, Kraft und Kordy (2005) jedoch eine hohe Stabilität der mittels ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989) gemessenen Zufriedenheitswerte. Mit einer Zufriedenheitsrate zwischen 83 und 90 % zeigte sich „[ü]ber den Beobachtungszeitraum von zwei Jahren ... praktisch keine Veränderung“ (Puschner et al., 2005, S. 524).

In Kapitel 1.6 wurde dargestellt, wie sich therapeutische Ansätze, die psychische Gesundheit verbessern, auch positiv auf Verhaltensweisen oder Persönlichkeitseigenschaften auswirken, die für Kreativität förderlich sind (Carson, 1999; Cole & Sarnoff, 1980; Holm-Hadulla, 2000a). Es wurde ausgeführt, wie sich (Alltags-)Kreativität durch integrative psychotherapeutische Beratung nach dem ABCDE-Modell fördern lässt (Kapitel 1.6.1). Ausgehend von einer Problemlösung unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven und bisheriger Lösungsversuche in der *Initial-* bzw. *Vorbereitungsphase*, gelangen in der *Inkubationsphase* in Anpassung an die individuelle Problemstellung unterschiedliche Interventionen des integrativen Beratungskonzepts zum Einsatz (*Technische Phase*, Abbildung 1): verhaltenstherapeutische Ratschläge zur produktiven und kreativen Lebensgestaltung (Vermittlung geeigneter Lern- und Arbeitstechniken, Wiederherstellung der Work-Life-Balance), partielle kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Überzeugungen und Bewertungen (*sokratischer Dialog*), bewusster Wahrnehmung lebensgeschichtlich bedingter (unbewusster) Konflikte mittels einsichtsfördernder Techniken (*Klarifikation und Konfrontation*), Auseinandersetzung mit existentiellen Grundgegebenheiten des menschlichen Seins. Durch die Interventionen angeregt, entsteht ein Abstand, die Krisensituation wird aufgehalten, die in der Krise steckenden Möglichkeiten können genutzt werden (Kast, 1989). In die zunehmende Unruhe und das Gefühl der Vergeblichkeit („... Stadium der Krise [als] Vorstadium einer Wandlung“, a. a. O., S. 25) dringt die Hoffnung und Überzeugung von der Lösbarkeit des Problems. Aus dem „... ,un- bzw. vorbewußte[n] Weiterarbeiten' ...“ (Petzold, 2003, S. 129) am Problem scheint die Lösung plötzlich auf (*Illumination*); die Einsicht wird begleitet von entlastenden und befreienden Gefühlen und „... Atmosphären der Zugehörigkeit [und] Zufriedenheit ...“ (a. a. O., S. 130). Die durch die Interventionen auf den unterschiedlichen Beratungsebenen angeregten Verhaltensalternativen, veränderten Überzeugungen und Bewertungen, (emotionalen) Einsichten und Erweiterungen des

---

<sup>61</sup> Letzte Frage des ABCDE-Ratings (KlientInnenversion).

(Selbst-)Verständnisses, werden in der *Elaborations-* bzw. *Verifikationsphase* kritisch in ihrem Nutzen für die Problemstellung hinterfragt. Erweisen sie sich als hinreichend nützlich, so ist das Beratungsziel erreicht. Ist dies nicht der Fall, so kann sich aus der Phase der Elaboration und Verifikation i. S. der „... ‚hermeneutischen Spirale‘ ...“ (a. a. O.) eine neue Initialphase ergeben. Aus dieser Sicht betrachtet, lässt sich eine Kurz- und insbesondere eine längere Psychotherapie als Abfolge aufeinander aufbauender kreativer Prozesse verstehen. In der *Schlussphase* wird der Beratungsprozess zusammengefasst und evaluiert. Mögliche kreative „Produkte“ integrativer Beratung sind in Zuordnung zu den Ebenen des ABCDE-Modells: funktionalere und auf angemesseneren Überzeugungen basierende (C) Verhaltensweisen (B), neue (emotionale) Einsichten (D) und eine veränderte Selbst- und Weltsicht (E).

Die Wieder- bzw. Neuentdeckung und Förderung des kreativen Potentials innerhalb der integrativen psychotherapeutischen Beratung findet in einem festgelegten und verlässlichen Rahmen statt. Die Gestaltung der Berater-Klient-Beziehung erfüllt die Bedingungen der von Rogers (1976) für die Entstehung konstruktiver Kreativität als förderlich erachteten *psychischen Sicherheit*: bedingungslose Akzeptanz, keine Wertsetzung von außen und empathisches Verstehen. Aus Sicht der modernen Bindungsforschung lässt sich eine solche tragfähige und hilfreiche Beratungsbeziehung als „sichere Basis“ (Bowlby, 1988) verstehen, von der aus der Klient sich zunehmend mutiger an ängstigende und bedrohliche Wahrnehmungen und Erinnerungen heranwagen kann (A). Diese unangenehmen, bedrängenden, ängstigenden und deprimierenden Erfahrungen des Klienten können im gemeinsamen Erlebens- und „Übergangsraum“ (Winnicott, 1987) sprachlich und durch Vorstellungsbilder repräsentierend gestaltet werden (hermeneutische Wirkprinzipien des *Interaktionellen Erlebens* und der *Repräsentierenden Gestaltung*; Holm-Hadulla, 1996, 1997). Indem der Berater dem Klienten sein „... szenisch gestaltete[s] Erleben ...“ (Holm-Hadulla, 1997, S. 81) zur Anschauung bringt, kann sich der Wahrnehmungshorizont des Klienten um diese Perspektiven erweitern, wobei es dem Klienten selbstverständlich freisteht, ob er die notwendigerweise subjektiven Vorstellungsbilder des Beraters teilen und zur Gestaltung seines Erlebens nutzen möchte. Das Wissen und das Verständnis der am Gespräch Beteiligten erweitert sich im Beratungsverlauf immer mehr, es kommt zu einer „Horizontverschmelzung“ (Gadamer, 1960, S. 312), zu einer gemeinsam „... geteilten Wahrheit und Wirklichkeit“ (Holm-Hadulla, 1997, S. 47 f.). In der Akzeptanz vormals nicht zugänglicher innerer Erlebnisse (*Erinnerung*) kann sich die persönliche Wirklichkeit des Klienten komplettieren. Aus passivem Geschehen(-Lassen) wird aktives Gestalten.

Die Annahme, dass therapeutische Ansätze neben der Verbesserung psychischer Gesundheit auch positive Auswirkungen auf kreativitätsförderliche Verhaltensweisen oder Persönlichkeitseigenschaften haben (Carson, 1999; Cole & Sarnoff, 1980; Holm-Hadulla, 2000a), wurde für das vorliegende integrative Beratungskonzept theoretisch und behandlungspraktisch exemplifiziert (Kapitel 1.6.1, 1.7; Abbildung 1). Aufgrund der den Haltungen, Strategien und Interventionen des integrativen Beratungskonzepts in den unterschiedlichen Phasen des Beratungs- bzw. kreativen Prozesses inhärenten persönlichkeits- bzw. kreativitätsförderlichen Aspekte wurde angenommen, **dass im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung eine Verbesserung der in der Krise blockierten kreativen Alltagsgestaltung stattfindet (Hypothese 2.3).**

Hypothesenkonform verbesserte sich die kreative Alltagsgestaltung der KlientInnen im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung signifikant ( $p < 0,001$ ) und

erreichte mit 0,50 eine mittlere Effektstärke (Tab. 16). Während die kreative Alltagsgestaltung vor Aufnahme der Beratung (Gesamtwert CCS-State Prä) signifikant geringer ( $p < 0,001$ ) ausgeprägt war als im Jahr vor Konsultation der Beratungsstelle (CCS-Trait-Gesamtwert), unterschieden sich die CCS-State-Post-Gesamtwerte der KlientInnen nach Abschluss der Beratung im Durchschnitt nicht mehr signifikant von ihren CCS-Trait-Gesamtwerten im Jahr vor Aufnahme der Beratung (Kapitel 3.2.6). Dieser Befund lässt sich so interpretieren, dass die in der Krise bestehende Blockierung der kreativen Alltagsgestaltung im Beratungsverlauf aufgehoben werden konnte und sich die KlientInnen nach Abschluss der Beratung ihrem kreativen Potential wieder angenähert haben.

Da kreative Denkprozesse nach Rothenberg (1993, 2001, 2006) immer adaptiv, bewusst und gesund sind, die Fähigkeit zum kreativen Denken in Krisensituationen jedoch erheblich eingeschränkt ist – die Unvereinbarkeit psychischer Störungen mit Kreativität wurde insbesondere für die bei PBS-KlientInnen besonders verbreiteten depressiven und Angststörungen herausgearbeitet (Kapitel 1.3.4.2 und 1.3.4.3) –, wurde in der vorliegenden Arbeit auch untersucht, wie sich die Fähigkeit zum kreativen Denken im Beratungsverlauf verändert. Es wurde die Hypothese aufgestellt, ***dass im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung eine Verbesserung der in der Krise blockierten Fähigkeit zum kreativen Denken stattfindet (Hypothese 2.4).***

Auch auf dem zweiten Kreativitätsinstrument, dem Modul *Kreatives Denken* der ASK, kam es im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung zu einer Verbesserung. Während die Testleistung der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Kreatives Denken* vor Aufnahme der Beratung einem durchschnittlichen Ergebnis entsprach, erzielten die KlientInnen nach Abschluss der Beratung eine überdurchschnittliche Testleistung (Kapitel 3.2.7). Die Verbesserung der Testleistung der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Kreatives Denken* vom Prä- zum Postzeitpunkt ist signifikant ( $p < 0,001$ ) und entspricht mit 1,03 einer hohen Effektstärke (Tabelle 16). Da der Zuwachs der KlientInnen im Kreativen-Denken-Modul der ASK vom Prä- zum Postzeitpunkt die im Manual angegebene Vertrauensgrenze überschreitet, kann von einer wirklichen Steigerung der Fähigkeitsausprägung im Beratungsverlauf ausgegangen werden. Dass dieser Zuwachs im Kreativen Denken allein auf einen Retest-Effekt zurückzuführen ist, ist insofern eher unwahrscheinlich, als dass zwischen Prä- und Post-Testung in der Regel mehrere Monate vergingen und die KlientInnen nach der ersten Testung keine Rückmeldung bzgl. der Richtigkeit ihrer Antworten in den einzelnen Aufgabengruppen erhalten hatten, die es für das ASK-Modul *Kreatives Denken* ohnehin nicht gibt.

Nach Carson (1999) steht ein Gleichgewicht zwischen konvergentem und divergentem Denken in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit. Neben erwarteten Verbesserungen des kreativen Denkens (Hypothese 2.4) wurde in der vorliegenden Arbeit daher auch untersucht, ***wie sich die Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung verändert (Forschungsfrage 2.5).***

Auch im ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* verbessert sich die Testleistung der PBS-KlientInnen vom Prä- zum Post-Zeitpunkt signifikant ( $p < 0,01$ ), die Effektstärke fällt mit 0,41 jedoch klein aus. Zwar verbessern sich die PBS-KlientInnen auch im Schlussfolgernden Denken von einer durchschnittlichen Testleistung vor Beginn der Beratung zu einer überdurchschnittlichen Leistung nach Abschluss derselben, die Zunahme der Leistung der PBS-KlientInnen im

ASK-Modul *Schlussfolgerndes Denken* vom Prä- zum Postzeitpunkt überschreitet die im Manual angegebene Vertrauensgrenze jedoch nicht, sodass von keiner wirklichen Steigerung der Fähigkeit zum Schlussfolgernden Denken im Beratungsverlauf ausgegangen werden kann. Bedingt durch den Leistungszuwachs der PBS-KlientInnen im ASK-Modul *Kreatives Denken*, kommt es auch im ASK-Gesamtwert (standardisierter Gesamtwert aus Schlussfolgerndem und Kreativem Denken) zu einer signifikanten Verbesserung ( $p < 0,001$ ) der Testleistung von einem durchschnittlichen Ergebnis bei Aufnahme der Beratung zu einer überdurchschnittlichen Testleistung nach Abschluss derselben. Die Verbesserung im ASK-Gesamtwert entspricht mit 0,83 einer hohen Effektstärke und die im Manual angegebene Vertrauensgrenze wird überschritten. Der Nutzen und die Aussagekraft des ASK-Gesamtwerts bleibt nach Schmidt-Atzert (2007) jedoch unklar: „Was ist ein Gemisch aus Schlussfolgerndem und Kreativem Denken? .... Man kann den Gesamtttest mit einem Kombinationspräparat, bestehend aus Aspirin und Vitaminen, vergleichen. Beide Komponenten sind für sich alleine bei bestimmten Indikationen bewährt, der Nutzen der Kombination ist fraglich“ (S. 41).

***In Forschungsfrage 2.6 wurde untersucht, inwieweit die Erfolgseinschätzungen der KlientInnen auf den beiden Selbstberichtsmaßen SCL-90-R und PSB übereinstimmen und welche Übereinstimmung zwischen der Einschätzung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (SCL-90-R bzw. PSB) und aus Sicht der BeraterInnen (BSS) besteht.***

Die Übereinstimmung des Beratungserfolgs über unterschiedliche Messinstrumente hinweg und aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven ist insgesamt als gering zu bezeichnen (Kapitel 3.4). Die Erfolgseinschätzungen auf den beiden Selbstberichtsinstrumenten (GSI, SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) zeigen nur einen schwachen signifikant positiven Zusammenhang ( $\phi = 0,354$ ;  $p < 0,001$ ). Auch zwischen den Einschätzungen des Beratungserfolgs aus KlientInnen- und BeraterInnenperspektive zeigen sich nur geringe Übereinstimmungen. Lediglich zwischen der Selbsteinschätzung auf der SCL-90-R (GSI) und der BeraterInneneinschätzung auf dem BSS (Gesamtscore) zeigt sich ein schwacher signifikant positiver Zusammenhang ( $\phi = 0,277$ ;  $p < 0,001$ ), für die KlientInneneinschätzung des Beratungserfolgs auf dem PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore und die BeraterInneneinschätzung auf dem BSS-Gesamtscore ergibt sich hingegen kein signifikanter Zusammenhang ( $\phi = 0,015$ ;  $p = 0,868$ ). Unterschiedliche und sogar widersprüchliche Erfolgsbeurteilungen aus Sicht der KlientInnen und BeraterInnen kommen in der Beratungsforschung durchaus vor und sind unproblematisch (Wampold et al., 2002). In der vorliegenden Untersuchung können sie als Hinweis darauf interpretiert werden, dass KlientInnen und BeraterInnen unterschiedliche Kriterien an eine erfolgreiche Beratung anlegen. Während KlientInnen die in der Beratung erzielten Veränderungen vielleicht bereits als ausreichend bewerten und sie im Sinne des *Phasenmodells psychotherapeutischer Veränderungen* (Howard et al., 1993) wieder Hoffnung haben, die Probleme, die sie in die Beratung geführt haben, selbständig lösen zu können – v. a. auch aufgrund der im Beratungsverlauf eingetretenen Verbesserung des Wohlbefindens (*Remoralisierung*) und der Symptomatik (*Remediation*) –, kann vermutet werden, dass die BeraterInnen der PBS an eine erfolgreiche Beratung Kriterien anlegen, die in ihrer Zielsetzung an einem hohen und auch psychotherapeutischen Ideal orientiert sind. Zum Zeitpunkt der Durchführung der Untersuchung befanden sich alle BeraterInnen in einer psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung oder hatten diese bereits abgeschlossen (s. Kapitel 2.3). Infolgedessen sind sie darin geschult, Zielsetzungen anzustreben, die überwiegend im Rahmen von Psychotherapien erreicht werden können. Die überwiegend Psychotherapien vorbehaltene anspruchsvolle Zielsetzung

einer Veränderung überdauernder dysfunktionaler Lebens- und Beziehungsmuster (*Rehabilitationsphase*; Howard et al., 1993) und einer damit einhergehenden Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus erfordert neben genügend Zeit auch die Bereitschaft der KlientInnen, sich auf eine intensive Auseinandersetzung mit sich und ihrer Lebensgeschichte einzulassen und hängt nach Howard et al. (a. a. O.) auch von Faktoren wie dem Ausmaß und der Chronifizierung des Problems, dem sekundären Krankheitsgewinn usw. ab. Um bestmöglich zu gewährleisten, dass Zielvorstellungen innerhalb der Beratung nicht über das in diesem Setting Machbare hinausgehen und die Beratung i. S. einer *adaptiven verlaufsorientierten Indikation* (Boll-Klatt, Bohlen & Schmeling-Kludas, 2005) in spezifischer Weise an die Bedürfnisse der KlientInnen angepasst wird, bestand i. R. des Seminars *Integrative Beratung* und der Teamsitzung die Möglichkeit einer kontinuierlichen Supervision durch den ärztlichen Leiter, Professor Holm-Hadulla, bzw. einer Intervision durch die KollegInnen.

Die Überlegung, welche Perspektive (Klient vs. Berater) für die Einschätzung des Beratungserfolgs die validere ist, kann nicht nur aufgrund der im Vergleich zur Fremdbeurteilung auf dem BSS für die SCL-90-R klareren und etablierteren Berechnungsvorschriften für reliable und klinisch signifikante Veränderungen (Schauenburg & Strack, 1998) zugunsten der KlientInnenperspektive entschieden werden. Gerade im niederschweligen und aufgrund der Kostenfreiheit hinsichtlich Verbindlichkeit wenig verpflichtenden Beratungssetting kommt der Einschätzung der KlientInnen über den gesamten Beratungsverlauf eine wesentliche Bedeutung zu. Deren Erleben von Symptombelastung und *Demoralisierung* (Frank, 1997) führt zur Aufnahme einer Beratung<sup>62</sup>, ihre Bewertung der therapeutischen Beziehung und der Interventionen als hilfreich zum Verbleib darin und die Beurteilung von Veränderungen i. S. einer Verbesserung des Wohlbefindens (*Remoralisierung*; Howard et al., 1993) und einer Reduktion der Symptomatik (*Remediation*; a. a. O.) bestenfalls zum erfolgreichen Abschluss der Beratung oder zu deren Abbruch. In seiner Zusammenfassung der Befunde zur Übereinstimmung der Erfolgseinschätzungen von KlientInnen und BeraterInnen deutet McLeod (2003) ebenfalls an, dass KlientInnen Veränderungen angemessener als BeraterInnen zu erfassen vermögen: „... [C]ounselors and therapists are more cautious in their evaluations of change than are clients. It is as if the counsellor can always sense other therapeutic work that might be done“ (S. 128).

---

<sup>62</sup> Eine Ausnahme bilden die von PartnerInnen, Eltern, Angehörigen, DozentInnen und KommilitonInnen „geschickten“ KlientInnen.

***In Forschungsfrage 3.1 wurde untersucht, wie viel Beratung notwendig ist, um eine ausreichende Symptomverbesserung zu erzielen.***

Die Zeitdauer zum Erreichen einer statistisch oder klinisch signifikanten Verbesserung für unterschiedliche Anteile insgesamt statistisch oder klinisch signifikant verbesserter KlientInnen stellt sich über die Selbst- und Fremdbeurteilungsmaße hinweg, die zur Ergebnismessung eingesetzt wurden, recht einheitlich dar (Tabellen 21 bis 26; Abbildungen 13 bis 15). Ein Viertel der KlientInnen benötigt für eine klinisch signifikante Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten zwischen 5 (SCL-90-R, GSI; BSS-Gesamtscore) und 6 (PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) Sitzungen, die Hälfte erzielt dieses Erfolgskriterium in 9 (SCL-90-R, GSI; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) bis 10 (BSS-Gesamtscore) Sitzungen und für drei Viertel der KlientInnen waren 16 Sitzungen (Zeitdauer für alle Ergebnisinstrumente identisch) zum Erreichen einer klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten notwendig. Das weniger strenge Erfolgskriterium einer statistisch signifikanten Verbesserung wird für ein Viertel der KlientInnen, die sich insgesamt statistisch signifikant auf den Ergebnismaßen verbesserten, nach 5 Sitzungen (alle Ergebnisinstrumente) erreicht, die Hälfte benötigt zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums 8 Sitzungen (identische Zeitdauer für alle Ergebnisinstrumente) und drei Viertel der KlientInnen erzielt eine statistisch signifikante Verbesserung auf den Ergebnismaßen in einem Zeitraum zwischen 11 (BSS-Gesamtscore) und 14 Sitzungen (SCL-90-R, GSI; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore: 12 Sitzungen).

Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit den Dosis-Wirkungsbefunden von Anderson und Lambert (2001; s. a. Kapitel 1.4.3), so zeigt sich, dass die Zeitdauer zum Erreichen einer statistisch signifikanten Verbesserung für ein Viertel der KlientInnen mit jeweils 5 Sitzungen in beiden Stichproben identisch ist (Tabelle 36). Auch die mediane Zeitdauer für eine statistisch signifikante Verbesserung ist mit 8 Sitzungen in der PBS und 9 Sitzungen bei Anderson und Lambert (2001) vergleichbar. Mit zwischen 11 und 14 Sitzungen für eine statistisch signifikante Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten für 75 % der KlientInnen ergeben sich in der PBS im Vergleich zur Stichprobe von Anderson und Lambert (a. a. O.) kürzere Zeiten zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums. Dort hatte die Zeitdauer zum Erreichen einer statistisch signifikanten Verbesserung für drei Viertel der KlientInnen 17 Sitzungen betragen. Deutlicher fallen die Unterschiede in den beiden Stichproben für das Erreichen einer klinisch signifikanten Verbesserung aus (Tabelle 36). Für 25 % der PBS-KlientInnen sind zum Erreichen dieses Erfolgskriteriums auf den Ergebnismaßen zwischen 5 und 6 Sitzungen notwendig, wohingegen in der Untersuchung von Anderson und Lambert (a. a. O.) für denselben Anteil klinisch signifikant verbesserter KlientInnen 8 Sitzungen benötigt werden. Auch in der medianen Zeitdauer zum Erreichen einer klinisch signifikanten Verbesserung unterscheiden sich die beiden Stichproben. In der PBS beträgt diese für die unterschiedlichen Ergebnisinstrumente zwischen 9 und 10 Sitzungen und in der Stichprobe von Anderson und Lambert (a. a. O.) 13 Sitzungen. Schließlich werden für das Erreichen einer klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnisinstrumenten für 75 % der KlientInnen in der PBS-Stichprobe 16 Sitzungen benötigt, wohingegen eine klinisch signifikante Verbesserung für drei Viertel der KlientInnen bei Anderson und Lambert (a. a. O.) 25 Sitzungen in Anspruch nimmt (Tabelle 36).

Die Unterschiede in der Zeitdauer zum Erreichen insbesondere einer klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnismaßen für unterschiedliche Anteile an KlientInnen zwischen der vorliegenden Untersuchung und der Studie von Anderson und Lambert (a. a. O.) sind



vermutlich auf das unterschiedliche Vorgehen zurückzuführen. Während bei Anderson und Lambert (a. a. O.) der OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) als Ergebnisinstrument vor jeder Beratungsstunde vorgegeben wurde und eine klinisch signifikante Verbesserung erst ab dem Zeitpunkt als solche gewertet wurde, ab dem sie nach erstmaligem Auftreten bis zum Beratungsende erhalten blieb, stellt die Erfassung statistisch bzw. klinisch signifikanter Verbesserungen in der PBS über lediglich eine Messung zum Post-Zeitpunkt eher eine Momentaufnahme des Zustands der KlientInnen zum Zeitpunkt der Beendigung der Beratung dar. Es steht daher zu vermuten, dass das sophistiziertere Vorgehen bei Anderson und Lambert (2001) die Dauer für das Eintreten insbesondere einer klinisch signifikanten Verbesserung realistischer abbildet als die vorliegende Untersuchung, zumindest, was eine längerfristige Beibehaltung des erzielten Erfolges i. S. dieses Kriteriums anbelangt. Dafür spricht auch, dass die Dosis-Wirkungsbefunde von Anderson und Lambert (a. a. O.) weitgehend mit denen von Howard et al. (1986) übereinstimmen (s. a. Kapitel 1.4.3); dort waren für 53 % der PatientInnen 8 Sitzungen (Mittel aus Selbst- und Fremdeinschätzung) und für 75 % der PatientInnen 26 Sitzungen für eine erfolgreiche Behandlung notwendig. Die kürzere Zeitdauer zum Erreichen der Erfolgskriterien in der PBS könnte ein Hinweis darauf sein, dass KlientInnen die Beratung im Zuge der ersten Symptomlastung zu früh verlassen, um eine dauerhafte Verbesserung zu erzielen. In der Terminologie des *Phasenmodells psychotherapeutischer Veränderungen* von Howard et al. (1993) ausgedrückt also nach der Phase der *Remoralisierung* und der *Remediation* und vor der Phase der *Rehabilitation* (s. a. Kapitel 1.10). Dies ist für den Behandlungsauftrag und das verfügbare zeitliche Kontingent einer psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende durchaus angemessen, schließlich ist es ein erklärtes Ziel integrativer Beratung, Ressourcen und Bewältigungsstrategien von KlientInnen zu mobilisieren, sodass diese die Konflikte und Probleme, die sie in Beratung geführt haben, selbständig lösen können (Kapitel 1.5.7). Eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens (*Remoralisierung*) und der Symptomatik (*Rehabilitation*) können sie hierzu wieder eher befähigen. Die Veränderung lang anhaltender maladaptiver Lebens- und Beziehungsmuster und eine damit einhergehende Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus als Ziel der *Rehabilitationsphase* ist klassischerweise der Psychotherapie vorbehalten (Howard et al., a. a. O.) und erfordert längere therapeutische Prozesse. Natürlich spielen aber immer auch äußere Gründe wie bspw. ein anstehender Auslandsaufenthalt oder die Berufsaufnahme nach absolviertem Studium eine Rolle für die Beendigung der Beratung.

Für die Versorgungspolitik der PBS legen die Ergebnisse nahe, dass für eine statistisch signifikante Verbesserung der Hälfte der KlientInnen mindestens 8 Sitzungen und für eine klinisch signifikante Verbesserung der Hälfte der KlientInnen mindestens 9 Sitzungen notwendig sind und in der Bedarfsplanung entsprechend berücksichtigt werden sollten. Eine Beschränkung der Sitzungszahl unter dieses Zeitkontingent ist daher auch in Zeiten beständig steigender KlientInnenzahlen nicht anzustreben, will man nicht von vornherein ein Beratungsangebot vorhalten, das weniger als der Hälfte der KlientInnen die Möglichkeit einer erfolgreichen Beratung i. S. einer statistisch bzw. klinisch signifikanten Symptomreduktion bietet.

Tabelle 36: Vergleich der vorliegenden Dosis-Wirkungsbefunde mit den Ergebnissen von Anderson und Lambert (2001)

	PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe			Anderson & Lambert (2001)
	SCL-90-R (GSI)	PSB (GBS)	BSS (Gesamt)	OQ-45.2
<b>Klinisch signifikant</b>				
▪ 25 %	5	6	5	8
▪ 50 %	9	9	10	13
▪ 75 %	16	16	16	25
<b>Statistisch signifikant</b>				
▪ 25 %	5	5	5	5
▪ 50 %	8	8	8	9
▪ 75 %	14	12	11	17

*In Forschungsfrage 4.1 wurde untersucht, welche Zusammenhänge zwischen einem erfolgreichen Beratungsergebnis (KlientInnen- und BeraterInnen-Sicht) und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen bestehen.*

#### **Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnensicht**

Im zeitbegrenzten Setting der integrativen Beratung scheint ein erfolgreicher Beratungsverlauf insbesondere damit einherzugehen, dass KlientInnen die Bearbeitung und Veränderung konkreter Verhaltensweisen (bspw. Verbesserung der Lern- und Arbeitstechniken, verbesserte Strategien im Umgang mit Prüfungsängsten) als für sich hilfreich erleben (s. Tabelle 27). Dass die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen für die KlientInnen von besonderer Bedeutung ist, zeigt sich auch daran, dass für die Verhaltensdimension als einzige Dimension des integrativen Beratungsmodells ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Wichtigkeit dieser Dimension für die KlientInnen und einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem GSI der SCL-90-R besteht. Die Einschätzung des dritten hermeneutischen Wirkprinzips *Interaktionelles Erleben* mit der damit einhergehenden Möglichkeit der *Perspektiverweiterung* (operationalisiert durch die Frage: „Haben Sie eine erweiterte Vorstellung Ihrer inneren und äußeren Welt erreicht?“), lässt sich nicht nur als Ergebnis eines oder mehrerer hermeneutischer Wirkprinzipien verstehen, sondern kann als Bewertung des Beratungserfolgs insgesamt interpretiert werden. Dass eine hilfreiche KlientInnen-Bewertung der Beratung insgesamt positiv mit einem erfolgreichen Beratungsergebnis einhergeht, verwundert auch aufgrund der Tatsache, dass es inhaltliche Überschneidungen zwischen beiden Merkmalen gibt und beide zum selben Zeitpunkt eingeschätzt werden, nicht. Neben dem Erleben der Bearbeitung (dysfunktionaler) Kognitionen als hilfreich, war die Beratung i. S. der statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) auch umso erfolgreicher, je eher sie nach Einschätzung der KlientInnen die Bearbeitung dieser Dimension umfasste. Damit ist die Ebene der Kognitionen neben der Beziehungsebene die einzige Dimension des integrativen Beratungsmodells, deren Ausprägung in der Einschätzung der KlientInnen signifikant positiv mit einer statistisch bzw. klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnismaßen korrelierte (s. Tabelle 27). So fand neben der Bewertung der Beratungsbeziehung als hilfreich umso eher eine klinisch signifikante Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore statt, je ausgeprägter das Gefühl der KlientInnen war, von den BeraterInnen angenommen und persönlich unterstützt worden zu sein. Interessant ist, dass in der

KlientInneneinschätzung keine signifikant positive Korrelation zwischen einer erfolgreichen Beratung und dem Gefühl der Wichtigkeit, vom Berater angenommen und persönlich unterstützt worden zu sein, besteht. Gleiches gilt für die Hermeneutik-Dimension „Haben Sie sich in einem allgemeinen Sinne verstanden gefühlt?“, die ebenfalls in keinem signifikant positiven korrelativen Zusammenhang zum Beratungserfolg stand. Dies könnte vorsichtig so interpretiert werden, dass der Beratungsbeziehung aus KlientInnensicht keine besondere Wichtigkeit für den Beratungserfolg zukommt, solange sie von den KlientInnen als unterstützend und hilfreich wahrgenommen wird. Und umgekehrt, dass es für eine erfolgreiche Beratung notwendig ist, die Beratungsbeziehung in der jeweiligen individuellen (An-)Passung so zu gestalten, dass sie von KlientInnen als unterstützend und hilfreich wahrgenommen werden kann. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit „... einer wachsenden Zahl von Studien, [die zeigen,] daß die Einschätzungen des therapeutischen Bündnisses *durch den Klienten* enger mit dem Therapieergebnis korrelieren als die entsprechenden Wahrnehmungen des Therapeuten“ (Miller, Duncan & Hubble, 2000, S. 44). Miller et al. (a. a. O.) führen weiter aus, dass

... ein starkes Arbeitsbündnis dann [entsteht], wenn *der Klient* den Therapeuten als herzlich, vertrauenswürdig, nichtwertend und einfühlsam wahrnimmt. Es reicht also nicht aus, daß es dem Therapeuten nach seiner eigenen Einschätzung gelingt, dem Klienten ein solches therapeutisches Umfeld zu bieten; der Klient muß die Grundhaltungen des Therapeuten auch tatsächlich spüren, wobei jeder Klient sie wieder anders wahrnimmt. (S. 43 f.)

Für die existentielle Dimension ergeben sich mit den Ergebnismaßen ausschließlich signifikant positive korrelative Zusammenhänge zur Einschätzung dieser Dimension als hilfreich, die Ausprägung und die Einschätzung der Wichtigkeit dieser Dimension aus KlientInnensicht korrelieren nicht signifikant mit den unterschiedlichen Erfolgsmaßen (s. Tabelle 27). Nur ein signifikant positiver korrelativer Zusammenhang findet sich für die Ebene der Psychodynamik in Form einer Bewertung dieser Dimension als hilfreich und einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore. Nach Einschätzung der KlientInnen scheint die psychodynamische Ebene mit einer erfolgreichen Beratung i. S. einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnismaßen im Vergleich zur Verhaltens-, kognitiven, Beziehungs- und existentiellen Ebene und der Gesamtbewertung der Beratung<sup>63</sup> weniger zusammenzuhängen. Mögliche Erklärungen hierfür könnten sein, dass sich darin das Vorgehen der integrativen Beratung insgesamt widerspiegelt: Ausgehend von der konkreten verhaltensnahen Problemstellung erfolgt im Beratungsverlauf eine vertiefende Bearbeitung zugrundeliegender (dysfunktionaler) Kognitionen und grundlegenderer bzw. existentieller Themen. Dass die psychodynamische Ebene nach Einschätzung der KlientInnen so wenig in Zusammenhang mit einer erfolgreichen Beratung steht, könnte auch damit erklärt werden, dass diese für die KlientInnen im Vergleich zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen und den globaler gefassten Erfolgskriterien der Beratung (auch ausgedrückt in der existentiellen und der hermeneutischen Dimension) weniger greifbar ist. Ob die psychodynamische Ebene dennoch insofern von Bedeutung ist, als dass sie untergründig die Bera-

---

<sup>63</sup> Vermutlich auch ausgedrückt über die Hermeneutik-Dimension *erweiterte Vorstellung der inneren und äußeren Welt*.

tungsinterventionen der anderen Ebenen mitbestimmt und -steuert oder ob sie zu einem späteren Zeitpunkt der Beratung von größerer Bedeutung wäre, kann nicht geklärt werden.

Die Tatsache, dass die Bewertung der Beratungsdimensionen als hilfreich im Vergleich zur Ausprägung und Wichtigkeit derselben für die KlientInnen mehr signifikant positive korrelative Zusammenhänge mit einer erfolgreichen Beratung zeigt, könnte so interpretiert werden, dass es bei einer erfolgreichen Beratung eher darum geht, die Interventionen der einzelnen Ebenen des integrativen Beratungskonzepts so abzustimmen, dass sie von den KlientInnen in Hinblick auf die (gewünschte) Veränderung als hilfreich erlebt werden und weniger darum, eine Dimension immer in besonders starker Ausprägung zu bearbeiten. Die Ergebnisse der Zusammenhänge der KlientInneneinschätzungen der Dimensionen integrativer Beratung mit den Erfolgsmaßen untermauern ein integratives Vorgehen der BeraterInnen mit einem – vielleicht auch in Hinblick auf die zur Verfügung stehende begrenzte Zeit – kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt.

Die Aussagekraft dieser Ergebnisse ist jedoch insofern eingeschränkt, als dass die Höhe der Korrelationen insgesamt als schwach (Brosius, 2006, S. 519) zu bewerten ist und die KlientInnen die Einschätzung der Dimensionen und der Veränderungen auf den Ergebnismaßen zeitgleich vornahmen. Dadurch kann ein Halo-Effekt (Thorndike, 1920) eingetreten sein: KlientInnen, die insgesamt mit dem Beratungsergebnis zufrieden waren, schätzten sowohl die Veränderungen auf den Symptommaßen als auch die Dimensionen integrativer Beratung als positiv ein. Dagegen spricht jedoch, dass eine *hilfreiche* Bewertung der unterschiedlichen Dimensionen integrativer Beratung bzw. der Beratung insgesamt durch die KlientInnen auch für alle Dimensionen signifikant positiv mit einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) korrelierten und die BeraterInnen die Einschätzung der Veränderung auf dem BSS unabhängig von den KlientInneneinschätzungen vornahmen.

Trotz Einschränkungen können die vorliegenden Ergebnisse i. S. eines explorativen Vorgehens erste Hinweise darauf liefern, welche Dimensionen integrativer Beratung aus Sicht der KlientInnen mit einer erfolgreichen Beratung nach den Kriterien einer statistisch bzw. klinisch signifikanten Verbesserung auf den Ergebnismaßen zusammenhängen.

### ***Zusammenhänge zwischen Beratungserfolg und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus BeraterInnensicht***

---

Aus Sicht der BeraterInnen hängt eine erfolgreiche Beratung insbesondere mit einer untergeordneten Bedeutung der existentiellen Ebene für den Beratungsverlauf zusammen (s. Tabelle 28). So stand eine statistisch und klinisch signifikante Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) und eine klinisch signifikante Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) in einem signifikant negativen korrelativen Zusammenhang mit einer seitens der BeraterInnen jeweils gering eingeschätzten Ausprägung der existentiellen Dimension, ihrer Wichtigkeit für die KlientInnen, ihrem Nutzen für diese („Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?“) und ihrer Wichtigkeit für den Beratungsverlauf. Auch die BeraterInneneinschätzung der Bearbeitung (dysfunktionaler) Überzeugungen, Werte oder Einstellungen (Cognitions) als für die KlientInnen und den Beratungsverlauf von geringer Wichtigkeit stand in einem signifikant negativen korrelativen Zusammenhang mit einer statistisch signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI). Beide Befunde lassen sich dahingehend interpretieren, dass eine Beratung in einem zeitbegrenzten Setting dann erfolgreich ist, wenn die zu bearbeitenden Probleme der

KlientInnen nicht zu grundlegend sind (ausgedrückt durch eine geringe Ausprägung aller Bestandteile der existentiellen Ebene und eine geringe Wichtigkeit der kognitiven Ebene für die KlientInnen und den Beratungsverlauf) und innerhalb der Beratung konkret am Verhalten gearbeitet werden kann. Für letzteres spricht, dass die BeraterInneneinschätzung der Ausprägung und Wichtigkeit der Verhaltensdimension für den Beratungsverlauf signifikant positiv mit einer statistisch signifikanten Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) korreliert (s. Tabelle 28). Damit ist die Verhaltensdimension die einzige Dimension des integrativen Beratungskonzepts, die aus Sicht der BeraterInnen mit einer erfolgreichen Beratung in einem signifikant positiven korrelativen Zusammenhang steht. Die Wichtigkeit der Verhaltensdimension für den Beratungsverlauf aus Sicht der BeraterInnen deckt sich mit der diesbezüglichen KlientInneneinschätzung: Je wichtiger die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen in der Beratung aus Sicht der KlientInnen war, umso eher verbesserten sich diese klinisch signifikant auf der SCL-90-R (GSI).

Während die BeraterInneneinschätzung der existentiellen Dimension integrativer Beratung signifikant negativ mit einer erfolgreichen Beratung korreliert, ergaben sich für die KlientInneneinschätzung der existentiellen Dimension signifikant positive korrelative Zusammenhänge zwischen einer Bewertung dieser Dimension als hilfreich und einer statistisch signifikanten Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) sowie einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore (s. Tabelle 27). Auch eine nach Einschätzung der KlientInnen hohe Ausprägung der kognitiven Ebene und deren Bewertung durch die KlientInnen als hilfreich stand – im Unterschied zur Einschätzung dieser Dimension durch die BeraterInnen – in einem signifikant positiven korrelativen Zusammenhang mit einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung auf dem GSI der SCL-90-R (hohe *Ausprägung* und *hilfreiche* Bewertung) und einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore (*hilfreiche* Bewertung; s. Tabelle 27).

Für die existentielle und die kognitive Ebene des integrativen Beratungskonzepts ergeben sich demnach in der Einschätzung der KlientInnen und der BeraterInnen auf den ersten Blick gegenläufige Zusammenhänge mit einer erfolgreichen Beratung i. S. einer statistisch und klinisch signifikanten Reduktion der Symptomatik auf den Ergebnismaßen. Während eine erfolgreiche Beratung aus Sicht der KlientInnen positiv mit der existentiellen Ebene (*hilfreich*) und der kognitiven Ebene (hohe *Ausprägung* und *hilfreich*) korreliert, zeigen sich nach Einschätzung der BeraterInnen signifikant negative Zusammenhänge zwischen einer erfolgreichen Beratung und der existentiellen Dimension (alle Bestandteile) sowie der kognitiven Ebene (*Wichtigkeit* für die KlientInnen und den Beratungsverlauf). Für die Verhaltensdimension besteht jedoch sowohl für die KlientInnen- als auch die BeraterInneninschätzung ein signifikant positiver Zusammenhang mit einer erfolgreichen Beratung (KlientInnen: *Wichtigkeit* der Bearbeitung; BeraterInnen: *Ausprägung* und *Wichtigkeit* für den Beratungsverlauf). Beide Perspektiven lassen sich folgendermaßen verknüpfen: Eine Beratung ist dann erfolgreich, wenn die Probleme der KlientInnen nicht zu grundlegend sind, als dass sie im zeitbegrenzten Setting der integrativen Beratung in einer für die KlientInnen hilfreichen Form überwiegend verhaltensnah bearbeitet werden können. Dieser Befund steht in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Pinkerton und Rockwell (1994), dass sehr kurze Psychotherapien zwischen einer und fünf Sitzungen effektiv und ausreichend sein können, wenn die individuellen Probleme und Konflikte ausrei-

chend klar umrissen und so geartet sind, dass sie in einem so kurzen Zeitrahmen angemessen und Erfolg versprechend bearbeitet werden können.

***In Forschungsfrage 4.2 wurde untersucht, welche Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der Alltagskreativität und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen bestehen.***

Eine Verbesserung der Alltagskreativität (Gesamtwert CCS-State) steht insbesondere in Zusammenhang mit der kognitiven Ebene integrativer Beratung (Tabelle 29). So korrelierte die BeraterInneneinschätzung der kognitiven Dimension (*Ausprägung, Wichtigkeit* für die KlientInnen und den Beratungsverlauf) signifikant positiv mit einer Verbesserung der Alltagskreativität<sup>64</sup>. Aus Sicht der KlientInnen war der Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der Alltagskreativität und der kognitiven Ebene integrativer psychotherapeutischer Beratung jedoch gegenläufig ausgeprägt. Je weniger die Bearbeitung dysfunktionaler Überzeugungen, Werte oder Einstellungen aus Sicht der KlientInnen Gegenstand der Beratung war, umso eher kam es zu einer Verbesserung der Alltagskreativität im Beratungsverlauf. Wie lassen sich diese entgegengesetzten Einschätzungen von KlientInnen und BeraterInnen zum Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der Alltagskreativität und der kognitiven Ebene erklären? Eine Möglichkeit könnte sein, dass die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen in der integrativen Beratung i. S. der „zusammengefassten Technik“ nach Winiarski (2004; s. Kapitel 1.5.4.2) in einer eher subtilen Weise geschieht, sodass die KlientInnen das Ausmaß der Auseinandersetzung mit (dysfunktionalen) Kognitionen im Beratungsverlauf nicht unbedingt einschätzen können. Zudem ist von unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben der kognitiven Dimension durch KlientInnen und BeraterInnen auszugehen. Die Beantwortung der Frage „Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?“ zu Beratungsende setzt letztlich auf Seiten der KlientInnen ein Wissen um die in der kognitiven Verhaltenstherapie zentrale Bedeutung dysfunktionaler Kognitionen für emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen voraus. Da in der integrativen Beratung im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie jedoch keine explizite Vermittlung des kognitiven Modells an die KlientInnen erfolgt, findet die Einschätzung auf KlientInnenseite auf einer anderen Grundlage statt als aus Sicht der BeraterInnen. Letztere setzen den *sokratischen Dialog* als Methode zur Überprüfung und Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen gezielt ein und haben infolgedessen eine andere Beurteilungsgrundlage als KlientInnen. Ein Hinweis darauf, dass KlientInnen und BeraterInnen unter der Bearbeitung (dysfunktionaler) Kognitionen etwas Unterschiedliches verstehen, ist darin zu sehen, dass KlientInnen- und BeraterInneneinschätzungen der Ausprägung der kognitiven Ebene nicht signifikant miteinander korrelieren ( $r = .18$ ;  $p = 0,12$ ).

Dass die Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen in Zusammenhang mit einer Verbesserung der Alltagskreativität stehen könnte, macht aus Sicht der Kreativitätsforschung Sinn. Schließlich stellen dysfunktionale Kognitionen in Form von z. B. absoluten Forderungen und globalen negativen Selbst- und Fremdbewertungen (Ellis, 1993) ein Hemmnis zur Erreichung

---

<sup>64</sup> Neben signifikant positiven korrelativen Zusammenhängen der Verbesserung der Alltagskreativität mit der BeraterInneneinschätzung der kognitiven Dimension integrativer psychotherapeutischer Beratung, korrelierte auch die seitens der BeraterInnen als hilfreich bewertete Auseinandersetzung mit grundlegenden Themen des Mensch-Seins (Existentials) signifikant positiv mit einer Verbesserung der Alltagskreativität (s. Tabelle 29).

der persönlichen Lebensziele dar (Wilken, 2006). Kämmerer (2005) sieht in kognitiven Fehlern (dysfunktionalen Kognitionen) „... fehlschlagende Lösungsstrategien bei komplexen Problemen ... [, die] zu einer Aufrechterhaltung und möglicherweise zu einer Intensivierung von Problemen anstelle einer Lösung [führen]“ (S. 55). Können eingefahrene und einengende maladaptive Denkmuster im Beratungsverlauf ein Stück weit verändert werden, so ergibt sich neben der Möglichkeit einer größeren „... kognitive[n] und verhaltensmäßige[n] Flexibilität ...“ (Funke, 2000, S. 291) auch die Aussicht auf eine größere „... Unabhängigkeit [... und] Offenheit für neue Erfahrungen (a. a. O.). Nach Funke (a. a. O.) neben „... Nonkonformismus, unkonventionelle[m] Verhalten, weitgespannte[n] Interessen [... und] Risikobereitschaft ...“ (S. 291) charakteristische „... Persönlichkeitseigenschaften kreativer Personen“ (a. a. O.).

***In Forschungsfrage 4.3 wurde untersucht, welche Zusammenhänge zwischen Verbesserungen im schlussfolgernden und kreativen Denken und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs aus Perspektive der KlientInnen und der BeraterInnen bestehen.***

Signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen der Verbesserung der KlientInnen vom Prä- zum Postzeitpunkt auf der ASK und den Einschätzungen der Dimensionen integrativer Beratung fanden sich nur für das ASK-Modul *Kreatives Denken* und den ASK-Gesamtwert (s. Tabelle 30). So war die Verbesserung im Modul *Kreatives Denken* umso höher, je weniger die Bearbeitung (dysfunktionaler) Kognitionen aus Sicht der BeraterInnen Gegenstand der Beratung war. Die Verbesserung im ASK-Gesamtwert stand in einem signifikant negativen korrelativen Zusammenhang zur KlientInneneinschätzung der psychodynamischen Ebene: Je weniger wichtig den KlientInnen die Auseinandersetzung mit psychodynamischen Hintergründen ihrer Problematik war und je weniger hilfreich sie diese Auseinandersetzung für sich einschätzten, umso höher fiel die Verbesserung im ASK-Gesamtwert vom Prä- zum Postzeitpunkt aus.

Die Verbesserung im kreativen Denken scheint in Zusammenhang zu stehen mit einer geringen Ausprägung der kognitiven Ebene in der BeraterInneneinschätzung. Je weniger die Auseinandersetzung mit (dysfunktionalen) Überzeugungen, Werten oder Einstellungen aus Sicht der BeraterInnen Gegenstand der Beratung war, umso höher fiel die Verbesserung im kreativen Denken aus. Eine geringe Ausprägung der Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen aus Sicht der BeraterInnen legt nahe, dass KlientInnen durch dysfunktionale Überzeugungen, Werte oder Einstellungen nicht in einem Maße beeinträchtigt waren, das eine umfangreiche Auseinandersetzung mit dieser Beratungsebene notwendig gemacht hätte. Anders formuliert: Eine Verbesserung des kreativen Denkens im Beratungsverlauf scheint damit zusammenzuhängen, dass BeraterInnen das Ausmaß der Beeinträchtigung bzw. Blockade des kreativen bzw. divergenten Denkens durch dysfunktionale Kognitionen bei KlientInnen nicht so hoch einschätzen, als dass es einer umfangreichen Bearbeitung bedurft hätte. In der gleichen Argumentationslinie können die signifikant negativen korrelativen Zusammenhänge zwischen einer Verbesserung im ASK-Gesamtwert und der KlientInneneinschätzung der psychodynamischen Ebene interpretiert werden. Die Verbesserung im ASK-Gesamtwert ist umso höher, je weniger wichtig den KlientInnen die Auseinandersetzung mit psychodynamischen Hintergründen ihrer Problematik war und je weniger hilfreich sie diese empfanden. Dass den KlientInnen die Auseinandersetzung mit psychodynamischen Hintergründen ihrer Problematik wenig wichtig, bzw. diese für sie wenig hilfreich war, kann ein Hinweis darauf sein, dass unbewusste und interaktionale Konflikte sowie biographische Hintergründe für die gegenwärtige Problematik der KlientInnen bzw. die Blockierung des kreativen Denkens von untergeordneter Bedeutung wa-

ren – vielleicht auch entgegen der Einschätzung der Wichtigkeit, die BeraterInnen den psychodynamischen Hintergründen der gegenwärtigen Problematik der KlientInnen zuschrieben.

Während die Verbesserung des kreativen Denkens signifikant mit einer aus Sicht der BeraterInnen geringen Ausprägung der kognitiven Ebene zusammenhängt, verhält es sich bzgl. der Verbesserung der Alltagskreativität auf den ersten Blick scheinbar umgekehrt. Diese war umso höher ausgeprägt, je eher die Beratung aus Sicht der BeraterInnen die Bearbeitung (dysfunktionaler) Überzeugungen, Werte oder Einstellungen umfasste und je wichtiger diese Auseinandersetzung mit (dysfunktionalen) Kognitionen in der Einschätzung der BeraterInnen für die KlientInnen und den Beratungsverlauf war (s. Tabelle 29). Wie lassen sich diese beiden auf den ersten Blick widersprüchlichen Befunde zum Zusammenhang der kognitiven Ebene mit der Verbesserung der Alltagskreativität bzw. dem kreativen Denken verstehen?

Eine Erklärung hierfür ist, dass die Creative Conditions Scale und das ASK-Modul *Kreatives Denken* „... unterschiedliche Facetten von Kreativität erfassen ...“ (Hofmann, 2010, S. 137): So bestanden weder zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung ( $r = .14$ ;  $p = 0,49$ ) noch nach deren Beendigung ( $r = .28$ ;  $p = 0,17$ ) signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen der Creative Conditions Scale (CCS-State) und dem ASK-Modul *Kreatives Denken*. Da sowohl die CCS als auch die ASK Instrumente zur Erfassung von Kreativität sind, ist der fehlende Zusammenhang zunächst verwunderlich. Hofmann (2010) löst diesen Widerspruch jedoch unter Verweis auf die unterschiedlichen Geltungsbereiche der beiden Instrumente auf: Während das Kreativitätsmodul der ASK divergentes Denken erfasst – die zugehörigen Aufgabengruppen stehen nach Schuler und Hell (2005) in inhaltlicher Nähe zu Komponenten etablierter Intelligenzmodelle (z. B. *word fluency*, Thurstone, 1938; *fluid intelligence*, Cattell & Horn, 1978; *Einfallsreichtum*, Jäger, 1982) –, erfasst die CCS kreative Persönlichkeitseigenschaften bzw. das Interesse an kreativen Verhaltensweisen und der CCS-Gesamtwert gewissermaßen das kreative Potential der KlientInnen bzw. deren kreative Alltagsgestaltung. „Es ist nachvollziehbar, dass die [durch die Aufgabengruppen des ASK-Moduls *Kreatives Denken* erfasste] tatsächliche Fähigkeit zum divergenten Denken dafür nicht unbedingt ein aussagekräftiger Indikator ist ...“ (Hofmann, 2010, S. 137).

***In Forschungsfrage 5.1 wurde untersucht, wie sich Completer von KlientInnen, für die nur Angaben zum Prä-Zeitpunkt vorlagen, hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Symptomatik und Lebens- und Studienzufriedenheit zum Zeitpunkt der Aufnahme der Beratung unterscheiden.***

Insgesamt zeigt sich, dass in der PBS diejenigen KlientInnen verbleiben und eine Beratung von mindestens drei Sitzungen in Anspruch nehmen, die aus Sicht der BeraterInnen für ein solches Angebot sowohl in Hinblick auf die Störungsschwere (BSS) als auch in diagnostischer Hinsicht geeignet sind. So finden sich bei Completern im Vergleich zu KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn mehr F4-Störungen, insbesondere sind die Diagnosen *Anpassungsstörungen* (F43.2) und *Prüfungsangst als spezifische (isolierte) Phobie* (F40.2) häufiger (Tabelle 32). KlientInnen, für die nur Angaben zum Prä-Zeitpunkt vorliegen, sind demgegenüber nach Einschätzung der BeraterInnen sowohl bei Aufnahme der Beratung als auch im Jahr vor Aufnahme (BSS-12-Monats-Kriterium) signifikant stärker (mind.  $p < 0,05$ ) durch eine psychogene Störung (BSS) beeinträchtigt (Tabelle 31). Diagnostisch sind bei KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) häufiger als bei Completern; diese umfassen das gesamte Spektrum der F6-Kategorie und liegen vermutlich in stärkerer Ausprä-



gung vor bzw. die Diagnosekriterien für die jeweilige Persönlichkeits- und Verhaltensstörung sind in vollständigerem Umfang erfüllt als bei den Completern. Innerhalb der F4-Kategorie sind bei KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn die „schwereren“ Diagnosen wie *Panikstörungen* (F41.0), *posttraumatische Belastungsstörungen* (F43.1) und *akute Belastungsreaktionen* (F43.0) im Vergleich zu den Completern häufiger vertreten (s. Tabelle 32).

Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass die BeraterInnen der PBS die Indikationsstellung so vornehmen, wie man es für das Versorgungsfeld und den -auftrag einer psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende erwarten würde. Für das Beratungsangebot geeignete KlientInnen werden in der PBS weiterbehandelt, aus BeraterInnensicht bei Aufnahme und im Jahr davor durch eine psychogene Störung (BSS) stärker beeinträchtigte KlientInnen werden in andere psychosoziale Angebote weitervermittelt, brechen die Beratung ab oder füllen den Post-Bogen trotz Erfüllung des Einschlusskriteriums in die Studie ( $\geq 3$  Sitzungen incl. Erstgespräch) nicht aus. Die Gründe für ein Abbrechen der Beratung bzw. ein Nicht-Ausfüllen des Post-Bogens dürften in einer mangelnden Passung des Beratungsangebots mit den Erwartungen der KlientInnen liegen. Diese resultiert z. B. dann, wenn KlientInnen mit Indikation für weiterführende psychotherapeutische Angebote nicht wie eigentlich notwendig weitervermittelt werden (können), sondern in der PBS zur Behandlung verbleiben. Dies kann äußere Gründe haben, wie z. B. bei ausländischen Studierenden ein nicht ausreichender Versicherungsschutz für psychotherapeutische Leistungen über die Notfallversorgung hinaus, ein nahender Studienabschluss mit Berufsaufnahme in einer entfernten Stadt oder ein anstehender Auslandsaufenthalt; auch können Befürchtungen von Schwierigkeiten bei einer späteren Verbeamtung oder der Aufnahme in eine private Kranken- oder Berufsunfähigkeitsversicherung der Inanspruchnahme weiterführender psychotherapeutischer Angebote entgegen stehen. Eine Fortsetzung der Beratung trotz Indikation für weiterführende psychotherapeutische Angebote ist auf Seiten der BeraterInnen häufig durch den Wunsch motiviert, KlientInnen innerhalb der Beratung doch noch für die eigentlich indizierten Psychotherapieangebote gewinnen zu können. Auf Seiten der KlientInnen wird hierdurch u. U. jedoch die Vorstellung unterstützt, dass Beratung für die gegenwärtige Problemstellung und Symptomatik ausreichend sein könnte, eine in Anbetracht der Störungsschwere häufig unrealistische Hoffnung. Wenn über diese unterschiedlichen Erwartungen im Beratungsverlauf kein produktiver Austausch gelingt, der auch eine dem zeitlichen Umfang einer Beratung angemessene Zielsetzung der Behandlung umfasst, sind Enttäuschungen vorprogrammiert, die auf Seiten der KlientInnen in einen Abbruch der Beratung münden können. Die letzten Ausführungen berühren in ihrem Kern die ethische Frage, ob es vertretbar und sinnvoll ist, KlientInnen, geleitet von der Überlegung: „Besser eine Beratung als überhaupt nichts zu machen“, in einem Setting zu behandeln, das der Störungsschwere nicht angemessen ist, oder ob ein solches Vorgehen letztlich nicht nur beschwichtigende „Oberflächenkosmetik“ sein kann, ein Heftpflaster auf einen Knochenbruch – um die Ausführungen von Strupp (1996) zu pointieren<sup>65</sup> – mit der verpassten Chance einer adäquaten Versorgung, einer daraus für die KlientInnen resultierenden Enttäuschung ins psy-

---

<sup>65</sup> „Diese ‚dritten Kräfte‘ [Versicherungsgesellschaften] versuchen ... die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, daß mit Kurzzeittherapien genausoviel erreicht werden kann, wie mit längeren und intensiveren Behandlungen. Dabei werden u. a. die Art des Problems und die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens nicht berücksichtigt. Ich glaube, daß eine ‚Minitherapie‘ ähnlich einem Heftpflaster empfohlen wird. Auch der Anspruch an Kurzzeittherapie erscheint häufig unrealistisch (Strupp, 1996, S. 144).

chosoziale Versorgungsfeld und einer Erhöhung der Hürde, zukünftig professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Um hier für den individuellen Fall vertretbare und zufriedenstellende Lösungen zu finden, wird ein ausreichender zeitlicher Rahmen benötigt, der u. a. auch genug Raum für eine kollektive Besprechung diagnostischer Aspekte und der geeigneten Indikation bietet. Dieser kann in Anbetracht stetig zunehmender KlientInnenzahlen nur durch eine adäquate personelle Ausstattung der PBSen gewährleistet werden. Sonst drohen (diagnostische) Fehleinschätzungen u. a. auch des Selbst- und Fremdgefährdungsrisikos mit damit einhergehender Gefahr der Erhöhung suizidaler Handlungen und fremdzerstörerischer Verhaltensweisen bis hin zu Amoktaten (Rau, Kliemann, Fegert & Allroggen, 2014).

Die Indikationsentscheidung mehr als bislang aus den Selbstangaben der KlientInnen ableiten zu wollen, um Zeit zu sparen, stellt im Übrigen auch keine Lösung dar, denn Completer unterscheiden sich von KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt bei Aufnahme der Beratung hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Symptomatik und Lebens- und Studienzufriedenheit nicht; eine Ausnahme bildet die signifikant ( $p < 0,01$ ) erhöhte *Prüfungsangst* (PSB-Item 9) bei ersteren. Dass sich Completer von KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn weder hinsichtlich soziodemographischer noch hinsichtlich der im Selbstbericht eingeschätzten Symptomatik unterscheiden, stimmt sowohl mit den diesbezüglichen Ergebnissen von Vonk und Thyer (1999) als auch von Choi et al. (2010) überein. Die Wichtigkeit der Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere aus Fremdbeurteilungssicht für die Indikationsstellung wird an dieser Stelle deutlich (erweiterte Ausführungen hierzu finden sich in Kapitel 3.9.3).

***In Fragestellung 6.1 wurde untersucht, wie gut die durch integrative psychologische und psychotherapeutische Beratung erzielten Behandlungseffekte im Vergleich zur Effektivität (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen im naturalistischen Setting (Effectivenessstudien) sind.***

#### ***Beurteilung der Ergebnisqualität insgesamt***

Die Ergebnisqualität integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung für die gesamte sie in Anspruch nehmende Klientel ist als hoch einzustufen. In den Vergleichen mit den Behandlungsergebnissen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz (unselektierte Ausgangsstichprobe 2007; Hiller et al., 2009) sowie den Ergebnissen der Heidelberg-Berlin-Studie (tiefenpsychologisch fundiert behandelte PatientInnen; Grande et al., 2006) zeigten sich bei vergleichbarer Eingangsbelastung (Kapitel 3.9.2.1, Kapitel 3.9.3) für den GSI der SCL-90-R bzw. des BSI (Franke, 2000) ähnliche Effektstärken im mittleren Bereich (Hiller et al., 2009; s. Tabelle 34). Bei Grande et al. (2006) hatte sich für die Behandlungseffektivität der tiefenpsychologisch fundiert behandelten PatientInnen eine hohe Effektstärke ergeben (Tabelle 33). Die Tatsache, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer bei Hiller et al. (2009) mehr als 5 Mal höher als in der vorliegenden Studie lag und die Behandlungsdauer bei Grande et al. (2006) die der vorliegenden Untersuchung um das 11-fache überstieg, unterstreicht die hohe Behandlungseffektivität integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung für Studierende.

Aufgrund der strukturellen Unterschiede der Angebote (s. Kapitel 1.4.1) sind Vergleiche der vorliegenden, im Beratungssetting durchgeführten Untersuchung mit Ergebnissen ambulanter Psychotherapiestudien natürlich nur sehr eingeschränkt möglich und sinnvoll; sie wurden dennoch angestrengt, da aus dem Bereich psychotherapeutischer Beratung für Studierende mit Ausnahme der Untersuchung von Vonk und Thyer (1999) keine Effektivitätsstudien vorlagen, die die SCL-90-R als Outcomeinstrument verwendeten. Grundlegende Unterschiede der vorliegenden Untersuchung mit den erwähnten Psychotherapiestudien betreffen Stichprobencharakteristika wie Diagnoseverteilung (insbesondere Anteil komorbider Persönlichkeitsstörungen), Altersstruktur und Bildungsniveau. Sowohl bei Hiller et al. (2009) als auch bei Grande et al. (2006) waren die PatientInnen z. T. deutlich älter als in der vorliegenden Untersuchung und wiesen im Vergleich zu dieser ein niedrigeres Bildungsniveau auf<sup>66</sup> (Kapitel 3.9.2.1, Kapitel 3.9.3).

Da mit zunehmendem Lebensalter auch die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung psychischer Störungen steigt (Jacobi, 2009) und das Ausmaß der Chronifizierung einen „... negative[n] Outcome-Prädiktor ...“ (Mestel et al., 2000, S. 132) darstellt, war die Prognose für die in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie (Hiller et al., 2009) bzw. die i. R. der Heidelberg-Berlin-Studie tiefenpsychologisch fundiert behandelten PatientInnen (Grande et al., 2006) vermutlich deutlich weniger günstig als für PBS-KlientInnen, die sich beim Aufsuchen der Beratungsstelle vielleicht erstmalig in psychosozialen Krisen befunden hatten. In Hinblick auf die Diagnoseverteilung lag der Anteil affektiver Störungen bei Hiller et al. (2009) im Vergleich zur vorliegenden Prä-Post-Gesamtstichprobe deutlich höher; bei den in der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie innerhalb der Diagnosekategorie *affektive Störungen* vorwiegend vorliegenden depressiven Episoden (F32) bzw. rezidivierenden depressiven Störungen (F33)<sup>67</sup> kann insbesondere bei höherem Lebensalter von einer höheren Chronifizierungsneigung und einer längeren Behandlungszeit (Schauenburg, 2006) ausgegangen werden.

Von den tiefenpsychologisch fundiert behandelten PatientInnen der Heidelberg-Berlin-Studie erhielten über die Hälfte die Diagnose einer (komorbiden) Persönlichkeitsstörung (Grande et al., 2006), während der Anteil an Persönlichkeitsakzentuierungen (Shapiro et al., 1975) bzw. dysfunktionalen Persönlichkeitsstilen (Oldham & Morris, 2007) bei den PBS-KlientInnen lediglich 7,2 % der Hauptdiagnosen ausmachte (Tabelle 5). Die ausgeprägtere psychopathologische Beeinträchtigung tiefenpsychologisch fundiert behandelter PatientInnen (Grande et al., 2006) kommt auch in der im Vergleich zu den PBS-KlientInnen signifikant ( $p < 0,001$ ) stärkeren Beeinträchtigungsschwere (BSS-Gesamtscore) zum Ausdruck (Kapitel 3.9.3). Auch die Tatsache, dass die tiefenpsychologisch fundiert behandelten PatientInnen überwiegend ein mäßig bis gering integriertes Strukturniveau aufweisen, deutet auf eine stärkere Beeinträchtigung dieser PatientInnen im Vergleich zu den KlientInnen der PBS hin<sup>68</sup>.

---

<sup>66</sup> Bei „... verbale[n], nicht übende[n] Psychotherapien ...“ (Bastine, 1992, S. 256) wird ein positiver Zusammenhang zwischen Intelligenz (repräsentiert in der Höhe des Schulabschlusses; Amelang et al., 2006) und Behandlungserfolg vermutet.

<sup>67</sup> Für genaue Angaben der Diagnoseverteilung siehe Jahresbericht 2007 (<http://www.klinische-psychologie-mainz.de/downloads/misc/jahresber07.pdf>).

<sup>68</sup> In der PBS erfolgte zwar keine routinemäßige Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur nach OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006), aufgrund der Betrachtung psychodynamischer Aspekte der vorliegenden

Die Miteinbeziehung der Beeinträchtigungsschwere aus Fremdbeurteilungssicht (BSS) und der Angaben zum Strukturniveau nach OPD erweitern das Bild der in der Selbstauskunft (GSI, SCL-90-R) vermeintlich gleich schwer beeinträchtigten PBS-KlientInnen und der tiefenpsychologisch fundiert behandelten PatientInnen von Grande et al. (2006) und verdeutlichen die Notwendigkeit einer multiperspektivischen Erfassung der Psychopathologie unter Berücksichtigung persönlichkeitsstruktureller Aspekte. Da Angaben zum Strukturniveau Studierender bislang nicht verfügbar sind, wäre in zukünftigen Projekten zur Erforschung der Effektivität psychotherapeutischer Beratung ergänzend zu einer Diagnostik nach ICD-10 eine Einschätzung der OPD-Strukturachse (Arbeitskreis OPD, 2006) aufschlussreich.

Der Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit der Studie von Vonk und Thyer (1999) ergibt bei vergleichbarer Eingangsbelastung bei Vonk und Thyer (a. a. O.) eine hohe Effektstärke, während die Effektstärke für die Prä-Post-Gesamtstichprobe in der vorliegenden Untersuchung im mittleren Bereich liegt (Tabelle 33). Bei der Beurteilung des Vergleichs ist zu beachten, dass die durchschnittliche Sitzungszahl bei Vonk und Thyer (a. a. O.) um vier Sitzungen höher lag als in der PBS-Stichprobe und der Anteil klinisch beeinträchtigter KlientInnen<sup>69</sup> bei Vonk und Thyer (a. a. O.) signifikant höher ( $p < 0,01$ ) ausfiel als in der PBS (Kapitel 3.9.1). Da mit ansteigender Sitzungsdauer gerade zu frühen Zeitpunkten der Beratung bessere Behandlungsergebnisse verknüpft sind (Ergebnisse der Dosis-Wirkungs-Forschung, Kapitel 1.4.3 und Dosis-Wirkungs-Beziehung in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe, Kapitel 3.5) und eine separate Auswertung der zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen für den GSI der SCL-90-R eine hohe Effektstärke ergibt (Kapitel 3.9.2.2; Tabelle 37, Anhang A), steht zu vermuten, dass die PBS-KlientInnen bei längerer durchschnittlicher Behandlungsdauer bzw. einem höheren Anteil klinisch relevanter Beeinträchtigung in der PBS-Prä-Post-Gesamtstichprobe ebenfalls ein noch besseres Ergebnis erzielt hätten.

### ***Beurteilung der differentiellen bzw. störungsspezifischen Wirksamkeit***

Auch die differentielle bzw. störungsspezifische Wirksamkeit integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung ist im Vergleich zur Effektivität ambulanter (kurz-)psychotherapeutischer Behandlungen als hoch einzustufen. So zeigten sich in einem Vergleich der bei Aufnahme der Beratung psychisch behandlungsbedürftig beeinträchtigten (T-Wert GSI Prä  $\geq 63$ ; SCL-90-R) PBS-KlientInnen mit den Prä-Post-Ergebnissen der Completer-Stichprobe 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie (Hiller et al., 2009) bei signifikant höherer ( $p < 0,05$ ) Eingangsbelastung der PBS-KlientInnen für beide Stichproben hohe Effektstärken (Tabelle 34). Das Ergebnis dieses Vergleichs und die überwiegend hohen Effektstärken für die Symptom- und Zufriedenheitsmaße (Anhang A) machen deutlich, dass auch nach Maßgabe der SCL-90-R in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß psychisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen von integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung in Form einer Krisenintervention bzw. stabilisierenden Kurzberatung profitieren können. Die Befunde unterstreichen die wichtige Funktion der Psychotherapeutischen Beratungsstelle als Erstanlaufstelle für Studierende in Krisensituationen mit der Möglichkeit einer

---

Problematik der KlientInnen im Rahmen der wöchentlichen Fallbesprechungen innerhalb des Seminars *Integrative Beratung* bzw. der Teamsitzung kann jedoch vermutet werden, dass die KlientInnen der PBS vorwiegend über ein gut bis mäßig integriertes Strukturniveau verfügen, wohingegen ein gering integriertes Strukturniveau eher selten vorkommt.

<sup>69</sup> T-Wert GSI Prä  $\geq 63$  (SCL-90-R).

raschen und erfolgreichen Stabilisierung und als Zuweisungsstelle für eine sich im Bedarfsfall daran anschließende Vermittlung in weiterführende Angebote.

Da Beratung als ressourcenaktivierendes und entwicklungsförderndes Verfahren im Gegensatz zur Richtlinienpsychotherapie keine krankheitswertige Störung auf Seiten der KlientInnen voraussetzt, interessieren insbesondere auch Veränderungen im nicht-pathologischen Bereich. Neben signifikanten Verbesserungen ( $p < 0,001$ ) der Symptomatik auf den Globalwerten bei mittleren (GSI, SCL-90-R; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) bis hohen (BSS-Gesamtscore; GAF) Effektstärken, verbesserte sich auch die Lebens- und Studienzufriedenheit der PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä SCL-90-R  $\leq 62$ ) vom Prä- zum Postzeitpunkt signifikant, wobei für den LSZ-Gesamtwert eine hohe und für die Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit* mittlere Effektstärken erzielt wurden (Tabellen 40 bis 42, Anhang B). Dass integrative psychotherapeutische Beratung auch im nicht-pathologischen Bereich zu Verbesserungen des psychischen Befindens und zu einer Zunahme der Lebens- und Studienzufriedenheit führt, wird auch im Vergleich mit den Prä-Post-Ergebnissen kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelter PatientInnen mit nicht-pathologischem Anfangswert der Jahre 2003 bis 2007 der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie (Hiller et al., 2009) deutlich. Dort hatten sich für die nicht-klinisch beeinträchtigten PatientInnen für den GSI des BSI (*Brief Symptom Inventory*; Franke, 2000) kleine Effektstärken ergeben (Tabelle 34). Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende (PBS) ihrem präventiven Auftrag, Studierenden mit Problemen und Krisen im Vorfeld klinisch manifester psychischer Störungen ein niederschwelliges, kostenfreies und effektives Hilfsangebot zur Verfügung zu stellen, gerecht wird.

Um einen ersten Anhaltspunkt für die differentielle Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für unterschiedliche Störungsbilder zu gewinnen, wurden die Prä-Post-Ergebnisse von PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen<sup>70</sup> mit den Behandlungsergebnissen der Completer-Stichprobe unipolar depressiver PatientInnen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Jahre 2001 bis 2008 (Schindler & Hiller, 2010) verglichen. Bei vergleichbarer Eingangsbelastung zeigten sich für den GSI der SCL-90-R bzw. des BSI für PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen und PatientInnen mit Major Depression oder dysthymen Störung (Schindler & Hiller, a. a. O.) ähnliche Effektstärken im mittleren Bereich (s. Tabelle 34). Bei Betrachtung der SCL-90-R-Subskala *Depressivität* als störungsspezifisches Maß für Veränderungen der depressiven Symptomatik, zeigte sich eine signifikante Verbesserung ( $p < 0,001$ ) der PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen vom Prä- zum Postzeitpunkt bei hoher Effektstärke (Tabelle 43, Anhang C). Dieses Ergebnis und die signifikante Reduktion der psychischen und psychosozialen Gesamtbeeinträchtigung (mind.  $p < 0,01$ ) bei KlientInnen mit affektiven Störungen bei mittleren (Selbstbeurteilung) bis hohen (Fremdbeurteilung) Effektstärken (s. Anhang C, Tabellen 43 und 44) sowie die signifikante Verbesserung ( $p < 0,001$ ) der Lebens- und Studienzufriedenheit (hohe Effektstärken für Gesamtwert und Unterskalen, s. Tabelle 45, Anhang C) kann als erster Hinweis auf die störungsspezifische Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für PBS-KlientInnen mit vorwiegend *leichten* und *mittelgradigen (rezidivierenden) depressiven Störungen* verstanden werden.

---

<sup>70</sup> Vorwiegend *leichte* und *mittelgradige depressive Episoden* bzw. *leichte* und *mittelgradige rezidivierende depressive Störungen* (s. Tabelle 5).

Die Behandlung von Anpassungsstörungen stellt einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit von Beratungsstellen für Studierende dar (Kapitel 3.1.9), auch da i. d. R. eine kürzere Behandlungsdauer ausreichend ist, um einen zufriedenstellenden Erfolg zu erzielen (s. Kapitel 3.9.4). In einem Vergleich mit den Ergebnissen gesprächspsychotherapeutisch behandelter PatientInnen mit Anpassungsstörungen von Altenhöfer et al. (2007), ergaben sich bei vergleichbarer Eingangsbelastung in der Selbst- (GSI und BSI- bzw. SCL-90-R-Unterskalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit*) und Fremdbeurteilung (BSS Gesamtscore, GAF-Skala) sowohl für die PBS-KlientInnen als auch für die PatientInnen mit Anpassungsstörungen (a. a. O.) auf den erwähnten Skalen überwiegend hohe Effektstärken (Tabelle 35).

Bei differenzierterer Betrachtung ergibt sich für PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen eine signifikante (mind.  $p < 0,01$ ) Symptomreduktion auf allen SCL-90-R-Skalen, den BSS-Dimensionen und dem PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore bei mittleren bis hohen Effektstärken (s. Tabelle 46 und 47, Anhang D). Das Ergebnis des Vergleichs mit Altenhöfer et al. (2007), die signifikante Reduktion auf den Symptommaßen sowie die signifikante Zunahme ( $p < 0,001$ ) der Lebens- und Studienzufriedenheit bei hohen Effektstärken (s. Tabelle 48, Anhang D) verdeutlichen die hohe Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für KlientInnen mit Anpassungsstörungen. Integrative Beratung nach dem ABCDE-Modell stellt ein effektives Behandlungsangebot dar, das ein Umschlagen von Anpassungsstörungen in schwerwiegendere und behandlungsintensivere Störungen verhindern helfen kann.

Auch der Vergleich mit den zur Beurteilung der differentiellen bzw. störungsspezifischen Wirksamkeit integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung herangezogenen ambulanten (kurz-)psychotherapeutischen Behandlungen (Altenhöfer et al., 2007; Schindler & Hiller, 2010) unterliegt den bereits erwähnten Einschränkungen. Im Vergleich zu den PBS-KlientInnen sind die PatientInnen der Psychotherapiestudien älter, sie leiden an chronifizierteren Störungen und weisen ein geringeres Bildungsniveau auf (Kapitel 3.9.2.4, Kapitel 3.9.4). Trotz dieser Einschränkungen sind die ersten Ergebnisse zur Beurteilung der differentiellen bzw. störungsspezifischen Wirksamkeit integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung vielversprechend. Gerade im Bereich der Behandlung von Anpassungsstörungen wäre weitere Effektivitätsforschung in Beratungsstellen für Studierende wünschenswert, da es sich hier um einen wesentlichen Aufgabenbereich der PBSen handelt, in dem den KlientInnen außerhalb der psychotherapeutischen Versorgung über die Krankenkasse ein spezifisches Beratungsangebot vorgehalten werden kann.

#### **4.1 Bewertung der Studie**

Die vorliegende Arbeit stellt die erste Effektivitätsstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden im deutschsprachigen Raum dar. Um der entwicklungsförderlichen und ressourcenorientierten Zielsetzung psychotherapeutischer Beratung (auch im Vergleich zur eher kurativ ausgerichteten Psychotherapie) gerecht zu werden, erfolgte die Beurteilung des Behandlungsergebnisses dabei mehrdimensional und umfasste neben Symptom- auch Zufriedenheits- und Kreativitätsmaße.

Bislang ausschließlich im Rahmen von Einzelfallstudien dokumentierte mögliche positive Veränderungen der Alltagskreativität und des kreativen Denkens im Beratungsverlauf wurden im Projekt *Beratung und Kreativität*, dem die vorliegende Dissertation entstammt, erstmalig unter Verwendung standardisierter Instrumente untersucht. Während sich die bisherigen internati-

onalen Studien zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden ausschließlich auf Selbstberichtsmaße stützen, wurden in der vorliegenden Untersuchung zur Erweiterung der klinischen Perspektive neben Selbst- auch Fremdbeurteilungsmaße eingesetzt sowie Diagnosen nach ICD-10 vergeben. Psychotherapeutische Beratung Studierender erfolgt zu meist nach eklektischen oder integrativen Beratungsansätzen, wobei das Vorgehen in den bisherigen Effektivitätsstudien nicht näher exemplifiziert wurde. Im Rahmen des Projekts *Beratung und Kreativität* wurde ein integratives Beratungskonzept entwickelt, das der wachsenden Anzahl und Vielfalt der studentischen Beratungsanliegen gerecht wird. In der vorliegenden Arbeit wurde das ABCDE-Modell integrativer Beratung ausführlich dargelegt, die empirische Fundierung der darin zur Anwendung gelangenden Haltungen, Strategien und Techniken wurde dargestellt, persönlichkeits- und kreativitätsförderliche Aspekte des Modells in den unterschiedlichen Phasen des Beratungsprozesses wurden herausgearbeitet und das Modell im Feld der Psychotherapie-Integration verortet. Die praktische Anwendung des integrativen Beratungskonzepts wurde anhand einer Kasuistik illustriert.

Die Effektivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende nach dem ABCDE-Modell integrativer Beratung ist auch im Vergleich zu den bisherigen internationalen Effektivitätsstudien in diesem Anwendungsfeld als hoch einzustufen. So bestehen zwischen PBS-KlientInnen und Studierenden einer Normstichprobe (Franke, 2002) nach Abschluss der Beratung auf dem GSI und 7 der 9 Subskalen der SCL-90-R keine signifikanten Mittelwertsunterschiede mehr. Auch hinsichtlich psychosozialer Problembereiche (PSB) finden sich zwischen PBS-KlientInnen und Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008 nach Abschluss der Beratung mit wenigen Ausnahmen keine signifikanten Unterschiede mehr. Aus Sicht der BeraterInnen sinkt der Anteil an KlientInnen mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen von 53,0 % (BSS) bzw. 47,5 % (GAF) nach dem Erstgespräch auf 15,4 % (BSS) bzw. 3,5 % (GAF) nach Abschluss der Beratung. Im Verlauf integrativer Beratung findet jedoch nicht nur eine signifikante Symptomreduktion auf den unterschiedlichen Selbst- und Fremdbeurteilungsmaßen statt, auch die Lebens- und Studienzufriedenheit verbessert sich signifikant. So unterscheiden sich PBS-KlientInnen nach der Beratung sowohl im LSZ-Gesamtwert als auch auf den Unterskalen *Lebens-* und *Studienzufriedenheit* nicht mehr signifikant von Studierenden der Feldstichprobe 2007/2008. Die kreative Alltagsgestaltung (CCS-State-Gesamtwert) und das kreative Denken (ASK-Modul *Kreatives Denken*) der KlientInnen verbessern sich im Verlauf integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung ebenfalls signifikant. Die CCS-State-Post-Gesamtwerte der KlientInnen unterscheiden sich nach Abschluss der Beratung im Durchschnitt nicht mehr signifikant von den CCS-Trait-Gesamtwerten im Jahr vor Aufnahme der Beratung, was nahelegt, dass die in der Krise bestehende Blockierung der kreativen Alltagsgestaltung im Beratungsverlauf aufgehoben werden konnte und sich die KlientInnen nach Abschluss der Beratung ihrem kreativen Potential wieder angenähert haben. Im ASK-Modul *Kreatives Denken* verbessert sich die Testleistung der PBS-KlientInnen von einem durchschnittlichen Ergebnis vor Aufnahme der Beratung zu einem überdurchschnittlichen nach deren Abschluss. Die Prä-Post-Veränderungen auf den Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaßen sind signifikant, bei überwiegend mittleren bis hohen Effektstärken.

Ergänzend zur Überprüfung der Prä-Post-Mittelwertsunterschiede auf Signifikanz und der Berechnung von Effektstärken für Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaße, wurden für die Globalwerte der Symptommaße Veränderungsraten nach dem Konzept der klinischen

Signifikanz berechnet, um Veränderungen auf Individuumsebene abbilden zu können. Im Beratungsverlauf verbessert sich ein hoher Prozentsatz an KlientInnen statistisch und auch klinisch signifikant, wobei die Verbesserungsraten insbesondere für klinische Signifikanz („geheilt“) z. T. deutlich über denen vergleichbarer Studien liegen. Der Anteil unveränderter KlientInnen ist hingegen ähnlich oder geringer und die Verschlechterungsraten liegen in der mit zwischen 5–10 % in der Literatur (Lambert & Ogles, 2004) angegebenen Größenordnung. Die Ergebnisse der Dosis-Wirkungsanalysen machen deutlich, dass für eine statistisch signifikante Verbesserung der Hälfte der KlientInnen mindestens acht und für eine klinisch signifikante Verbesserung mindestens neun Sitzungen notwendig sind und in der Bedarfsplanung entsprechend berücksichtigt werden sollten, will man auch in Zeiten steigender KlientInnenzahlen zumindest der Hälfte der KlientInnen die Möglichkeit einer erfolgreichen Beratung i. S. einer statistisch bzw. klinisch signifikanten Symptomreduktion bieten. Aus Sicht der KlientInnen unterstützen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen einem erfolgreichen Beratungsergebnis<sup>71</sup> und den Einschätzungen des Beratungsverlaufs ein auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmtes integratives Vorgehen der BeraterInnen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt. Aus Sicht der BeraterInnen ist die Beratung dann erfolgreich, wenn die Probleme der KlientInnen nicht zu grundlegend sind, als dass sie im zeitbegrenzten Beratungssetting in einer für die KlientInnen hilfreichen Form überwiegend verhaltensnah bearbeitet werden können.

Die sich in der indirekten Veränderungsmessung (Prä-Post-Effektstärken, statistisch und klinisch signifikante Veränderungsdaten) abzeichnende hohe Effektivität des integrativen Beratungskonzepts korrespondiert mit der retrospektiven Erfolgsbeurteilung der KlientInnen über die Beantwortung der Frage „Wie hilfreich war die Beratung für Sie insgesamt?“. 85,6 % der KlientInnenantworten auf diese letzte Frage des ABCDE-Ratings (KlientInnenversion) entfielen auf die oberen beiden Kategorien der fünfstufigen Likert-Skala (0 = *gar nicht* bis 4 = *sehr*), was eine (sehr) hohe Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Beratungsangebot der PBS dokumentiert.

Die Übereinstimmung des Beratungserfolgs über unterschiedliche Messinstrumente hinweg und aus unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven ist insgesamt gering, was nach Wampold et al. (2002) jedoch nicht unüblich ist. In der vorliegenden Untersuchung kann die geringe Übereinstimmung ein Hinweis darauf sein, dass KlientInnen und BeraterInnen den Erfolg einer Beratung nach unterschiedlichen Maßstäben beurteilen. Während für die KlientInnen die in der Beratung erzielten Veränderungen vielleicht bereits ausreichend sind, legen BeraterInnen an eine erfolgreiche Beratung Kriterien an, die in ihrer Zielsetzung an einem hohen und vermutlich auch psychotherapeutischen Ideal orientiert sind. Welche Perspektive (Klient vs. Berater) für die Einschätzung des Beratungserfolgs die validere ist, kann im niederschweligen, ressourcenorientierten und aufgrund der Kostenfreiheit hinsichtlich Verbindlichkeit wenig verpflichtenden Beratungssetting zugunsten der KlientInnenperspektive entschieden werden. Um in zukünftigen Studien besser einschätzen zu können, inwieweit die Beratung den Erwartungen der KlientInnen entsprach und Behandlungsziele in einem für die KlientInnen zufriedenstellenden Ausmaß erreicht werden konnten, sollten zusätzlich zur indirekten Veränderungsmessung, wie sie im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nahezu ausschließlich zum

---

<sup>71</sup> Reliable bzw. klinisch signifikante Symptomverbesserung bzw. Verbesserung der Alltagskreativität und des kreativen Denkens.



Einsatz kam, retrospektive Erfolgsmaße (Michalak et al., 2003) wie z. B. das *Goal Attainment Scaling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968) Anwendung finden.

Der Vergleich von Completern mit KlientInnen, für die nur Prä-Daten vorlagen, unterstreicht hingegen die Wichtigkeit der Fremdbeurteilungsperspektive für die Indikationsstellung, hatten sich die Completer im Selbstbericht von KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt bei Aufnahme der Beratung weder hinsichtlich ihrer Lebens- und Studienzufriedenheit noch hinsichtlich der Einschätzung der Symptomatik unterschieden – eine Ausnahme bildet die signifikant erhöhte *Prüfungsangst* (PSB-Item 9) bei ersteren. Für das Beratungsangebot aus Sicht der BeraterInnen geeignete KlientInnen werden in der PBS weiterbehandelt, bei Aufnahme durch eine psychogene Störung (BSS) und in diagnostischer Hinsicht stärker beeinträchtigte KlientInnen werden in andere psychosoziale Angebote weitervermittelt, brechen die Beratung ab oder füllen den Post-Bogen trotz Erfüllung des Einschlusskriteriums in die Studie ( $\geq 3$  Sitzungen incl. Erstgespräch) nicht aus. Die Miteinbeziehung der Beeinträchtigungsschwere (BSS) aus Fremdbeurteilungssicht und die Diagnostik nach ICD-10 erweitern das Bild der in der Selbstauskunft vermeintlich gleich schwer beeinträchtigten Completer bzw. KlientInnen mit Angaben nur zum Prä-Zeitpunkt und helfen, den Prozess der Indikationsstellung für ein integratives Beratungsangebot und dessen Beendigung in der PBS genauer nachzeichnen zu können.

Durch die Vergabe von ICD-10-Diagnosen sind auch Vergleiche der vorliegenden, im Beratungssetting durchgeführten Untersuchung mit ambulanten naturalistischen (Kurz-)Psychotherapiestudien möglich. Im Vergleich zu diesen Studien ist die Ergebnisqualität integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung für die gesamte sie in Anspruch nehmende Klientel sowie die differentielle bzw. störungsspezifische Wirksamkeit für zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigte KlientInnen, KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau sowie an affektiven und Anpassungsstörungen erkrankte KlientInnen als hoch einzustufen. Bei vergleichbarer Eingangsbelastung (GSI der SCL-90-R bzw. des *Brief Symptom Inventory*) ergeben sich bei deutlich geringerer Behandlungsdauer ähnliche Effektstärken im mittleren Bereich. Aufgrund der strukturellen Unterschiede der Angebote sind derartige Vergleiche natürlich nur sehr eingeschränkt möglich und sinnvoll. So sind PatientInnen der (Kurz-)Psychotherapiestudien im Vergleich zu den PBS-KlientInnen älter, sie leiden an chronifizierteren Störungen und weisen ein geringeres Bildungsniveau auf. Die Vergleiche mit (Kurz-)Psychotherapiestudien wurden dennoch angestrengt, da die bisherigen Effektivitätsstudien zur psychotherapeutischen Beratung bei Studierenden zur Bewertung der globalen Wirksamkeit überwiegend den OQ-45 (Lambert et al., 1994) bzw. den OQ-45.2 (Lambert et al., 1996; 2004) als Ergebnismaß verwendeten, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert. Auch erlauben die bisherigen Effektivitätsstudien keine Bewertung der differentiellen bzw. störungsspezifischen Wirksamkeit psychotherapeutischer Beratung für Studierende, da in diesen Studien keine DSM-IV-TR- (American Psychiatric Association, 2000) bzw. ICD-10-Diagnosen (Kapitel V, F; Dilling et al., 2005) vergeben wurden.

In der psychotherapeutischen Beratung Studierender sind insbesondere drei Bereiche von behandlungspraktischer Relevanz: Krisenintervention bzw. stabilisierende Kurzberatung auch als Überbrückung bis zur Aufnahme einer weiterführenden Psychotherapie, Veränderungen im nicht-pathologischen Merkmalsbereich (aufgrund der im Vergleich zur kurativ angelegten Richtlinienpsychotherapie eher präventiven, ressourcenaktivierenden und entwicklungsför-

dernden Schwerpunktlegung) und Anpassungsstörungen, für die ein zufriedenstellender Erfolg auch im Rahmen einer kürzeren Behandlungsdauer möglich ist. Für diese drei Anwendungsgebiete liegen mit der vorliegenden Untersuchung erste vielversprechende Ergebnisse vor: So profitieren sowohl in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß psychisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen von integrativer psychologischer und psychotherapeutischer Beratung als auch Studierende mit Problemen und Krisen im Vorfeld klinisch manifester psychischer Störungen und KlientInnen mit Anpassungsstörungen. Die Befunde unterstreichen, dass die Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende (PBS) ihrem Versorgungsauftrag gerecht wird: Als Erstanlaufstelle für Studierende in Krisensituationen bietet sie die Möglichkeit einer effektiven (überbrückenden) Krisenintervention bzw. stabilisierenden Kurzberatung, Studierende mit subklinisch ausgeprägten psychischen Störungen finden ein niederschwelliges, kostenfreies und effektives Hilfsangebot vor und bei Studierenden mit Anpassungsstörungen kann ein Umschlagen in schwerwiegendere und behandlungsintensivere Störungen erfolgreich verhindert werden.

Als Stärken der vorliegenden Untersuchung ergeben sich auch im Vergleich zu den bisherigen internationalen Effektivitätsstudien zur psychotherapeutischen Beratung Studierender zusammenfassend: Untersuchung der Effektivität eines auch in Hinblick auf seine kreativitätsförderliche Wirkung detailliert beschriebenen und anhand einer Kasuistik exemplifizierten integrativen Beratungskonzepts unter Verwendung breiter und dem Gegenstandsbereich psychotherapeutischer Beratung (Schwerpunkt auf Prävention und Entwicklungsförderung) angemessener Untersuchungsinstrumente. Beratungsverlauf und -ergebnis werden aus unterschiedlichen Perspektiven (BeraterInnen und KlientInnen) eingeschätzt und ermöglichen ein differenziertes Bild von (individueller) Veränderung im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung. Die Ergebnisse sind sowohl für die Behandlungs- als auch die Versorgungspraxis unmittelbar von Relevanz. Als erste Effektivitätsstudie zur psychotherapeutischen Beratung Studierender im deutschsprachigen Raum leistet die vorliegende Untersuchung einen wichtigen Beitrag in diesem Anwendungsfeld. Darüber hinaus verdeutlicht sie, dass und wie sich psychotherapeutische Grundhaltungen, Methoden und Techniken mit entsprechendem lösungs- und ressourcenorientierten Zuschnitt in der psychotherapeutischen Beratung Studierender sinnvoll und effektiv kombinieren und integrieren lassen.

Den zahlreichen Stärken der vorliegenden Untersuchung stehen Schwächen gegenüber, die insbesondere mit dem gewählten Untersuchungsdesign verbunden sind; hierauf wird im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen.

## **4.2 Diskussion der Methoden**

In Kapitel 4.2 findet eine kritische Diskussion des in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Designs (Kapitel 4.2.1) und der Methoden statt, wobei insbesondere auf das Konzept der klinischen Signifikanz (Kapitel 4.2.2) und die Effektstärkenberechnung nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  (Kapitel 4.2.3) Bezug genommen wird. Abschließend wird weiterhin auf das Problem des multiplen Testens eingegangen (Kapitel 4.2.4).

### **4.2.1 Design**

Während die externe Validität der vorliegenden Untersuchung als hoch zu bezeichnen ist - die Kriterien für *klinische Repräsentativität* (Shadish et al., 2000) sind allesamt erfüllt -, fällt die Sicherung der internen Validität gemessen am Goldstandard für naturalistische Studien

(Leichsenring, 2004) vergleichsweise gering aus. „... [K]lare Beschreibungen von Patienten und Behandlungen, die Verwendung von reliablen und validen diagnostischen Prozeduren und Erfolgsmaßen [und] die Mitteilung von Drop-Out-Raten ...“ (Leichsenring, a. a. O., S. 217 f.) sind zwar gegeben, aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe können die Behandlungseffekte jedoch bspw. von Spontanremission oder Regression zur Mitte nicht eindeutig getrennt werden. Diese Einschränkung teilt die vorliegende Studie mit den bisherigen Studien zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung bei Studierenden überwiegend: Mit Ausnahme der Untersuchung von Vonk und Thyer (1999), die ein quasiexperimentelles Wartekontrollgruppendesign verwendeten, handelte es sich um naturalistische Studien ohne Kontrollgruppe. Da die PBS Wartezeiten vermeiden und über die Offenen Sprechstunden<sup>72</sup> eine möglichst zeitnahe Versorgung der KlientInnen gewährleisten möchte, war die Einrichtung einer Wartekontrollgruppe in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich. Aufgrund des in Baden-Württemberg mittlerweile einzigartigen Angebots Offener Sprechstunden übersteigt die Wartezeit auf einen festen Erstgesprächstermin in der PBS Heidelberg zwei bis drei Wochen in der Regel nicht; ein Zeitraum, der auch im Vergleich zu bisherigen Psychotherapie-Effektivitätsstudien mit Wartekontrollgruppe im deutschsprachigen Raum (Altenhöfer et al., 2007; Hiller et al., 2009) zu kurz ist. Eine Verlängerung des Wartezeitraums zu Forschungszwecken (bspw. durch Aussetzen der Offenen Sprechstunden) erschien ethisch nicht vertretbar, da bspw. ein Nicht-Bestehen von Prüfungen aufgrund der Kürze der Semester schlimmstenfalls den Verlust des Studienplatzes nach sich zieht, was durch psychotherapeutische Beratung ja gerade mit verhindert werden soll. Auch hätte die Einführung einer Wartekontrollbedingung zu Forschungszwecken den Untersuchungsgegenstand insgesamt verändert - das Beratungsangebot der PBS Heidelberg hätte nicht in der Form evaluiert werden können, wie sie in der Routineversorgung praktiziert wird -, was dem Ziel der vorliegenden Untersuchung widersprochen hätte. Aufgrund der generellen ethischen Probleme von Wartekontrollgruppen gerade bei gravierenden psychischen Störungen - PatientInnen wird eine adäquate Behandlung für längere Zeit vorenthalten - verweist Reinecker (2009) darauf, dass für diese insbesondere dann keine Notwendigkeit besteht, wenn „... der generelle Effekt eines Verfahrens bekannt ist ...“ (S. 91). Für die vorliegende Untersuchung ist dieses Argument insofern von Bedeutung, als dass sowohl auf Ebene der Psychotherapieverfahren (Margraf, 2009) und der Behandlungsmethoden (Chambless & Ollendick, 2001) als auch in Hinblick auf die therapeutische Beziehungsgestaltung (Norcross, 2001; 2002) eine empirische Fundierung der i. R. des integrativen Beratungskonzepts zur Anwendung gelangenden therapeutischen Grundhaltungen, Methoden und Techniken gegeben ist.

Ein Add-on-Ansatz zur Überprüfung einzelner Komponenten der Beratung war in der vorliegenden Untersuchung ebenfalls nicht zu realisieren. Das integrative Beratungskonzept der PBS Heidelberg strebt durch Kombination von Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen eine individuelle Passung des Beratungsangebots und eine Steigerung der Wirksamkeit an. Interventionen einer bestimmten Ebene des Beratungsmodells hierbei von vornherein auszuschließen, wäre im Interesse der KlientInnen weder sinnvoll noch würde ein solches Vorgehen die Beratungspraxis der PBS adäquat widerspiegeln.

---

<sup>72</sup> Ratsuchende können neben vereinbarten festen Erstgesprächsterminen über die montags bis donnerstags von 11.00 bis 13.00 Uhr stattfindenden Offenen Sprechstunden Beratungsgespräche ohne vorherige Anmeldung wahrnehmen.

Follow-up-Erhebungen zur Überprüfung der Nachhaltigkeit der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende konnten im Rahmen der vorliegenden Dissertation ebenfalls nicht realisiert werden. Dieses zur Erfüllung des Goldstandards für naturalistische Studien (Leichsenring, 2004) neben Prä-Post-Erhebungen ebenfalls geforderte Kriterium übersteigt die personellen Ressourcen der PBS. Die adäquate Versorgung psychisch beeinträchtigter Studierender als Hauptaufgabe der PBS hat Vorrang vor Forschungsbemühungen; durch den bspw. mit einer Einjahres-Katamnese verbundenen organisatorischen Mehraufwand auf Seiten der Sekretärin und der BeraterInnen hätte dieses Primat in Frage gestanden. Schließlich erfordert das Offene-Sprechstunden-Konzept vom Team der PBS insbesondere in Spitzenzeiten bereits maximale Flexibilität und Bereitschaft zur Mehrarbeit. Katamnestische Untersuchungen sind daher am ehesten durch externe ForscherInnen zu leisten, in Form von Bachelor-, Master- oder Doktorarbeiten. Im Rahmen einer Masterarbeit wurden in einer 5-Jahres-Katamnese die langfristigen Effekte integrativer psychotherapeutischer Beratung untersucht (Kohl, 2014). In Hinblick auf die Zielvariablen Symptombelastung, Lebens- und Studien- bzw. Arbeitszufriedenheit sowie Alltagskreativität zeigte sich, dass integrative psychotherapeutische Beratung „... zu nachhaltigen Verbesserungen führt“ (S. 106). Aufgrund der geringen Stichprobengröße ( $n < 30$ ) sind die Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu betrachten und „... bedürfen einer Replikation ...“ (a. a. O., S. 107). Nachfolgend werden mögliche Gründe für die hohe Drop-out-Rate vom Post- zum Follow-up-Zeitpunkt angeführt (ausführlicher s. Kohl, a. a. O.). Auf Ebene der Kontaktaufnahme ergaben sich Schwierigkeiten durch nicht mehr aktuelle E-Mailadressen und Telefonnummern. Insgesamt dürften auch die bei der vorliegenden Klientel vorhandene hohe Flexibilität und Mobilität und entwicklungsphasenadäquate Ablösungsbestrebungen die Bereitschaft zur erneuten Teilnahme beeinflusst haben. Auch bei den bisherigen Effektivitätsstudien zur psychotherapeutischen Beratung Studierender handelt es sich mit Ausnahme der Studie von Snell et al. (2001) um reine Prä-Post-Studien ohne Katamnesen. Snell et al. (a. a. O.) führten eine Prä-Follow-up-Erhebung durch und begründeten dies damit, dass eine Erhebung der Symptomatik mindestens 10 Monate nach Beratungsende sowohl für die KlientInnen als auch die Kostenträger von größerem Interesse ist als eine Erhebung direkt nach Beendigung der Beratung.

#### **4.2.2 Methodik der klinischen Signifikanz**

Die Methodik der klinischen Signifikanz stößt in bestimmten klinischen Settings insofern an Grenzen, als dass PatientInnen, die die Behandlung bereits im funktionalen Bereich beginnen, die Kriterien für eine klinisch signifikante Verbesserung („geheilt“) gar nicht erfüllen können (Lambert & Ogles, 2009). In der vorliegenden Untersuchung traf dies auf 54,1 % der KlientInnen ( $n = 65$ , vgl. auch Kapitel 3.9.2.3) zu, deren Symptomatik nach Maßgabe der SCL-90-R bei Aufnahme der Beratung bereits im funktionalen Bereich lag (T-Wert GSI Prä  $\leq 62$ ).

Nach Lambert und Ogles (2009) sind die Raten klinisch signifikanter Veränderung nicht nur abhängig von den spezifischen Ergebnismaßen, sondern auch von den statistischen Methoden, die zur Schätzung klinisch signifikanter Veränderung eingesetzt werden. Zwar wird zur Erfassung klinisch bedeutsamer Veränderung in Psychotherapieergebnisstudien überwiegend die Jacobson-Truax-Methode eingesetzt (Lambert & Ogles, a. a. O.), bei der Berechnung klinischer Signifikanz ergeben sich jedoch insbesondere Unterschiede hinsichtlich der Verwendung stichprobenspezifischer Parameter im Vergleich zu Normwerten. Für Ergebnismaße wie die SCL-90-R, für die für viele Anwendungsfelder und für zahlreiche unterschiedliche Populatio-

nen Normwerte vorliegen (Franke, 2002), kann bei der Berechnung klinischer Signifikanz auf diese zurückgegriffen werden; für Ergebnisinstrumente, für die es kaum oder gar keine Normwerte gibt, ist die Verwendung stichprobenspezifischer Parameter hingegen unumgänglich. Aufgrund der von Lambert und Ogles (2009) beschriebenen Variabilität der Methodik ist der Vergleich von Behandlungseffekten über verschiedene Studien hinweg daher schwierig. Der obige Vergleich statistisch und klinisch signifikanter Veränderungsdaten der vorliegenden Untersuchung mit Veränderungsdaten anderer Studien (s. Kapitel 4, Hypothese 2.1) stellt daher nur eine vorläufige Abschätzung dar. Solange keine einheitlichen Standards zur Berechnung statistischer und klinischer Signifikanz bestehen und nicht für alle Ergebnisinstrumente Normdaten vorliegen, ist ein solches Vorgehen jedoch das einzig mögliche.

Die im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgte Berechnung statistisch und klinisch signifikanter Veränderung orientierte sich an dem von Schauenburg und Strack (1998) für die SCL-90-R beschriebenen Vorgehen, das sich auf Jacobson et al. (1984) und Christensen und Mendoza (1986) bezieht. Den Empfehlungen von Lambert und Ogles (2009) folgend, wurde bei der Berechnung klinischer Signifikanz – wo verfügbar – auf Normwerte zurückgegriffen (SCL-90-R: Franke, 2002; PSB: Holm-Hadulla & Soeder, 1997) und zur Bestimmung des Reliable-Change-Index (RCI) die interne Konsistenz als Reliabilitätsmaß verwendet. Bei der Berechnung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen auf Basis des BSS konnten diese Empfehlungen jedoch nicht umgesetzt werden; Normwerte einer studentischen Population waren nicht verfügbar, sodass als Cut-off-Punkt zwischen gesunden und psychogen erkrankten Studierenden ein BSS-Summenscore von  $< 4^{73}$  verwendet wurde. Aufgrund der ganzzahligen Skalenabstufung des BSS durfte der BSS-Gesamtscore der KlientInnen nach der Beratung für eine klinisch signifikante Verbesserung daher maximal 3 betragen. In Anpassung an die in psychopathologischer Hinsicht „gesündere“ Beratungsklientel<sup>74</sup> wurde der Cut-off-Punkt in der vorliegenden Untersuchung also konservativer gewählt als das im Manual (Schepank, 1995) und in der Literatur (Lange et al., 2001) angegebene Fallkriterium für eine psychogene Erkrankung von behandlungsbedürftigem Ausmaß (BSS-Gesamtscore  $\geq 5$ ). Als einziges im Manual (Schepank, 1995) angegebenes und verfügbares Reliabilitätsmaß wurde zur Bestimmung des Reliable-Change-Index<sup>75</sup> (RCI) die Interraterreliabilität (Intraclass-Korrelationen) eingesetzt.

Obwohl sich der BSS laut Manual zur „... Therapieerfolgevaluation für Prä-/Post-Vergleiche“ (Schepank, 1995, S. 33) eignet, ist die Berechnung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungen auf Basis des BSS insbesondere im Bereich der ambulanten Psychotherapie Erwachsener selten. Den wenigen Untersuchungen, die den BSS zur Bestimmung von statistischer und klinischer Signifikanz einsetzten (Bünger, 2004; Tschuschke et al., 2007), sind keine konkreten Hinweise zur Berechnung zu entnehmen. Die vorliegende Untersuchung stellt einen ersten Vorschlag dar, wie sich statistisch und klinisch signifikante Veränderungen aus einer Fremd-

---

<sup>73</sup> BSS-Summenwerte  $< 4$  kennzeichnen den Bereich von „... optimale[r] Gesundheit ...“ (Summenwert von 0-1; Schepank, 1995, S. 10) bis zu einer „... leichteren Störung“ (Summenwert von 2-3; a. a. O.).

<sup>74</sup> BSS-Summenwerte von „... 4-5 finde[n] sich als deutliche Störung von Krankheitswert ... am häufigsten bei der ambulanten Inanspruchnahmeklientel, die mit gutachterpflichtiger Richtlinien-/Langzeitpsychotherapie versorgt wird“ (Schepank, 1995, S. 10).

<sup>75</sup> RCI = 1,12. Aufgrund der ganzzahligen Skalenabstufung des BSS ist zur Erfüllung des RCI-Kriteriums eine Verringerung der Beeinträchtigung vom Prä- zum Postzeitraum um 2 Punkte im BSS-Gesamtscore notwendig.

beurteilungsperspektive unter Verwendung des BSS in der psychotherapeutischen Beratung Studierender erfassen lassen.

In der Zusammenschau ergeben die in der vorliegenden Studie zur Veränderungsmessung eingesetzten Selbst- (SCL-90-R, PSB) und Fremdbeurteilungsinstrumente (BSS) ein differenziertes Bild individueller Veränderung im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung Studierender. Während sich für das strengste Erfolgskriterium der klinisch signifikanten Verbesserung über die Messinstrumente hinweg ähnliche Raten zeigen, divergieren die Raten von Nicht-Veränderung und insbesondere von Verschlechterung über die Messinstrumente hinweg z. T. erheblich, wenngleich die Rate klinisch signifikanter Verschlechterung – dem schlechtestmöglichen Beratungsergebnis – die in der Literatur (Lambert & Ogles, 2004) mit zwischen 5-10 % angegebene Verschlechterungsrate nicht übersteigt. Zur Identifizierung von Verschlechterung scheint der BSS bei der vorliegenden Klientel nicht geeignet zu sein. Das Kriterium der reliablen<sup>76</sup> und darauf aufbauend der klinisch signifikanten Verschlechterung wird nach Einschätzung der BeraterInnen von keiner/keinem der KlientInnen erreicht. Das vorliegende Ergebnis unterstreicht den von Lambert und Ogles (2009) zusammengefassten Befund, dass die Verwendung verschiedener Messinstrumente in unterschiedlichen Veränderungsdaten resultiert.

#### 4.2.3 Effektstärkevariante $ES_{prä}$

In der vorliegenden Untersuchung wurden Prä-Post-Effektstärken nach  $ES_{prä}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) berechnet, da diese Effektstärkevariante noch am ehesten den Vergleich mit Effektstärken aus kontrollierten Studien ermöglicht (a. a. O.). Nach Mestel et al. (2000) gilt die Berechnung von Effektstärken nach Effektstärkevariante  $ES_{prä}$  als konservativ, „... die Effekte [werden] also voraussichtlich nicht überschätzt ...“ (S. 127). Die i. R. des Vergleichs mit den Behandlungsergebnissen anderer naturalistischer (Kurz-)Psychotherapiestudien erfolgte Nachberechnung von Effektstärkevariante  $ES_{pool}$  (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000) für die Ergebnismaße der vorliegenden (Teil-)Stichproben bzw. von  $ES_{prä}$  für die relevanten Ergebnismaße der zum Vergleich herangezogenen (Kurz-)Psychotherapiestudien tendiert in eine ähnliche Richtung: Bei 8 der 15 Vergleiche resultierten bei Berechnung der Effektstärken nach  $ES_{prä}$  geringere Effektstärken als nach  $ES_{pool}$  bzw.  $ES_{korr.}$  (Altenhöfer et al., 2007).

Vergleiche der vorliegenden, im Beratungssetting durchgeführten Untersuchung mit Ergebnissen ambulanter Psychotherapiestudien sind u. a. aufgrund der strukturellen Unterschiede der Angebote natürlich nur sehr eingeschränkt möglich und sinnvoll. Da im deutschsprachigen Raum bislang keine Effektivitätsstudien zur psychotherapeutischen Beratung Studierender vorliegen und die wenigen international verfügbaren Effektivitätsstudien in diesem Anwendungsfeld mit einer Ausnahme (Vonk & Thyer, 1999) den OQ-45.2 (Lambert et al., 1996; 2004) als Outcomeinstrument nutzten, erfolgte die Bewertung der Effektstärken in der vorliegenden Arbeit anhand der Konvention von Cohen (1988) und im Vergleich zu den Ergebnissen ambulanter (Kurz-)Psychotherapiestudien, was aufgrund der strukturellen Unterschiede der Angebote mit Einschränkungen behaftet ist (s. Kapitel 3.9). Längerfristig sollten „[a]nstelle der Kategorien von Cohen kontextbezogene Grenzwerte nach inhaltlichen und forschungsge-

---

<sup>76</sup> Zur Erfüllung des RCI-Kriteriums hätte es aufgrund der ganzzahligen Skalenabstufung des BSS einer Prä-Post-Verschlechterung um 2 Punkte im BSS-Gesamtscore bedurft, was aufgrund der geringen Differenzierungsfähigkeit der Skala nicht zu erwarten ist.

bietspezifischen Aspekten“ (Leonhart & Bengel, 2005, S. 125) angestrebt werden. Die vorliegende Untersuchung liefert hierzu erste Benchmarks.

#### **4.2.4 Multiples Testen**

Die Vielzahl an Signifikanztests in der vorliegenden Untersuchung erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers 1. Art ( $\alpha$ -Fehler), d. h. die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Nullhypothese fälschlicherweise abgelehnt wird (Kowalski & Enck, 2010). Um beim multiplen Testen den Fehler 1. Art zu kontrollieren, lässt sich z. B. die Bonferroni-Korrektur anwenden. Hierdurch wird das vorgegebene Signifikanzniveau  $\alpha$  (i. d. R.  $\alpha = 0,05$ ) entsprechend der Anzahl der durchgeführten Tests korrigiert. Nachfolgend wird begründet, warum in der vorliegenden Untersuchung keine Bonferroni-Korrektur oder andere Methode zur Kontrolle des Fehlers 1. Art (für einen zusammenfassenden Überblick siehe z. B. Bender, Lange & Ziegler, 2007) durchgeführt wurde. Da es sich um die erste Untersuchung zur Effektivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende im deutschsprachigen Raum handelte, war diese bewusst breit angelegt und berücksichtigte – anders als die bisherigen internationalen Studien in diesem Anwendungsfeld (Kapitel 1.4.2) – neben Maßen der Symptombelastung auch Maße des Wohlbefindens (Kapitel 1.10, 2.4.1) und der Kreativität (Kapitel 1.3.4, 2.4.1), die dem Untersuchungsgegenstand angemessen erschienen. Im Unterschied zu den bislang verfügbaren internationalen Ergebnisstudien zur psychotherapeutischen Beratung Studierender bezog die vorliegende Untersuchung zur Erweiterung der klinischen Perspektive neben Selbst- auch Fremdbeurteilungsmaße (incl. Diagnostik nach ICD-10) mit ein (Kapitel 2.4.2). Zwar wurden insbesondere zu den Veränderungen auf den Symptom-, Zufriedenheits- und Kreativitätsmaßen im Verlauf integrativer psychotherapeutischer Beratung Hypothesen aufgestellt und überprüft (s. Kapitel 2.2, 2.5), das vordringliche Ziel der Studie war jedoch, ein möglichst breites Bild zur (Behandlungs-)Situation psychisch beeinträchtigter Studierender zu zeichnen, um z. B. erste Antworten auf Fragen zu erhalten wie: „Welche Instrumente eignen sich zur Abbildung von Veränderung in der psychotherapeutischen Beratung Studierender?“, „Welche Perspektive ist zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses die validere?“ oder „Wie effektiv ist psychotherapeutische Beratung im Vergleich zu ambulanter Psychotherapie?“. Aus diesen Gründen kommt der vorliegenden Untersuchung überwiegend ein explorativer Charakter zu. In explorativen Studien ist eine Korrektur für multiples Testen nicht unbedingt notwendig (Bender et al., 2007): „... ‚Signifikante‘ Ergebnisse solcher Studien haben jedoch nur explorativen Charakter und müssen als solche kenntlich gemacht werden. Darüber hinaus ist selbstverständlich eine konfirmatorische Validierung dieser Resultate in späteren Studien erforderlich“ (S. e28). Wie diese aussehen könnte, wird im nächsten Kapitel (4.3) ausgeführt.

### **4.3 Ausblick**

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung liefern erste und wichtige Anhaltspunkte für die Effektivität des ABCDE-Modells integrativer Beratung in der psychotherapeutischen Beratung Studierender, das Fehlen einer Kontrollgruppe erschwert jedoch eine Trennung der Behandlungseffekte von Spontanremission oder Regression zur Mitte. Überlegungen für zukünftige Studien im Anwendungsfeld psychotherapeutischer Beratung für Studierende lassen sich den Themenbereichen weitere Effektivitäts- bzw. Vergleichsforschung (Kapitel 4.3.1), Prozess-Ergebnis-Forschung (Kapitel 4.3.2) und Adaptation und Erweiterung des ABCDE-Modells (Kapitel 4.3.3) zuordnen.

#### 4.3.1 Weitere Effektivitäts- bzw. Vergleichsforschung

Zur Untersuchung der Effektivität psychotherapeutischer Beratung für Studierende in Deutschland insgesamt, könnten im Rahmen einer multizentrischen Studie Beratungsangebote unterschiedlicher psychotherapeutischer Ausrichtung, wie sie deutschlandweit in psychotherapeutischen Beratungsstellen für Studierende angeboten werden, miteinander verglichen werden, z. B. ein explizit integratives psychotherapeutisches Vorgehen mit einem in der Ausrichtung ausschließlich psychoanalytischen bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutischen Beratungsangebot. Die Einrichtung einer Wartekontrollbedingung ließe sich i. R. einer multizentrischen Studie ebenfalls realisieren, da andere Beratungsstellen für Studierende, die keine Offenen Sprechstunden anbieten, durchaus Wartezeiten von 5-6-wöchiger Dauer haben. Hierdurch könnte überprüft werden, ob sich KlientInnen der Wartekontrollbedingung im Wartezeitraum hinsichtlich relevanter Ergebnismaße und insbesondere hinsichtlich ihrer Symptomatik verändern.

Um der entwicklungsförderlichen und ressourcenorientierten Zielsetzung gerecht werden zu können, sollte die Breite der Ergebniskriterien bei zukünftigen Forschungsaktivitäten im Feld der psychotherapeutischen Beratung Studierender beibehalten werden. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deutet sich jedoch an, dass manche Erhebungsinstrumente zur Ergebnis- und Verlaufsmessung für die studentische Klientel besser geeignet scheinen als andere. Als Empfehlung für zukünftige Studien kann aufgrund dieser Ergebnisse abgeleitet werden: Auf Symptomebene (Selbstbericht) empfiehlt sich neben der PSB, die spezifisch studentische Problembereiche abbildet, der Einsatz eines international gut eingeführten Ergebnismaßes. Als innerhalb der Psychotherapieforschung weltweit sicherlich mit am häufigsten eingesetztes Erhebungsinstrument (Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler, 2001; Strauß & Brähler, 2010), erfüllt die in der vorliegenden Untersuchung verwendete SCL-90-R dieses Kriterium und erlaubt zur Beurteilung der Ergebnisqualität einen Vergleich mit den Behandlungsergebnissen ambulanter (kurz-)psychotherapeutischer Effektivitätsstudien im naturalistischen Setting. Für den Vergleich mit den bisherigen internationalen Effektivitätsstudien zur psychotherapeutischen Beratung Studierender eignet sich die SCL-90-R hingegen weniger. Mit Ausnahme von Vonk und Thyer (1999) setzten die bisherigen, in Kapitel 1.4.2 zusammengefassten Studien in der Mehrzahl den OQ-45.1 (Choi et al., 2010) bzw. den OQ-45.2 (Hansen et al., 2002; Minami et al., 2009) ein. Ob bei Verwendung des nach Minami et al. (2007, 2009) der SCL-90-R hinsichtlich Reaktivität und Spezifität vergleichbaren OQ-45.2 ähnliche Prä-Post-Effektstärken und statistisch und klinisch signifikante Veränderungsraten resultieren, müsste vor der Festlegung auf ein zentrales Ergebnisinstrument für zukünftige Forschungsaktivitäten genauer geklärt werden. Derzeit wird in der PBS daher neben der SCL-90-R auch der EB-45 (Haug, Puschner, Lambert & Kordy, 2004) eingesetzt, die deutsche Adaptation des OQ-45.2. Auf Basis der diesbezüglichen Befunde soll dann entschieden werden, welches der beiden Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Symptombelastung zukünftig eingesetzt werden soll. Sollten sich die Effektstärken und Veränderungsraten für statistische und klinische Signifikanz sehr unterschiedlich darstellen, ist an einen fortlaufenden parallelen Einsatz einer Kurzform der SCL-90-R (z. B. BSI; Franke, 2000) und des EB-45 zu denken.

Als Fremdbeurteilungsinstrument sollte in zukünftigen Studien weiterhin der BSS Verwendung finden. Zur Bestimmung statistisch und klinisch signifikanter Veränderungsraten und insbesondere zur Aufdeckung von Verschlechterung eignet er sich bei der vorliegenden Klienten-



tel zwar nur bedingt, anders als die GAF-Skala differenziert er jedoch zwischen KlientInnen, die für ein integratives Beratungsangebot geeignet sind und solchen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungsschwere durch eine psychogene Erkrankung in andere psychosoziale Behandlungsangebote weitervermittelt werden, die Beratung abbrechen oder den Post-Bogen trotz Erfüllung des Einschlusskriteriums nicht ausfüllen. Der Einsatz eines Fremdbeurteilungsinstruments ergänzend zum Selbstbericht erscheint insgesamt vor dem Hintergrund notwendig, als dass sich Completer von KlientInnen mit Daten nur zum Prä-Zeitpunkt im Selbstbericht weder hinsichtlich soziodemographischer noch hinsichtlich ihrer selbst eingeschätzten Lebens- und Studienzufriedenheit sowie ihrer Symptomatik unterschieden hatten – mit Ausnahme der bei den Completern zum Aufnahmezeitpunkt signifikant erhöhten *Prüfungsangst* (PSB-Item 9).

Auch die Diagnostik nach ICD-10 sollte in zukünftigen Studien beibehalten werden. Hierdurch ergibt sich die Möglichkeit einer differenzierten Betrachtung der Diagnoseverteilung bei der Inanspruchnahmeklientel einer psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studierende, auch im Vergleich zu anderen Behandlungseinrichtungen (insbesondere zur ambulanten Psychotherapieklientel). Der Selbstbericht alleine scheint für eine differenzierte Betrachtung der psychischen Belastung nicht ausreichend zu sein. So hatten sich in den Vergleichen der vorliegenden mit den Behandlungsergebnissen ambulanter (Kurz-)Psychotherapiestudien (Kapitel 3.9) PBS-KlientInnen von ambulanten PsychotherapiepatientInnen hinsichtlich der selbsteingeschätzten psychischen Belastung nicht unterschieden. Fremdbeurteilung und Diagnostik nach ICD-10 scheinen für eine differenzierte Betrachtung der Beeinträchtigungs- bzw. Störungsschwere wesentlich und erhöhen die Aussagekraft von Vergleichen der Behandlungsergebnisse verschiedener psychosozialer Angebote. In diesem Zusammenhang erscheint auch eine Einschätzung der OPD-Strukturachse (Arbeitskreis OPD, 2006) überlegenswert, insbesondere, da bislang keine Angaben zum Strukturniveau Studierender vorliegen. Dass die BeraterInnen die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere sowie die Indikation selbst vornahmen und diese nicht durch vom Beratungsprozess unabhängige BeurteilerInnen validierend ergänzt wurde, ist sicherlich ein Nachteil der vorliegenden Studie, der in zukünftigen Studien durch den Einbezug externer Rater vermieden werden könnte. Der damit verbundene erhebliche personelle, zeitliche sowie finanzielle Mehraufwand ist in der Routineversorgung der PBS jedoch nicht zu leisten, sondern wäre nur i. R. eines größeren drittmittelfinanzierten (multizentrischen) Forschungsprojekts vorstellbar.

Neben Maßen zur Symptombelastung sollten in zukünftigen Studien erneut auch erweiterte Ergebnismaße zum Wohlbefinden sowie zur Alltagskreativität eingesetzt werden, um der entwicklungs- und ressourcenorientierten Zielsetzung psychotherapeutischer Beratung gerecht zu werden. Während sich die Lebens- und Studienzufriedenheitsskala in der vorliegenden Untersuchung gut bewährt hat, bedarf die Konstruktvalidität der Creative Conditions Scale einer Überprüfung. Für die CCS und das ASK-Modul *Kreatives Denken* hatten sich weder zum Aufnahmezeitpunkt der Beratung noch nach deren Beendigung signifikante korrelative Zusammenhänge ergeben (s. Kapitel 4, Forschungsfrage 4.3), ein Befund, der verwundert, erfassen beide Instrumente doch Kreativität. Hofmann (2010) verweist als Erklärung für den fehlenden Zusammenhang auf die unterschiedlichen Geltungsbereiche der beiden Instrumente: Das Kreativitätsmodul der ASK erfasst divergentes Denken, die CCS kreative Persönlichkeitseigen-

schaften bzw. das Interesse an kreativen Verhaltensweisen<sup>77</sup>. Geleitet von der Überlegung einer engen Verbindung zwischen Kreativität und Selbstaktualisierung in humanistischen Psychotherapitheorien (Maslow, 2000; Rogers, 1976), sollten als Referenz zur Validierung neben Persönlichkeitstests zur Messung von Kreativität (z. B. *Creative Personality Scale*, Gough, 1979) auch Tests zur Messung von Selbstaktualisierung verwendet werden (z. B. Jones & Crandall, 1986).

#### 4.3.2 Prozess-Ergebnis-Forschung

Die Ergebnisse zum Zusammenhang der ABCDE-Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung und des Beratungsergebnisses aus KlientInnen­sicht (Kapitel 3.6.1) basieren mit Ausnahme der Erfolgseinschätzung der BeraterInnen (BSS-Gesamtscore) auf der zeitgleichen Einschätzung beider Kriterien durch die KlientInnen zum Abschluss der Beratung. Dadurch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die KlientInnen - i. S. eines Halo-Effekts (Thorndike, 1920) - sowohl die Veränderungen auf den Symptommaßen als auch die Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung positiv einschätzten. Gegen diese Annahme spricht, dass eine *hilfreiche* Bewertung der unterschiedlichen ABCDE-Dimensionen und der Beratung insgesamt durch die KlientInnen auch signifikant positiv mit einer klinisch signifikanten Verbesserung auf dem BSS-Gesamtscore korrelierte (Kapitel 3.6.1) und die BeraterInnen die Einschätzung der Veränderung auf dem BSS unabhängig von den KlientInnen vornahmen.

Um genauer nachvollziehen zu können, welche Dimensionen des ABCDE-Modells integrativer psychotherapeutischer Beratung für den Beratungsprozess und das -ergebnis von besonderer Bedeutung sind, empfiehlt sich in zukünftigen Studien die Vorgabe eines zentralen Ergebnisinstrumentes vor jeder Beratungssitzung und die Einschätzung der ABCDE-Dimensionen (ABCDE-Rating) nach jeder Beratungssitzung. Als zentrales Ergebnisinstrument ist neben dem OQ-45 (bzw. EB-45; Haug et al., 2004), wie er bspw. den KlientInnen einer psychotherapeutischen Beratungsstelle Studierender auch in der Studie von Okiishi et al. (2006) vor jeder Beratungssitzung vorgegeben wurde, auch der BSI (Franke, 2000) denkbar. Aus zeitökonomischen Gründen wäre auch der Einsatz der *Outcome Rating Scale* (ORS; Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003) als ultrakurzes Ergebnisinstrument zu erwägen.

Neben der Möglichkeit einer differenzierteren Klärung der Zusammenhänge spezifischer therapeutischer Dimensionen mit Beratungsverlauf und -ergebnis, könnte bei Vorgabe eines zentralen Ergebnisinstrumentes vor jeder Beratungssitzung auch die jeweils letzte verfügbare Messung als Post-Messung und als Basis zur Berechnung von Effektstärken und statistisch und klinisch signifikanter Veränderung dienen, was eine feinere Unterscheidung zwischen den Behandlungsverläufen i. S. von Intention-to-Treat- (ITT) und Completer-Analysen erlauben würde, wie sie in der Psychotherapieforschung auch für naturalistische Therapiestudien empfohlen wird (Hiller et al., 2009; 2011). Die hierfür notwendige Unterscheidung zwischen regulärer Beendigung und Abbruch der Behandlung erfordert auch klarer geregelte Kriterien für einen Behandlungsabbruch, insbesondere eine Differenzierung in qualitätsrelevante und nicht-qualitätsrelevante Abbrüche, wie sie von Hiller et al. (2011) empfohlen und exemplifiziert wurde.

---

<sup>77</sup> CCS-Gesamtwert als Maß für die kreative Alltagsgestaltung (Hofmann, 2010).

### 4.3.3 Adaptation und Erweiterung des ABCDE-Modells

Das ABCDE-Modell integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende erlaubt eine Betrachtung der individuellen Problematik aus unterschiedlichen und sich wechselseitig ergänzenden Perspektiven und ein umfassendes Verständnis (eingeschränkter) menschlichen Erlebens, Denkens, Handelns und Fühlens. Zur Auseinandersetzung mit der aktuellen Problematik und deren Bewältigung steht auf der Grundlage einer tragfähigen Beratungsbeziehung eine breite Palette an Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung. Diese reichen von verhaltenorientierten Interventionen und Strategien zur punktuellen Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen über die Reflexion lebensgeschichtlich bedeutsamer und unbewusster (Beziehungs-)Konflikte, bis hin zur Auseinandersetzung mit grundlegenden Themen des Menschseins. Aufgrund der Vielfalt an Interventionsstrategien und der Möglichkeit, diese auf die individuellen Problemlagen zuzuschneiden, ergeben sich zahlreiche Einsatzgebiete des ABCDE-Modells integrativer psychotherapeutischer Beratung. Eine Erweiterung zu einem (Kurzzeit-)Psychotherapiekonzept ist ebenso denkbar wie der Einsatz des ABCDE-Modells in anderen Settings (Gruppenpsychotherapie, stationäre Psychotherapie), wie am Beispiel der E-Mail-Beratung Studierender bereits ausgeführt wurde (Sperth et al., 2011). Auch ein weiterer störungsspezifischer Zuschnitt erweist sich als vielversprechend, wie die Vergleiche mit den Behandlungsergebnissen anderer naturalistischer (Kurz-)Psychotherapiestudien (Kapitel 3.9) zeigen. Insbesondere im Bereich der Behandlung von Anpassungsstörungen, für die eine kürzere Behandlungsdauer i. d. R. ausreichend ist, um einen zufriedenstellenden Behandlungserfolg zu erzielen (Altenhöfer et al., 2007; Hiller et al., 2011; Huber & Beutel, 2006).

## Literaturverzeichnis

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C. et al. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 495-497.
- Ahn, H.-n. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251-257.
- Akiskal, H. S. & Akiskal, K. K. (2007). In search of Aristotle: Temperament, human nature, melancholia, creativity and eminence. *Journal of Affective Disorders*, 100, 1-6.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald Press.
- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*, 52, 24-34.
- Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D. (2006). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (6., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, E. M. & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 875-888.
- Andreasen, N. C. (1987). Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1288-1292.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenetic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances. The Journal of Mind-Body Health*(4), 47-55.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2004). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD. Grundlagen und Manual*. (4., korr. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Wirkfaktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41-83). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

- Baker, R. W. & Siryk, B. (1984). Measuring adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 179-189.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A., Blanchard, E. & Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
- BARMER Ersatzkasse. (2007). *BARMER Gesundheitsreport 2007*. Verfügbar unter: [http://www.haward.de/cms\\_pdf/2007\\_\\_Gesundheitsreport.pdf](http://www.haward.de/cms_pdf/2007__Gesundheitsreport.pdf) (abgerufen am 14.11.2014).
- Barthel, Y. & Rawohl, S. (2008). „Den Studenten geht’s doch am besten ...“. In J. Ernst & H. Götze (Hrsg.), *Sozialmedizinische und gesundheitliche Auswirkungen besonderer Lebensumstände. Leipziger Beiträge zur Sozialmedizin* (Bd. 2, S. 151-164). Leipzig: Leipziger Universitätsverlag GmbH.
- Bastine, R. H. E. (Hrsg.). (1992). *Klinische Psychologie* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. H. (1969). *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1983). *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Bender, R., Lange, S. & Ziegler, A. (2007). Multiples Testen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, e26-e29.
- Benecke, C., Boothe, B., Frommer, J., Huber, D., Krause, R. & Staats, H. (2009). Geliebtes Feindbild „klassische Langzeitpsychoanalyse“. Kommentar zu Rief und Hofmann „Die Psychoanalyse soll gerettet werden. Mit allen Mitteln?“. *Nervenarzt*, 80, 1350-1355.
- Bertalanffy, L. v. (1956). General system theory. In L. v. Bertalanffy & A. Rappaport (Hrsg.), *General systems. Yearbook of the society for the advancement of general systems theory* (Bd. I, S. 1-10). Michigan: Ann Arbor.
- Beutel, M. (2000). Psychodynamische Kurztherapien: neuere Entwicklungen, Behandlungsverfahren, Wirksamkeit, Indikationsstellung. *Psychotherapeut*, 45, 203-213.
- Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 301-317.

- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2006). Leitlinien für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Anpassungsstörungen. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 461-464). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis des menschlichen Daseins*. Zürich: Niehans.
- Bion, W. R. (1992). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bleichmar, H. B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 935-961.
- Bley, S., Einsle, F., Maercker, A., Weidner, K. & Joraschky, P. (2008). Anpassungsstörungen - Die Erprobung eines neuen diagnostischen Konzepts in einem ambulanten psychosomatischen Setting. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 446-453.
- Blos, P. (1973). *Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Boeger, A. (2009). *Psychologische Therapie- und Beratungskonzepte. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohleber, W. (1982). Spätadoleszente Entwicklungsprozesse. Ihre Bedeutung für Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung von Studenten. In E. Krejci & W. Bohleber (Hrsg.), *Spätadoleszente Konflikte. Indikation und Anwendung psychoanalytischer Verfahren bei Studenten*. (S. 11-52). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bohleber, W. (Hrsg.). (1996). *Adoleszenz und Identität*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Boll-Klatt, A., Bohlen, O. & Schmelting-Kludas, C. (2005). Passt oder passt nicht? Methoden und Personen orientierte differenzielle Indikationsstellung im Rahmen stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 50, 179-185.
- Borg-Laufs, M. (2003). Psychotherapie in Beratungsstellen. *Psychotherapeutenjournal*, 2(3), 173-178.
- Borg-Laufs, M. & Schmidtchen, S. (2005). Beratung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5., vollst. überarb. Aufl., S. 13-16). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben* (3., aktual. u. bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Boss, M. (1979). *Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse – Wege zu einem neuen Selbstverständnis*. Wien: Europa.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bozok, B. & Bühler, K.-E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische und unspezifische Faktoren. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 56, 119-132.

- Brieger, P. & Marneros, A. (1997). Was ist Zykllothymia? *Nervenarzt*, 68, 531-544.
- Broadbent, D. E. (1972). *Decision and stress*. New York: Academic Press.
- Brosius, F. (2006). *SPSS 14*. Heidelberg: mitp.
- Buber, M. (1965). *Urdistanz und Beziehung*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Buber, M. (1974). *Ich und Du* (8. Aufl.). Heidelberg: Lambert Schneider.
- Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Bugental, J. F. T. (1981). *The search for authenticity: An existential-analytic approach to psychotherapy* (rev. ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bundesanzeiger Verlag. (1998, Nr. 36, 23.06.1998). *Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze*. Verfügbar unter: [http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI#\\_Bundesanzeiger\\_BGBI\\_%2F%2F\\*\[%40attr\\_id%3D%27bgbl198s1311.pdf%27\]\\_\\_1394208591247](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI#_Bundesanzeiger_BGBI_%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl198s1311.pdf%27]__1394208591247) (abgerufen am 14.11.2014).
- Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft. (1986). *Das soziale Bild der Studentenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. 11. Sozialerhebung des deutschen Studentenwerkes*. Bad Honnef: Bock.
- Bünger, H. (2004). *Prognosefaktoren in der stationären Psychotherapie*. Dissertation Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Butler, S. F. & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23(1), 30-40.
- Carlsson, I. (2002). Anxiety and flexibility of defense related to high or low creativity. *Creativity Research Journal*, 14, 341-349.
- Carroll, L. (1865). *Alice's adventures in wonderland*. London: Macmillan.
- Carson, D. K. (1999). Counseling. In M. A. Runco & S. R. Pritzker (Hrsg.), *Encyclopedia of creativity* (Bd. 1, S. 395-402). Oxford: Elsevier.
- Carson, S. H., Peterson, J. B. & Higgins, D. M. (2003). Decreased latent inhibition is associated with increased creative achievement in high-functioning individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 499-506.
- Caspar, F., Herpertz, S. C. & Mundt, C. (2008). Was ist Psychotherapie? In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 33-54). München: Urban & Fischer.

- Cattell, R. B. & Horn, J. L. (1978). A check on the theory of fluid and crystallized intelligence with description of new subtest designs. *Journal of Educational Measurement*, 15, 139-164.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Choi, K.-H., Buskey, W. & Johnson, B. (2010). Evaluation of counseling outcomes at a university counseling center: The impact of clinically significant change on problem resolution and academic functioning. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 297-303.
- Christensen, L. & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Claiborn, C. D., Goodyear, R. K. & Horner, P. A. (2001). Feedback. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 401-405.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., S. 194-226). New York: Wiley.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Cole, H. P. & Sarnoff, D. (1980). Creativity and counseling. *Personnel and Guidance Journal*, 59(3), 140-146.
- Cox, C. (1926). *The early mental traits of three hundred geniuses*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Cravens, H. (1992). A scientific project locked in time. The terman genetic studies of genius, 1920s-1950s. *American Psychologist*, 47(2), 183-189.
- D'Zurilla, T. J. & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 547-562.
- DAK. (2005). *Pressemitteilung DAK-Gesundheitsreport 2005*. Verfügbar unter: [http://presseservice.pressrelations.de/standard/result\\_main.cfm?aktion=jour\\_pm&r=185550&quelle=0&pfach=1&n\\_firmanr\\_=102976&sektor=pm&detail=1](http://presseservice.pressrelations.de/standard/result_main.cfm?aktion=jour_pm&r=185550&quelle=0&pfach=1&n_firmanr_=102976&sektor=pm&detail=1) (abgerufen am 14.11.2014).
- Dammasch, F. (2008). Die Krise der Jungen. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 8, 357-358.
- De Dreu, C. K. W., Baas, M. & Nijstad, B. A. (2008). Hedonic tone and activation in the mood-creativity link: Toward a dual pathway to creativity model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 739-756.
- de Shazer, S. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Deffenbacher, J. L. (1980). Worry and emotionality in test anxiety. In I. G. Sarason (Hrsg.), *Test Anxiety: Theory, research and application* (S. 111-128). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.



- Deffenbacher, J. L., Deitz, S. R. & Hazaleus, S. L. (1981). Effects of humor and test anxiety on performance, worry, and emotionality in naturally occurring exams. *Cognitive Therapy and Research*, 5(2), 225-228.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring, and procedures manual II*. Townson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Deserno, H. (2005). Liebe und Depression. Am Beispiel von Dieter Wellershoffs Roman „Der Liebeswunsch“. In S. Hau, H.-J. Busch & H. Deserno (Hrsg.), *Depression - zwischen Lebensgefühl und Krankheit* (S. 165-194). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK). (2005). *DAK-Gesundheitsreport*. Verfügbar unter: [https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport\\_2005-1116994.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2005-1116994.pdf) (abgerufen am 14.11.2014).
- Deutsches Studentenwerk. (2006). *Beratung im Hochschulbereich: Ziele, Standards, Qualifikationen. Psychologische Beratung, Sozialberatung, Beratung für Studierende mit Behinderung/chronischer Krankheit*. Berlin: Deutsches Studentenwerk.
- Deutsches Studentenwerk. (2007). Studieren bis zum Umfallen. *DSW-Journal. Magazin des Deutschen Studentenwerks (DSW)*, 02/2007, 24-25.
- Deutsches Studentenwerk. (2009, 03.11.2009). „Mehr Druck, mehr Finanzierungsprobleme“: Studierende suchen mehr psychologische und Sozial-Beratung auf. Verfügbar unter: <http://bildungsklick.de/pm/70628/mehr-druck-mehr-finanzierungsprobleme-studierende-suchen-mehr-psychologische-und-sozial-beratung-auf> (abgerufen am 14.11.2014).
- Dijksterhuis, A., Bos, M. W., Nordgren, L. F. & van Baaren, R. B. (2006). On making the right choice: The deliberation-without-attention effect. *Science*, 311, 1005-1007.
- Dijksterhuis, A. & Meurs, T. (2006). Where creativity resides: The generative power of unconscious thought. *Consciousness and Cognition*, 15, 135-146.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Dilthey, W. (1894). *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie* (Bd. 5, Gesammelte Schriften, 1924). Leipzig: Teubner.
- Dorn, T. (1999). *Psychische Beeinträchtigung von Studierenden: klinische und nicht-klinische Gruppen im Vergleich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Psychologisches Institut, Universität Heidelberg.
- Dryden, J. (1681). *Absalom and Achitophel*. Whitefish, Montana: Kessinger Publishing (2004).
- Ebel, H., Algermissen, C. & Saß, H. (2005). Bedeutung präorbider Persönlichkeitsstrukturen für die Entwicklung therapieresistenter Depressionen. In M. Bauer, A. Berghöfer & M. Adli (Hrsg.), *Akute und therapieresistente Depressionen* (2. Aufl., S. 39-59). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1993). *Die rational-emotive Therapie: Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung* (5., stark erw. Neuaufl.). München: Pfeiffer.
- Ellis, H. A. (1926). *A study of British genius* (rev. ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Epiktet. (1984). *Handbüchlein der Moral und Unterredungen* (11. Aufl.). Stuttgart: Kröner.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Eysenck, H. J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry*, 9, 140-146.
- Eysenck, H. J. (2004). *Die IQ-Bibel. Intelligenz verstehen und messen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fahrig, H., Kronmüller, K.-T., Hartmann, M., Uebel, T. & Schepank, H. (1996). Rating-Manual zum Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (unveröffentlichtes Manuskript). Heidelberg: Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie.
- Farrell, A. D. & McCullough-Vallient, L. (1996). Computerized Assessment System for Psychotherapy Evaluation and Research (CASPER): Development and current status. In M. J. Miller, K. W. Hammond & M. M. Hile (Hrsg.), *Mental health computing* (S. 34-53). New York: Springer.
- Feixas, G. & Botella, L. (2004). Psychotherapy integration: Reflections and contributions from a constructivist epistemology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(2), 192-222.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Leipzig, Wien, Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Fischer, H. R. (2008). Kreativität: Lohn der Angst? Von der Zauberkraft des Verweilens. *Familiendynamik*, 33(1), 34-68.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1994). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Fonagy, P. (2003). Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In P. Fonagy & M. Target (Hrsg.), *Frühe Bindung und psychische Entwicklung* (S. 31-48). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Frank, J. D. (1997). *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. (2., i. d. Ausst. veränd. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, R. (Hrsg.). (2007). *Therapieziel Wohlbefinden: Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Franke, G. H. (2000). *BSI, Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version, Manual*. Göttingen: Beltz Test.

- Franke, G. H. (2001). Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33(3), 475-485.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version* (2., vollst. überarb. u. neu norm. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Frankl, V. E. (1992). *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*. München: Piper.
- Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* (Bd. 1, Gesammelte Werke). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1910). *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci* (Bd. X, Studienausgabe, 2000). Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Funke, J. (2000). Psychologie der Kreativität. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.), *Kreativität* (S. 283-300). Heidelberg: Springer.
- Funke, J. (2003). *Problemlösendes Denken* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Funke, J. (2005). Metaphern: Pfeffer und Salz in der Kreativitätssuppe. In H. R. Fischer (Hrsg.), *Eine Rose ist eine Rose .... Zur Rolle und Funktion von Metaphern in Wissenschaft und Therapie* (S. 156-166). Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Funke, J. & Holt, D. (2006). Zur Rationalität von Emotionen beim Problemlösen: Eine psychologische Perspektive. In A. Scherzberg (Hrsg.), *Kluges Entscheiden. Disziplinäre Grundlagen und interdisziplinäre Verknüpfungen* (S. 77-90). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Fydrich, T. (2009). Arbeitsstörungen und Prokrastination. *Psychotherapeut*, 54(5), 318-325.
- Fydrich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Gadamer, H.-G. (1960 ). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik* (Bd. 1, Gesammelte Werke). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Gadamer, H.-G. (1974). Art. Hermeneutik. In J. Ritter (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (Bd. 3, Sp. 1061-1073). Basel, Stuttgart.
- Gadamer, H.-G. (1993). *Hermeneutik: Wahrheit und Methode. Ergänzungen, Register* (Bd. 2, Gesammelte Werke, 2., durchges. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 414-423.
- Geiser, F., Imbierowicz, K., Schilling, G., Conrad, R. & Liedtke, R. (2000). Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50(12), 447-453.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28-36.

- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 418-422.
- Glaserfeld, E. v. (1985). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus* (S. 16-38). München: Pieper.
- Gough, H. G. (1979). A creative personality scale for the Adjective Check List. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1398-1405.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M. et al. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16(4), 470-485.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (Hrsg.). (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Greenhouse, J. B., Stangl, D. & Bromberg, J. (1989). An introduction to survival analysis: Statistical methods for analysis of clinical trial data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 536-544.
- Greenson, R. R. (1967). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E., August, P., Fremmer-Bombik, E., Friedl, A., Grossmann, K., Scheuerer-Englisch, H. et al. (1989). Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung* (S. 31-55). Berlin: Springer.
- Großmaß, R. & Püschel, E. (2005). Interaktionen und Psychodynamik in der Beratung. *Psychodynamische Psychotherapie*, 4, 217-232.
- Grünwald, H. S., Kiss, A. Z. & Keller, C. (2008). Ergebnisqualität methodenübergreifender ambulanter Psychotherapie - Eine Wirksamkeitsstudie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(09/10), 387-394.
- Grünwald, H. S. & von Massenbach, K. (2003). Ergebnisqualität ambulanter systemischer Therapie - Eine Multizenterstudie in der deutschsprachigen Schweiz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 326-333.
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Hagelberg, R. (2006). Psychotherapie als „Feigenblatt“ in der Praxis und der Öffentlichkeit. *bvvp magazin*, 5(3), 19-23.
- Hahne, R., Lohmann, R., Krzyszycha, K., Österreich, S. & App, A. (1999). *Studium und psychische Probleme. Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks*. Bonn: Deutsches Studentenwerk.

- Haken, H. & Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329-343.
- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 337-343.
- Haubl, R. (2008). Die Angst, persönlich zu versagen oder sogar nutzlos zu sein. *Forum der Psychoanalyse*, 24(4), 317-329.
- Haug, S., Puschner, B., Lambert, M. J. & Kordy, H. (2004). Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25(3), 141-151.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Reimer, C. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie bei Depressionen. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl., S. 446-465). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Heekerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*, 50, 357-366.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit* (11., unveränd. Aufl., 1967). Tübingen: Max Niemeyer.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J. (1995). *Lehrbuch der Psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Fischer.
- Heim, E. (2009). *Die Welt der Psychotherapie. Entwicklungen und Persönlichkeiten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heppner, P. P., Cook, S. W., Wright, D. M. & Johnson, W. C. (1995). Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 279-293.
- Heppner, P. P., Cooper, C., Mulholland, A. & Wei, M. (2001). A brief, multidimensional, problem-solving psychotherapy outcome measure. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 330-343.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 7-22.

- Hiller, W., Schindler, A., Andor, T. & Rist, F. (2011). Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanzen im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(1), 22-32.
- Himmelrath, A. & Mersch, B. (2008, 01.01.2008). *Burnout durch Bachelor und Master?* Verfügbar unter: <http://www.karriere.de/studium/burnout-durch-bachelor-und-master-6745/> (abgerufen am 14.11.2014).
- Hoffmann, S. O. (2008). *Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Hofmann, F.-H. (2010). *Kreativität und Krise. Zum Zusammenhang von psychischer Beeinträchtigung und Kreativität*. Dissertation, Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften, Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117-138). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hohage, R. (1986). *Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht*. Habilitationsschrift, Fakultät für Klinische Medizin, Universität Ulm.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holm-Hadulla, R. M. (1996). Allgemeine und Hermeneutische Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 355-360.
- Holm-Hadulla, R. M. (1997). *Die psychotherapeutische Kunst. Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Holm-Hadulla, R. M. (2000a). Kreativität – Psychodynamik und Coaching. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.), *Kreativität* (S. 355-384). Heidelberg: Springer.
- Holm-Hadulla, R. M. (2000b). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 45, 124-136.
- Holm-Hadulla, R. M. (2001). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Holm-Hadulla, R. M. (2002). Coaching. *Psychotherapeut*, 47, 241-248.
- Holm-Hadulla, R. M. (2007). *Kreativität – Konzept und Lebensstil* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Holm-Hadulla, R. M. (2009). *Leidenschaft: Goethes Weg zur Kreativität. Eine Psychobiographie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Holm-Hadulla, R. M. (2011). *Kreativität zwischen Schöpfung und Zerstörung: Konzepte aus Kulturwissenschaften, Psychologie, Neurobiologie und ihre praktischen Anwendungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Holm-Hadulla, R. M. & Hofmann, F.-H. (2007). Einfluss von Beratung auf Symptombelastung und Lebens- und Studienzufriedenheit, *Tagungsband zur Fachtagung Beratung* (S. 205-216). Berlin: Deutsches Studentenwerk.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H. & Sperth, M. (2008). ABCDE-Rating, BeraterInnen- und KlientInnenversion (unveröffentlicht).
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H. & Sperth, M. (2009a). Integrative Beratung. ABCDE-Modell zur psychologischen und psychotherapeutischen Beratung. *Psychotherapeut*, 54, 326-333.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H. & Sperth, M. (2011). An integrative model of counseling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 3-24.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H. & Sperth, M. (2012). Psychotherapie und Kreativität. *Familiendynamik*, 1, 16-23.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Funke, J. (2009b). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. Vergleich von Feldstichproben mit Klienten und Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Psychotherapeut*, 54(5), 346-356.
- Holm-Hadulla, R. M., Kiefer, L. & Sessar, W. (1997). Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 271-278.
- Holm-Hadulla, R. M., Roussel, M. & Hofmann, F.-H. (2010). Depression and creativity - The case of the german poet, scientist and statesman J. W. v. Goethe. *Journal of Affective Disorders*, 127, 43-49.
- Holm-Hadulla, R. M. & Soeder, U. (1997). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47(12), 419-425.
- Holm-Hadulla, R. M., Sperth, M. & Hofmann, F.-H. (2009c). Integrative Psychologische und Psychotherapeutische Beratung für Studierende, *Tagungsband zur Fachtagung Beratung*. Berlin: Deutsches Studentenwerk.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Huber, M. & Beutel, M. (2006). Belastungs- und Anpassungsstörungen. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien* (3., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl., S. 253-263). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Huber, W. (1996). Entwicklung der integrativen Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie* (S. 228-230). Stuttgart, New York: Georg Thieme.

- Hüther, G. & Krens, I. (2005). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen*. Düsseldorf: Walter.
- Isserstedt, W., Middendorff, E., Fabian, G. & Wolter, A. (2007). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006*. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Bonn, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).
- Jacobi, F. (2006). Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 554-580). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34(1), 16-28.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revensdorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jacobson, N. S., Wilson, L. & Tupper, C. (1988). The clinical significance of treatment gains resulting from exposure-based interventions for agoraphobia: A reanalysis of outcome data. *Behavior Therapy*, 19, 248-251.
- Jäger, A. O. (1982). Mehrmodale Klassifikation von Intelligenzleistungen: Experimentell kontrollierte Weiterentwicklung eines deskriptiven Intelligenzstrukturmodells. *Diagnostica*, 23, 195-225.
- Jäger, A. O., Süß, H.-M. & Beauducel, A. (1997). *Berliner Intelligenzstruktur-Test (BIS, Form 4)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jamison, K. R. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, 52, 125-134.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie* (9., unv. Aufl., 1973). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Jaspers, K. (1981). *Nietzsche: Einführung in das Verständnis seines Philosophierens* (4. Neuaufl.). Berlin, New York: de Gruyter.
- Jones, A. & Crandall, R. (1986). Validation of a short index of self-actualization. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12(1), 63-73.
- Juda, A. (1949). The relationship between highest mental capacity and psychic abnormalities. *American Journal of Psychiatry*, 106, 296-307.



- Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2001). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82(32/33), 1745-1750.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 53, 408-413.
- Kadera, S. C., Lambert, M. J. & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 5, 132-151.
- Kahn, J. H., Achter, J. A. & Shambaugh, E. J. (2001). Client distress, disclosure, characteristics at intake, and outcome in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 203-211.
- Kämmerer, A. (2005). Allgemeinpsychologische Grundlagen der Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (3., völlig neu bearb. Aufl., S. 54-62). Stuttgart: Georg Thieme.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kaplan, E. L. & Meier, P. (1958). Nonparametric estimation from incomplete observations. *Journal of the American Statistical Association*, 53(282), 457-481.
- Kast, V. (1989). *Der schöpferische Sprung. Vom therapeutischen Umgang mit Krisen* (1. Aufl.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Kazis, L. E., Anderson, J. J. & Meenan, R. F. (1989). Effect sizes for interpreting changes in health status. *Medical Care*, 27(3, Suppl.), S178-S189.
- Kelly, K. E. (2005). The relationship between worry and creative personality. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2(2), 75-80.
- Keupp, H. (1985). Psychosoziales Elend an den Hochschulen als Handlungsfeld der Studentenberatung - Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten über den „Klinischen Blick“ hinaus hin zur Prävention. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17(2), 318-332.
- Keupp, H. (2009). Psychische Störungen und Psychotherapie in der spätmodernen Gesellschaft. *Psychotherapeut*, 54(2), 130-138.
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitzscherlich, B., Kraus, W. et al. (Hrsg.). (2008). *Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne* (4. Aufl.). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.

- Klauer, K. J. (1993). *Denktraining für Jugendliche: Ein Programm zur intellektuellen Förderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Kohl, J. K. (2014). *Ergebnisse von integrativer Beratung. Eine katamnestiche Untersuchung zur Stabilität der Resultate integrativer psychosozialer Beratung in Bezug auf Lebens- und Studienzufriedenheit, Symptombelastung, Alltagskreativität und Prozessvariablen der Beratung*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Psychologisches Institut, Universität Heidelberg.
- Kohut, H. (1973). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kowalski, A. & Enck, P. (2010). Statistische Methoden bei Mehrfachtestung – die Bonferroni-Korrektur. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 286.
- Krejci, E. (1982). Studentenzeit als psychosoziales Moratorium. Erfahrungen und Reflexionen aus einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten. In E. Krejci & W. Bohleber (Hrsg.), *Spätadoleszente Konflikte. Indikation und Anwendung psychoanalytischer Verfahren bei Studenten* (S. 53-80). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kretschmer, E. (1948). *Geniale Menschen* (4. Aufl.). Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Kronmüller, K.-T., Stefani, A., Geiser-Elze, A., Horn, H., Hartmann, M. & Winkelmann, K. (2009). Familienfunktionalität und Therapieerfolg. *Psychotherapeut*, 54(1), 44-51.
- Krüger, H. J., Maciejewski, F. & Steinmann, I. (1982). *Studentenprobleme: Psychosoziale und institutionelle Befunde*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M. et al. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N. & Burlingame, G. (1994). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.1)*. Salt Lake City, UT: IHC Center for Behavioral Healthcare Efficacy.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C. et al. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire)*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., S. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19(4), 493-501.

- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Lange, C., Heuft, G. & Wetz, H. H. (2001). Diagnose-Controlling. *Der Orthopäde*, 30(4), 236-241.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
- Lazarus, A. A. (2005a). Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID). In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5., vollst. überarb. Aufl., S. 45-49). Heidelberg: Springer.
- Lazarus, A. A. (2005b). Is there still a need for psychotherapy integration? *Current Psychology*, 24(3), 149-152.
- Lazarus, A. A. & Messer, S. B. (1991). Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 143-158.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Leichsenring, F. (2004). „Empirically supported treatments“: Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52, 209-222.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A Meta-analysis. *JAMA*, 300(13), 1551-1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61(12), 1208-1216.
- Leonhart, R. & Bengel, J. (2005). Vergleichswerte zur Bewertung von Effektgrößen in rehabilitationswissenschaftlichen Studien am Beispiel des IRES-Patientenfragebogens Version 2. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 15, 124-134.
- Lieb, H. (2009). Krise – Herausforderung und Chance. *systema*, 23(1), 25-39.
- Liebert, R. M. & Morris, L. W. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20, 975-978.
- Lombroso, C. (1887). *Genie und Irrsinn (Genio e follia, 1864)*. Leipzig: Reclam.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Hrsg.), *Successful psychotherapy* (S. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1995). *Einführung in die analytische Psychotherapie: Ein Lehrbuch* (2. Aufl.). Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Ludewig, K. & Wilken, U. (2000). *Das Familienbrett. Ein Verfahren für die Forschung und Praxis mit Familien und anderen sozialen Systemen*. Göttingen: Hogrefe.
- Luke, D. A. & Homan, S. M. (1998). Time and change: Using survival analysis in clinical assessment and treatment evaluation. *Psychological Assessment*, 10(4), 360.
- Lyubomirsky, S. & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. In C. Pappageorgiou & A. Wells (Hrsg.), *Rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression* (S. 21-41). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Die Rehabilitation*, 39(4), 189-199.
- Margraf, J. (2009). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3., vollst. bearb. u. erw. Aufl., S. 3-45). Berlin, Heidelberg: Springer
- Marneros, A. (2002). Manisch-depressive Erkrankungen und Kreativität. In T. Fuchs, I. Jádi, B. Brand-Claussen & C. Mundt (Hrsg.), *WahnWeltBild. Die Sammlung Prinzhorn. Beiträge zur Museumseröffnung* (S. 107-119). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Maslow, A. H. (2000). Creativity in self-actualizing people. In A. H. Maslow & D. C. Stephens (Hrsg.), *The Maslow business reader* (S. 21-30). New York: John Wiley & Sons.
- Mattejat, F. & Pauschardt, J. (2009). Beratung in der Klinischen Psychologie. In P. Warschburger (Hrsg.), *Beratungspsychologie* (S. 172-202). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Maturana, H. & Varela, F. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- May, R. (1964). Creativity and encounter. *American Journal of Psychoanalysis*, 24(1), 39-45.
- May, R. (1987). *Der Mut zur Kreativität*. Junfermann: Paderborn.
- May, R. (1989). *The art of counseling*. New York: Gardner Press.
- McLeod, J. (2003). *Doing counselling research*. London: SAGE.
- McLeod, J. (2004). *Counselling - eine Einführung in Beratung* (Bd. 1). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Meichenbaum, D. H. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Mestel, R., Neeb, K., Hauke, B., Klingelhöfer, J. & Stauss, K. (2000). Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie* (S. 98-146). Gießen: Psychozial Verlag.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt*, 71, 535-542.

- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F. & Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 32(2), 94-103.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. & Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy* 2(2), 91-100.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Minami, T., Davies, D. R., Tierney, S. C., Bettmann, J. E., McAward, S. M., Averill, L. A. et al. (2009). Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 309-320.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Kircher, J. C. & Brown, G. S. (2007). Benchmarks for psychotherapy efficacy in adult major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 232-243.
- Moeller, M. L. & Scheer, J. W. (1974). *Psychotherapeutische Studentenberatung. Probleme der Klienten – Problematik der Institution*. Stuttgart: Thieme.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.). (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Mühlig, S. & Poldrack, A. (2006). Kognitive Therapieverfahren. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 477-495). Berlin: Springer.
- Mundt, C. & Backenstraß, M. (2001). Perspektiven der Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 11-19.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 345-356.
- Norcross, J. C. (Hrsg.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (2. Aufl., S. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (Hrsg.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2. Aufl.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Hill, C. E. (2004). Empirically supported therapy relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), 19-24.

- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 48(1), 98-102.
- Normann, C. (2006). Zur Neurobiologie bipolarer Störungen. In H.-J. Assion & W. Vollmoeller (Hrsg.), *Handbuch Bipolare Störungen. Grundlagen - Diagnostik - Therapie* (S. 35-42). Stuttgart: Kohlhammer.
- Noy, P. (2008). Die formale Gestaltung in der Kunst: Ein ich-psychologischer Ansatz kreativen Gestaltens (1979). In H. Kraft (Hrsg.), *Psychoanalyse, Kunst und Kreativität* (3. Aufl., S. 135-155). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2007). Die existenzielle Perspektive in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 17(2), 122-128.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (2000). Methodische Grundlagen der Ergebnisevaluation. In J. Bengel & U. Koch (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 323-346). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Nußbeck, S. (2006). *Einführung in die Beratungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.
- Oldham, J. M. & Morris, L. B. (2007). *Ihr Persönlichkeits-Portrait: Warum Sie genauso denken, lieben und sich verhalten, wie Sie es tun* (3. Aufl.). Eschborn: Klotz.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M. et al. (1999). Development of psychotherapists: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.
- Orlinsky, D. E. (2006). Comments on the state of psychotherapy research (as I see it). *Psychotherapy Bulletin*, 41, 37-41.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., S. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Papoušek, M. (1996). Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von präverbalen Kommunikations- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 140-146.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. London: Oxford University Press.

- Pekrun, R. & Götz, T. (2006). Emotionsregulation: Vom Umgang mit Prüfungsangst. In H. Mandl & H. F. Friedrich (Hrsg.), *Handbuch Lernstrategien* (S. 248-258). Göttingen: Hogrefe.
- Petri, H. (2010). *Psychotherapie mit jungen Erwachsenen*. München: Ernst Reinhardt.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie* (2. überarb. u. erw. Aufl. Bd. 1. Klinische Philosophie). Paderborn: Junfermann.
- Pinkerton, R. S. & Rockwell, W. J. K. (1994). Very brief psychological interventions with university students. *Journal of American College Health*, 42(4), 156-162.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S. & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.
- Poincaré, H. (1913). *The foundations of science: Science and hypothesis, The value of science, Science and method*. New York: Science Press.
- Post, F. (1994). Creativity and psychopathology: A study of 291 world-famous men. *British Journal of Psychiatry*, 165, 22-34.
- Preiser, S. (2003). *Pädagogische Psychologie. Psychologische Grundlagen von Erziehung und Unterricht*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende des Studentenwerks Heidelberg (PBS). (2008). *10 Ratschläge zum selbständigen Arbeiten im Studium*. Verfügbar unter: <http://www.studentenwerk.uni-heidelberg.de/sites/default/files//download/pdf/pbs-arbeiten.pdf> (abgerufen am 14.11.2014).
- Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende des Studentenwerks Heidelberg (PBS). (2008). *12 Regeln zu einem selbstbewussten und erfolgreichen Umgang mit Prüfungen*. Verfügbar unter: <http://www.studentenwerk.uni-heidelberg.de/sites/default/files/download/pdf/pbs-pruefungen.pdf> (abgerufen am 14.11.2014).
- Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende des Studentenwerks Heidelberg (PBS). (2009). *Geschäftsbericht 2008*. Internes Dokument. Heidelberg: Studentenwerk.
- Puschner, B., Bauer, S., Kraft, S. & Kordy, H. (2005). Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 517-526.
- Rau, T., Kliemann, A., Fegert, J. M. & Allroggen, M. (2014). *Gefährdungssituationen in der Beratungspraxis. Handlungsempfehlung für Mitarbeitende der Hochschulen und Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe, in Behörden und Beratungsstellen allgemein*. Bielefeld: UVW Universitäts Verlag Webler.

- Reimer, C. & Rüger, U. (2006a). Ethische Aspekte der Psychotherapie. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl., S. 392-412). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Reimer, C. & Rüger, U. (2006b). Supportives Vorgehen im Rahmen psychodynamischer Psychotherapieverfahren. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl., S. 214-217). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Reinecker, H. (2007). Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (4. Aufl., S. 260-305). Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Reinecker, H. (2009). Therapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3., vollst. bearb. u. erw. Aufl., S. 84-99). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie*, 10(1), 22-31.
- Richards, R. (1999). Everyday creativity. In M. A. Runco & S. R. Pritzker (Hrsg.), *Encyclopedia of creativity* (Bd. 1, S. 683-687). Oxford: Elsevier.
- Ricœur, P. (1965). *De l'interprétation*. Paris: Du Seuil.
- Rief, W. & Hofmann, S. G. (2009). Die Psychoanalyse soll gerettet werden. Mit allen Mitteln? *Nervenarzt*, 80, 593-597.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1976). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Rohde-Dachser, C. (2003). Psychoanalyse und Kreativität. Eine Einführung. In C. Rohde-Dachser (Hrsg.), *Unaussprechliches Gestalten. Über Psychoanalyse und Kreativität* (S. 13-21). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roth, G. (2001). *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Roth, G. (2004). Wie das Gehirn die Seele macht. In G. Schiepek (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 28-40). Stuttgart: Schattauer.
- Rothenberg, A. (1989). *Kreativität in der Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.



- Rothenberg, A. (1990). *Creativity and madness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rothenberg, A. (1993). Creativity: Complex and healthy. *Psychological Inquiry*, 4(3), 217-221.
- Rothenberg, A. (2001). Bipolar illness, creativity, and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 72, 131-147.
- Rothenberg, A. (2006). Creativity - the healthy muse. *Lancet*, 368, S8-S9.
- Rückert, H.-W. (2006). *Schluss mit dem ewigen Aufschieben: Wie Sie umsetzen, was Sie sich vornehmen* (6. Aufl.). Frankfurt: Campus Verlag.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Rüger, U. (2006). Analytische Psychotherapie. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien* (3., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl., S. 40-48). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rüger, U. & Reimer, C. (2006). Gemeinsame Merkmale und Charakteristika psychodynamischer Psychotherapieverfahren. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl., S. 4-22). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. (2008, 16.06.2011). *Studierendenstatistik Sommersemester 2008*. Verfügbar unter: <http://www.uni-heidelberg.de/studium/interesse/faecher/statistik.html> (abgerufen am 14.11.2014).
- Santosa, C. M., Strong, C. M., Nowakowska, C., Wang, P. W., Rennie, C. M. & Ketter, T. A. (2007). Enhanced creativity in bipolar disorder patients: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 100, 31-39.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauenburg, H. (2000). „Strength through diversity“ - wo steht die Psychotherapieforschung heute? *Psychotherapeut*, 45, 380-381.
- Schauenburg, H. (2006). Depressive Störungen. In C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien* (3., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl., S. 266-277). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48(7), 257-264.
- Schellberg, D. (1995). Reliabilität des BSS. In H. Schepank (Hrsg.), *Der Beeinträchtigungsschwere-Score: BSS; Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung; Manual* (S. 18-20). Göttingen: Beltz Test.

- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score: BSS; Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung; Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Schindler, A. & Hiller, W. (2010). Therapieeffekte und Responseraten bei unipolar depressiven Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 107-115.
- Schleiermacher, F. D. E. (1977). *Hermeneutik und Kritik*. Hrsg.: M. Frank. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung: Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39(7), 248-255.
- Schmidt-Atzert, L. (2007). Tests und Tools. Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens von Schuler und Hell (ASK). *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 6(1), 37-41.
- Schneider, W. (2011). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Psychotherapeut*, 56(1), 6-7.
- Schoppe, K.-J. (1975). *Verbaler Kreativitäts-Test (VKT)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schroetter, R. (2007). Maupassant und der andere. Alberto Savinios pathographische Mythographie. In M. Bormuth, K. Podoll & C. Spitzer (Hrsg.), *Kunst und Krankheit: Studien zur Pathographie*. Göttingen: Wallstein.
- Schuler, H. & Hell, B. (2005). *ASK: Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens*. Bern: Huber.
- Schumann, W. (2007). Strukturwandel an den Hochschulen - Konsequenzen für die psychosoziale Situation von Studierenden. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 39(4), 817-827.
- Schumann, W. (2008, 01.05.2008). *Umwege werden als Versagen gewertet*. Verfügbar unter: <http://www.presse.uni-oldenburg.de/uni-info/2008/4/fotos/uni-info0408.pdf> (abgerufen am 14.11.2014).
- Schweitzer, J. (2007). Systemische Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (4. Aufl., S. 308-318). Stuttgart, New York: Georg Thieme.
- Schweitzer, J. & Weber, G. (1982). Beziehung als Metapher. Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. *Familiendynamik*, 7, 113-128.
- Seliger, K. & Brähler, E. (2007). Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. *Psychotherapeut*, 52(4), 280-286.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529.

- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581-604.
- Shapiro, E. R., Zinner, J., Shapiro, R. L. & Berkowitz, D. A. (1975). The influence of family experience on borderline personality development. *International Review of Psycho-Analysis*, 2, 399-411.
- Shapiro, P. J. & Weisberg, R. W. (1999). Creativity and bipolar diathesis: Common behavioural and cognitive components. *Cognition & Emotion*, 13, 741-762.
- Sharf, R. S. (2003). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases* (3. Aufl.). Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Shotter, J. & Newson, J. (1982). An ecological approach to cognitive development: Implicate orders, joint action, and intentionality. In G. Butterworth & P. Light (Hrsg.), *Social cognition: Studies in the development of understanding* (S. 32-52). Sussex: Harvester.
- Simonton, D. K. & Song, A. V. (2009). Eminence, IQ, physical and mental health, and achievement domain. Cox's 282 geniuses revisited. *Psychological Science*, 20(4), 429-434.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Slater, E. & Meyer, A. (1959). Contributions to a pathography of the musicians: 1. Robert Schumann. *Confinia Psychiatrica*, 2, 65-94.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Snell, M. N., Mallinckrodt, B., Hill, R. D. & Lambert, M. J. (2001). Predicting counseling center clients' response to counseling: A 1-year follow-up. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 463-473.
- Soeder, U. (1995). *Die Prävalenz von psychosozialen Beschwerden bei Heidelberger Studierenden*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Psychologisches Institut, Universität Heidelberg.
- Soeder, U., Bastine, R. & Holm-Hadulla, R. M. (2001). Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden* (S. 158-187). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sperth, M., Aghotor, J., Hofmann, F.-H. & Holm-Hadulla, R. M. (2011). E-Mail-Beratung für Studierende: ein Anwendungsfeld integrativer Beratung. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 123-127.
- Sperth, M., Hofmann, F.-H. & Holm-Hadulla, R. M. (2009). Integrative Psychologische und Psychotherapeutische Beratung für Studierende. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, 4, 89-97.

- Sperth, M., Hofmann, F.-H. & Holm-Hadulla, R. M. (2014). Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung für Studierende. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 224-231.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spießl, H., Freyberger, H. J. & Rössler, W. (2007). Let's talk about... Supportive Psychotherapie! *Psychiatrische Praxis*, 34, 213-214.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U. & Freyberger, H. J. (2002). Die Strukturachse der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 392-397.
- Startup, M., Jackson, M. C. & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 417-422.
- Stavemann, H. H. (2005). Sokratische Gesprächsführung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5., vollst. überarb. Aufl., S. 270-277). Heidelberg: Springer.
- Stein, C. (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention. Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Strauß, B. & Brähler, E. (2010). Auswahl von Fragebögen zur Ergebnisqualitätssicherung und Verlaufskontrolle. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 412.
- Strauß, B., Hüttemann, B. & Schulz, N. (1997). Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Erste Erfahrungen mit der „OPD-1“ im stationären Rahmen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 58-63.
- Strauß, B. & Schumacher, J. (Hrsg.). (2005). *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen: Grundlagen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stricker, G. & Gold, J. R. (1993). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Plenum Press.
- Strupp, H. H. (1995). Frequenz – Dauer – Setting in der psychodynamischen Therapie: Ist 1 Jahr genug? In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), *Lindauer Texte* (S. 143-163). Berlin: Springer.
- Stulz, N. & Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 817-833.

- Taffertshofer, B. (2008, 28.12.2008). *Die Leistungsfalle*. Verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/karriere/bachelor-studium-die-leistungsfalle-1.368405> (abgerufen am 14.11.2014).
- Terman, L. M. (1925). *Genetic studies of genius: Mental and physical traits of a thousand gifted children* (Vol. 1). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Theophrast (1962). *Problemata physica XXX, 1*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). Mittel, Wege und Ziele. In H. Thomä & H. Kächele (Hrsg.), *Psychoanalytische Therapie - Grundlagen* (3., überarb. u. aktual. Aufl., S. 271-347). Heidelberg: Springer.
- Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, 4(1), 25-29.
- Thurstone, L. L. (1938). *Primary mental abilities*. Chicago: University of Chicago Press.
- Todd, D. M., Deane, F. P. & McKenna, P. A. (1997). Appropriateness of SCL-90-R adolescent and adult norms for outpatient and nonpatient college students. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 294-301.
- Tschuschke, V. (1990). Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie: Ein Problem der Einzelpsychotherapie oder auch der Gruppenpsychotherapie? In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse* (S. 244-269). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Tschuschke, V., Weber, R., Horn, E., Kiencke, P. & Tress, W. (2007). Ambulante psychodynamische Kurzgruppenpsychotherapie bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 87-95.
- Verhaeghen, P., Joormann, J. & Khan, R. (2005). Why we sing the blues: The relation between self-reflective rumination, mood, and creativity. *Emotion*, 5, 226-232.
- von Foerster, H. (1988). Aufbau und Abbau. In F. B. Simon (Hrsg.), *Lebende Systeme: Wirklichkeitskonstruktionen in der Systemischen Therapie* (S. 19-33). Heidelberg: Springer.
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vonk, M. E. & Thyer, B. A. (1999). Evaluating the effectiveness of short-term treatment at a university counseling center. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1095-1107.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.

- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wachtel, P. L. & McKinney, M. (2003). Cyclical psychodynamics and integrative psychodynamic therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (S. 335-370). Oxford: Oxford University Press.
- Wade, W. A., Treat, T. A. & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 231-239.
- Waidhofer, E. (2006). Systemische Psychotherapie. In G. S. Barolin (Hrsg.), *Integrierte Psychotherapie - Anwendungen in der Gesamtmedizin und benachbarten Sozialberufen* (S. 465-477). Wien: Springer.
- Wallas, G. (1926). *The art of thought*. New York: Harcourt Brace.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. & Waehler, C. A. (2002). Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 30(2), 197-217.
- Warschburger, P. (Hrsg.). (2009). *Beratungspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wilken, B. (2005). Kognitive Umstrukturierung. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 357-365). Göttingen: Hogrefe.
- Wilken, B. (2006). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung* (3., akt. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Willett, J. B. & Singer, J. D. (1993). Investigating onset, cessation, relapse, and recovery: Why you should, and how you can, use discrete-time survival analysis to examine event occurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 952-965.
- Willi, J. (2000). *Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle* (12. Aufl.). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Wilson, S. B., Mason, T. W. & Ewing, M. J. M. (1997). Evaluating the impact of receiving university-based counseling services on student retention. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 316-320.
- Wine, J. (1971). Test anxiety and direction of attention. *Psychological Bulletin*, 76, 92-104.

- Winiarski, R. (2004). *Beratung und Kurztherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz PVU.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena – A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. In D. W. Winnicott (Hrsg.), *The maturational processes and the facilitating environment* (S. 140-152). London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1974). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1987). *Vom Spiel zur Kreativität* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (2008). Kreativität und ihre Wurzeln - Das Konzept der Kreativität. In H. Kraft (Hrsg.), *Psychoanalyse, Kunst und Kreativität* (3. Aufl., S. 65-74). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. (2010, 15.02.2012). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Version 2.8)*. Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf> (abgerufen am 14.11.2014).
- Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.). (2005). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Praxisbuch und Leitfaden* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurological Psychiatry*, 72, 205-226.
- Yalom, I. D. (2000). *Existenzielle Psychotherapie* (3. Aufl.). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2008). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 97-104.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indikationsstellung nach dem Erstgespräch durch die BeraterInnen.....	94
Tabelle 2: Empfohlene Verfahren für KlientInnen mit Psychotherapieindikation.....	95
Tabelle 3: Behandlungsdauer Prä-Post-Gesamtstichprobe.....	113
Tabelle 4: Anzahl und Anteil in % der Hauptfächer in der Behandlungsstichprobe und der Gesamtgruppe der im Sommersemester 2008 immatrikulierten Studierenden der Universität und der PH Heidelberg.....	117
Tabelle 5: Diagnosen nach ICD-10 (Prä-Post-Gesamtstichprobe) .....	121
Tabelle 6: Subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Prä-Messung/vor Beratung) und Normstichprobe Studierender (Franke, 2002, S. 46).....	125
Tabelle 7: Subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (SCL-90-R) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Post-Messung/nach Beratung) und Normstichprobe Studierender (Franke, 2002, S. 46).....	126
Tabelle 8: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung durch KlientInnen (SCL-90-R).....	127
Tabelle 9: Vergleich Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Prä-Messung/vor Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008.....	128
Tabelle 10: Vergleich Psychosoziale Beschwerdeliste (PSB) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Post-Messung/nach Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008.....	129
Tabelle 11: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung durch KlientInnen (Psychosoziale Beschwerdeliste, PSB).....	130
Tabelle 12: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Fremdeinschätzung durch BeraterInnen (BSS und GAF).....	132
Tabelle 13: Vergleich Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Prä-Messung/vor Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008 .....	133
Tabelle 14: Vergleich Lebens- und Studienzufriedenheit (LSZ) Prä-Post-Gesamtstichprobe (Post-Messung/nach Beratung) und Feldstichprobe Studierender 2007/2008.....	134
Tabelle 15: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) .	134
Tabelle 16: Mittlere Veränderungen auf den Kreativitätsmaßen CCS und ASK .....	135
Tabelle 17: Prozentuale Anteile statistisch und klinisch signifikant verbesserter, reliabel, aber (noch) nicht klinisch signifikant verbesserter, unveränderter, testneutraler sowie reliabel und klinisch signifikant verschlechterter KlientInnen in der Selbst- (SCL-90-R, GSI; PSB-GBS) und Fremdeinschätzung (BSS-Gesamtscore) für Prä-Post-Gesamtstichprobe.....	145
Tabelle 18: Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (SCL-90-R und PSB).....	150
Tabelle 19: Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (SCL-90-R) und der BeraterInnen (BSS) .....	150



Tabelle 20: Übereinstimmung des Beratungserfolgs aus Sicht der KlientInnen (PSB) und der BeraterInnen (BSS).....	151
Tabelle 21: Statistisch signifikante Verbesserung SCL-90-R (GSI): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier .....	153
Tabelle 22: Klinisch signifikante Verbesserung SCL-90-R (GSI): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier .....	154
Tabelle 23: Statistisch signifikante Verbesserung PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier .....	156
Tabelle 24: Klinisch signifikante Verbesserung PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier .....	156
Tabelle 25: Statistisch signifikante Verbesserung BSS (Gesamtscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier .....	158
Tabelle 26: Klinisch signifikante Verbesserung BSS (Gesamtscore): Überlebensanalyse nach Kaplan-Meier .....	159
Tabelle 27: Korrelationen der Erfolgseinschätzungen (statistisch signifikante und klinisch signifikante Verbesserungen) auf den Ergebnisinstrumenten (GSI, SCL-90-R; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore; BSS-Gesamtscore) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus Sicht der KlientInnen (ABCDE-K).....	163
Tabelle 28: Korrelationen der Erfolgseinschätzungen (statistisch signifikante und klinisch signifikante Verbesserungen) auf den Ergebnisinstrumenten (GSI, SCL-90-R; PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore; BSS-Gesamtscore) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus Sicht der BeraterInnen (ABCDE-T).....	166
Tabelle 29: Korrelationen der Prä-Post-Differenzwerte der CCS (Gesamtwert, State-Modul) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnen- (ABCDE-K) und BeraterInnensicht (ABCDE-T).....	167
Tabelle 30: Korrelationen der Prä-Post-Differenzwerte der ASK (Modul Kreatives Denken und Gesamtwert) mit den Einschätzungen der Ebenen und Dimensionen integrativer psychotherapeutischer Beratung aus KlientInnen- (ABCDE-K) und BeraterInnensicht (ABCDE-T).....	168
Tabelle 31: Unterschiede zwischen Completern und KlientInnen mit Daten nur zum Prä-Zeitpunkt .....	171
Tabelle 32: Verteilung der Diagnosen der Kategorien F4 und F6 bei Completern und KlientInnen mit Angaben nur zu Beratungsbeginn.....	172
Tabelle 33: Vergleich der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung mit den Ergebnissen kurzpsychotherapeutisch behandelter Studierender (Vonk & Thyer, 1999) und tiefenpsychologisch fundiert behandelter PatientInnen der Heidelberg-Berlin-Studie (Grande et al., 2006) anhand des GSI der SCL-90-R.....	177

Tabelle 34: Vergleich der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung mit den Behandlungsergebnissen der Poliklinischen Institutsambulanz für Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz anhand des GSI der SCL-90-R (PBS) bzw. des BSI (Hiller et al., 2009; Schindler & Hiller, 2010) .....	182
Tabelle 35: Vergleich der Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen mit geschäftspsychotherapeutisch behandelten PatientInnen mit Anpassungsstörungen (Altenhöfer et al., 2007) anhand des GSI und den Unterskalen Depressivität und Ängstlichkeit der SCL-90-R (PBS) bzw. des BSI (Altenhöfer et al., 2007) sowie des BSS (Gesamtwert) und der GAF-Skala .....	193
Tabelle 36: Vergleich der vorliegenden Dosis-Wirkungsbefunde mit den Ergebnissen von Anderson und Lambert (2001) .....	210
Tabelle 37: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung (SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) durch zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä $\geq$ 63) .....	270
Tabelle 38: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für klinisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä $\geq$ 63) gemäß Fremdeinschätzung durch BeraterInnen (BSS und GAF) .....	270
Tabelle 39: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä $\geq$ 63) .....	270
Tabelle 40: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung (SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) bei PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä $\leq$ 62).....	271
Tabelle 41: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä $\leq$ 62) gemäß Fremdeinschätzung durch BeraterInnen (BSS und GAF).....	271
Tabelle 42: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä $\leq$ 62)....	271
Tabelle 43: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen (Selbsteinschätzung durch KlientInnen: SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) .....	272
Tabelle 44: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei KlientInnen mit affektiven Störungen (Fremdeinschätzung durch BeraterInnen: BSS und GAF) .....	272
Tabelle 45: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei KlientInnen mit affektiven Störungen.....	272
Tabelle 46: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen (Selbsteinschätzung durch KlientInnen: SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) .....	273
Tabelle 47: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei KlientInnen mit Anpassungsstörungen (Fremdeinschätzung durch BeraterInnen: BSS und GAF) .....	273
Tabelle 48: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei KlientInnen mit Anpassungsstörungen.....	273

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Strategien und Techniken des ABCDE-Modells integrativer psychotherapeutischer Beratung in Zuordnung zu den Phasen des Beratungs- bzw. kreativen Prozesses. ....	64
Abbildung 2: Flussdiagramm zum Überblick über die KlientInnenzahlen zu den Messzeitpunkten. ....	100
Abbildung 3: Erhebungsinstrumente zu den jeweiligen Messzeitpunkten.....	100
Abbildung 4: Altersverteilung der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe).....	114
Abbildung 5: Verteilung der Fachsemesterzahl der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe). ....	115
Abbildung 6: Aufstellung der Studienfächer nach Hauptfächern bei KlientInnen der Behandlungstichprobe.....	116
Abbildung 7: Verteilung Abiturdurchschnitt der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe). ....	118
Abbildung 8: Verteilung der Zwischenprüfungsnoten der PBS-KlientInnen (Prä-Post-Gesamtstichprobe). ....	118
Abbildung 9: Antwortverteilung der PBS-KlientInnen der Prä-Post-Gesamtstichprobe auf die Frage nach der Gesamtbewertung der Beratung als hilfreich. ....	141
Abbildung 10: Statistische und klinische Signifikanz (Verbesserung, Nichtveränderung, Verschlechterung) SCL-90-R (GSI), Prä-Post-Gesamtstichprobe. ....	144
Abbildung 11: Statistische und klinische Signifikanz (Verbesserung, Nichtveränderung, Verschlechterung) PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore), Prä-Post-Gesamtstichprobe. ..	146
Abbildung 12: Statistische und klinische Signifikanz (Verbesserung, Nichtveränderung, Verschlechterung) BSS (Gesamtscore), Prä-Post-Gesamtstichprobe. ....	149
Abbildung 13: Kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch oder klinisch signifikanter Verbesserung auf der SCL-90-R (GSI) in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl. ....	155
Abbildung 14: Kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch oder klinisch signifikanter Verbesserung auf der PSB (Gesamtbeeinträchtigungsscore) in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl.....	157
Abbildung 15: Kumulierte Wahrscheinlichkeit statistisch oder klinisch signifikanter Verbesserung auf dem BSS (Gesamtscore) in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl.....	159

## Abkürzungsverzeichnis

ASK	Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens
BDI	Beck Depression Inventory/Beck-Depressions-Inventar
BSI	Brief Symptom Inventory
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
BSS-K	Körperliche Beeinträchtigung (BSS)
BSS-P	Psychische Beeinträchtigung (BSS)
BSS-S	Sozialkommunikative Beeinträchtigung (BSS)
CCS	Creative Conditions Scale
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
GAF	Global Assessment of Functioning Scale/Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus
GBS	Gesamtbeeinträchtigungsscore der Psychosozialen Beschwerdeliste
GSI	Global Severity Index der SCL-90-R
ICD	International Classification of Diseases
KS	Klinische Signifikanz
LSZ	Lebens- und Studienzufriedenheitsskala
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PBS	Psychotherapeutische Beratungsstelle für Studierende
PSB	Psychosoziale Beschwerdeliste
RCI	Reliable-Change-Index
RCT	Randomized Clinical Trial
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-R
TfPT	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

# Erklärung



UNIVERSITÄT  
HEIDELBERG  
ZUKUNFT  
SEIT 1386

FAKULTÄT FÜR VERHALTENS-  
UND EMPIRISCHE KULTURWISSENSCHAFTEN

**Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
Doctoral Committee of the Faculty of Behavioural and Cultural Studies, of Heidelberg University

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg  
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**  
Declaration in accordance to § 8 (1) b) and § 8 (1) c) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University, Faculty of Behavioural and Cultural Studies

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.  
I declare that I have made the submitted dissertation independently, using only the specified tools and have correctly marked all quotations.

**Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung  
der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.  
I declare that I did not use the submitted dissertation in this or any other form as an examination paper until now and that I did not submit it in another faculty.

Vorname Nachname  
First name Family name Michael Sperth

Datum, Unterschrift  
Date, Signature

---

## Anhang

### A. Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen

Tabelle 37: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung (SCL-90-R und PSB-Gesamtbefähigungsscore) durch zum Prä-Zeitpunkt klinisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä  $\geq 63$ )

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Somatisierung</b>	56	1,07	0,70	0,52	0,45	0,55	0,68	0,79	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Zwanghaftigkeit</b>	56	2,00	0,64	1,09	0,75	0,91	0,86	1,42	,000***
<b>Unsicherheit</b>	56	1,77	0,74	1,02	0,77	0,75	0,97	1,01	,000***
<b>Depressivität</b>	56	2,33	0,56	1,24	0,92	1,09	0,86	1,95	,000***
<b>Ängstlichkeit</b>	56	1,62	0,83	0,75	0,67	0,87	0,90	1,04	,000***
<b>Aggressivität</b>	56	1,32	0,70	0,69	0,75	0,63	0,79	0,89	,000***
<b>Phobische Angst</b>	56	0,69	0,78	0,34	0,56	0,35	0,91	0,44	,003 <sup>a</sup> **
<b>Paranoides Denken</b>	56	1,15	0,76	0,72	0,69	0,43	0,77	0,57	,000***
<b>Psychotizismus</b>	56	0,88	0,54	0,55	0,58	0,33	0,70	0,61	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	56	1,50	0,45	0,80	0,59	0,70	0,65	1,54	,000***
<b>PSB (GBS)</b>	56	39,25	11,03	28,89	15,89	10,36	14,34	0,94	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

Tabelle 38: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für klinisch beeinträchtigte PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä  $\geq 63$ ) gemäß Fremdeinschätzung durch BeraterInnen (BSS und GAF)

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz Wilcoxon-Test (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>BSS-K</b>	50	1,08	0,97	0,60	0,76	0,48	0,84	0,50	,000***
<b>BSS-P</b>	50	2,40	0,57	1,42	0,73	0,98	0,69	1,72	,000***
<b>BSS-S</b>	50	1,78	0,74	1,16	0,68	0,62	0,67	0,84	,000***
<b>BSS-Gesamt</b>	50	5,26	1,58	3,18	1,65	2,08	1,46	1,32	,000***
<b>GAF</b>	50	62,90	6,83	75,00	6,43	12,10	6,67	1,77	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tabelle 39: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei klinisch beeinträchtigten PBS-KlientInnen (T-Wert GSI Prä  $\geq 63$ )

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Lebenszufriedenheit</b>	55	2,15	0,56	3,30	0,93	1,15	0,85	2,05	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Studienzufriedenheit</b>	55	2,12	0,79	2,94	1,02	0,82	1,10	1,04	,000***
<b>Globale Zufriedenheit</b>	55	2,14	0,57	3,15	0,88	1,01	0,87	1,78	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

## B. Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau

Tabelle 40: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung gemäß Selbsteinschätzung (SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore) bei PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä  $\leq 62$ )

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Somatisierung</b>	65	0,36	0,31	0,30	0,32	0,06	0,38	0,19	,203 <sup>a</sup> n. s
<b>Zwanghaftigkeit</b>	65	1,02	0,51	0,63	0,60	0,38	0,70	0,76	,000***
<b>Unsicherheit</b>	65	0,61	0,47	0,46	0,48	0,15	0,52	0,32	,007 <sup>a</sup> **
<b>Depressivität</b>	65	1,01	0,53	0,60	0,56	0,41	0,68	0,77	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Ängstlichkeit</b>	65	0,59	0,41	0,38	0,40	0,21	0,51	0,51	,001**
<b>Aggressivität</b>	65	0,49	0,48	0,40	0,42	0,09	0,53	0,19	,138 <sup>a</sup> n. s
<b>Phobische Angst</b>	65	0,25	0,36	0,17	0,40	0,09	0,49	0,22	,005 <sup>a</sup> **
<b>Paranoides Denken</b>	65	0,33	0,35	0,24	0,32	0,09	0,42	0,26	,036 <sup>a</sup> *
<b>Psychotizismus</b>	65	0,29	0,27	0,21	0,26	0,08	0,27	0,30	,002 <sup>a</sup> **
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	65	0,59	0,25	0,40	0,31	0,19	0,35	0,76	,000***
<b>PSB (GBS)</b>	66	24,45	12,19	17,71	10,51	6,74	11,92	0,63	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); n. s. nicht signifikant; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

Tabelle 41: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung für PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä  $\leq 62$ ) gemäß Fremdeinschätzung durch BeraterInnen (BSS und GAF)

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz Wilcoxon-Test (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>BSS-K</b>	54	0,83	0,80	0,35	0,52	0,48	0,67	0,60	,000***
<b>BSS-P</b>	54	2,09	0,59	1,33	0,61	0,76	0,67	1,29	,000***
<b>BSS-S</b>	54	1,67	0,82	1,20	0,81	0,46	0,67	0,57	,000***
<b>BSS-Gesamt</b>	54	4,57	1,55	2,83	1,46	1,74	1,14	1,12	,000***
<b>GAF</b>	51	66,59	6,31	77,67	4,64	11,08	5,98	1,76	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tabelle 42: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei PBS-KlientInnen mit nicht-pathologischem Ausgangsniveau (T-Wert GSI Prä  $\leq 62$ )

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz Wilcoxon-Test (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Lebenszufriedenheit</b>	66	3,20	0,72	3,75	0,62	0,55	0,78	0,76	,000***
<b>Studienzufriedenheit</b>	66	2,54	1,02	3,32	0,95	0,78	1,23	0,76	,000***
<b>Globale Zufriedenheit</b>	66	2,92	0,71	3,56	0,68	0,64	0,82	0,90	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ .

### C. Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen

Tabelle 43: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit affektiven Störungen (Selbsteinschätzung durch KlientInnen: SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore)

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Somatisierung</b>	22	0,97	0,79	0,61	0,57	0,36	0,77	0,45	,040*
<b>Zwanghaftigkeit</b>	22	1,93	0,83	1,23	0,91	0,70	0,91	0,84	,002**
<b>Unsicherheit</b>	22	1,78	1,06	1,20	0,93	0,58	1,26	0,55	,041*
<b>Depressivität</b>	22	2,30	0,81	1,35	1,06	0,95	1,00	1,18	,000***
<b>Ängstlichkeit</b>	22	1,42	1,07	0,81	0,79	0,61	0,99	0,57	,009**
<b>Aggressivität</b>	22	1,14	0,89	0,64	0,87	0,50	0,98	0,56	,026*
<b>Phobische Angst</b>	22	0,77	0,86	0,51	0,77	0,26	1,06	0,29	,274 n. s.
<b>Paranoides Denken</b>	22	1,11	0,93	0,83	0,85	0,28	0,96	0,30	,274 <sup>a</sup> n. s.
<b>Psychotizismus</b>	22	0,89	0,67	0,70	0,76	0,19	0,94	0,28	,359 n. s.
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	22	1,44	0,71	0,92	0,76	0,52	0,80	0,73	,007**
<b>PSB (GBS)</b>	27	42,96	11,97	33,48	15,16	9,48	14,11	0,79	,002**

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); n. s. nicht signifikant; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

Tabelle 44: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei KlientInnen mit affektiven Störungen (Fremdeinschätzung durch BeraterInnen: BSS und GAF)

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz Wilcoxon-Test (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>BSS-K</b>	23	1,61	0,89	0,96	0,77	0,65	0,57	0,73	,000***
<b>BSS-P</b>	23	2,78	0,52	1,83	0,78	0,95	0,64	1,83	,000***
<b>BSS-S</b>	23	2,04	0,93	1,39	0,72	0,65	0,65	0,70	,001**
<b>BSS-Gesamt</b>	23	6,43	1,62	4,26	1,66	2,17	0,98	1,34	,000***
<b>GAF</b>	23	59,48	6,46	70,78	6,70	11,30	6,07	1,75	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tabelle 45: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei KlientInnen mit affektiven Störungen

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Lebenszufriedenheit</b>	27	2,18	0,65	3,27	0,88	1,09	0,76	1,69	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Studienzufriedenheit</b>	27	2,20	0,82	3,06	0,97	0,86	0,86	1,06	,000***
<b>Globale Zufriedenheit</b>	27	2,19	0,64	3,18	0,86	0,99	0,72	1,54	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.



## D. Effektivität integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen

Tabelle 46: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei PBS-KlientInnen mit Anpassungsstörungen (Selbsteinschätzung durch KlientInnen: SCL-90-R und PSB-Gesamtbeeinträchtigungsscore)

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Somatisierung</b>	41	0,66	0,62	0,32	0,31	0,34	0,54	0,55	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Zwanghaftigkeit</b>	41	1,55	0,64	0,93	0,67	0,62	0,84	0,97	,000***
<b>Unsicherheit</b>	41	1,17	0,65	0,63	0,51	0,54	0,65	0,82	,000***
<b>Depressivität</b>	41	1,74	0,75	0,91	0,73	0,83	0,78	1,10	,000***
<b>Ängstlichkeit</b>	41	1,10	0,81	0,54	0,52	0,56	0,75	0,70	,000***
<b>Aggressivität</b>	41	0,94	0,65	0,51	0,53	0,43	0,57	0,65	,000***
<b>Phobische Angst</b>	41	0,38	0,45	0,12	0,14	0,26	0,39	0,59	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Paranoides Denken</b>	41	0,74	0,63	0,41	0,43	0,33	0,49	0,53	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Psychotizismus</b>	41	0,59	0,43	0,33	0,35	0,26	0,37	0,61	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Mittlere Belastung (GSI)</b>	41	1,04	0,50	0,55	0,39	0,49	0,47	0,99	,000***
<b>PSB (GBS)</b>	44	29,70	9,99	19,95	10,79	9,75	10,84	0,98	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

Tabelle 47: Wirksamkeit integrativer psychotherapeutischer Beratung bei KlientInnen mit Anpassungsstörungen (Fremdeinschätzung durch BeraterInnen: BSS und GAF)

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz Wilcoxon-Test (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>BSS-K</b>	41	0,85	0,76	0,37	0,58	0,48	0,75	0,63	,001**
<b>BSS-P</b>	41	2,10	0,58	1,22	0,48	0,88	0,56	1,51	,000***
<b>BSS-S</b>	41	1,51	0,55	1,12	0,60	0,39	0,70	0,71	,002**
<b>BSS-Gesamt</b>	41	4,44	1,14	2,71	1,08	1,73	0,95	1,52	,000***
<b>GAF</b>	39	64,82	5,49	76,77	3,88	11,95	5,69	2,18	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tabelle 48: Mittlere Veränderungen in der Lebens- und Studienzufriedenheitsskala (LSZ) bei KlientInnen mit Anpassungsstörungen

	n	Prä		Post		Mittlere Veränderung	SD	ES	Signifikanz (2-seitig)
		M	SD	M	SD				
<b>Lebenszufriedenheit</b>	43	2,65	0,77	3,47	0,76	0,82	0,87	1,07	,000 <sup>a</sup> ***
<b>Studienzufriedenheit</b>	43	2,16	0,79	2,94	0,99	0,78	1,11	0,98	,000***
<b>Globale Zufriedenheit</b>	43	2,44	0,68	3,24	0,77	0,80	0,83	1,18	,000***

Anmerkungen: ES = Prä-Post-Effektstärke, berechnet als Mittelwertsdifferenz in Relation zur Standardabweichung der Prä-Werte (vgl. Maier-Riehle & Zwingmann, 2000, S. 191); \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> = Wilcoxon-Test.

## E. Informationen zur Studie und Einverständniserklärung



**PBS**  
**Psychotherapeutische Beratungsstelle**  
Gartenstr. 2 | 69115 Heidelberg

Leitender Arzt und Projektleiter:  
Prof. Dr. med. Rainer M. Holm-Hadulla

Wissenschaftliche Mitarbeiter:  
Dipl.-Psych. Frank-Hagen Hofmann  
Dipl.-Psych. Michael Sperth

### **Informationen zur Studie „Beratung und Kreativität“ – zum Einfluss psychologischer und psychotherapeutischer Beratung auf Symptombelastung, Studien- und Lebenszufriedenheit sowie analytische und kreative Problemlösekompetenz**

Liebe Studienteilnehmerin,  
lieber Studienteilnehmer!

Die Bedeutung psychologischer und psychotherapeutischer Beratung für Studierende wird allgemein anerkannt, bislang existieren jedoch nur wenige und veraltete Studien zu deren Wirksamkeit. Aus diesem Grund wollen wir an der Psychotherapeutischen Beratungsstelle des Studentenwerks Heidelberg den Einfluss psychologischer und psychotherapeutischer Beratung auf Symptombelastung, Studien- und Lebenszufriedenheit untersuchen. Ausgehend von der Hypothese, dass psychische Krisen auch das analytische und kreative Denken beeinträchtigen, soll in der Studie gleichzeitig überprüft werden, ob durch psychologische und psychotherapeutische Beratung die analytische und kreative Problemlösekompetenz gebessert werden kann. Ein drittes Anliegen der vorliegenden Studie ist die Klärung des Zusammenhangs zwischen psychischer Befindlichkeit und Kreativität. Die Studie wird durch die *Klaus Tschira Stiftung*, gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung, finanziell unterstützt.

Mit Ihrer Teilnahme an der Studie tragen Sie dazu bei, unser Beratungsangebot kontinuierlich weiterzuentwickeln und noch besser auf die Bedürfnisse der Studierenden abzustimmen.

## **Praktische Durchführung der Untersuchung**

### **Eingangsuntersuchung**

Zunächst werden Sie gebeten, unter Anleitung eines der o. g. wissenschaftlichen Mitarbeiters die *Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens* zu bearbeiten (Dauer ca. 60 Minuten). Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, dass dieser psychologische Leistungstest Anforderungen an Konzentration und Aufmerksamkeit stellt und ein gewisses Durchhaltevermögen erfordert. Aus methodischen Gründen müssen auch schwere Aufgaben vorkommen, die von der Mehrzahl der Studierenden – oder sogar von allen StudienteilnehmerInnen – nicht vollständig gelöst werden können. Lassen Sie sich daher bitte bei Teilnahme an der Untersuchung durch die schwierigen Aufgaben nicht entmutigen.

Im Anschluss daran füllen Sie bitte die *Psychosoziale Beschwerdeliste* (22 Fragen), die *Lebens- und Studienzufriedenheitsskala* (7 Fragen), die *Creative Conditions Scale* (90 Fragen) und die *Symptom-Checkliste* (90 Fragen) aus. Zusätzlich werden einige demographische Daten (beispielsweise Alter, Geschlecht und Studienfach) abgefragt. Das Ausfüllen dieser Fragebögen dauert etwa 30 Minuten. Danach lädt Sie eine therapeutische Mitarbeiterin/ein therapeutischer Mitarbeiter der Beratungsstelle zum Erstgespräch ein.

### **Erstgespräch**

Das Erstgespräch dient der ausführlichen Abklärung Ihrer Probleme und Beschwerden nach psychodynamischen und verhaltensanalytischen Gesichtspunkten sowie der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten. Anschließend wird Ihnen ein Beratungsangebot unterbreitet. Sie selbst entscheiden, ob Sie dieses annehmen wollen. Sollte eine eingehendere psychotherapeutische Behandlung notwendig sein, vermittelt die PBS Sie an geeignete niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

### **Einzelberatung**

Sie erhalten ein individuell auf Ihre aktuellen Probleme, Lebensumstände und Bedürfnisse abgestimmtes Beratungsangebot. Die Dauer der Beratung orientiert sich an den jeweiligen individuellen Erfordernissen und umfasst im Durchschnitt 5 Sitzungen. Die Beratungsge-

sprache sind absolut vertraulich, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### **Abschlussuntersuchung**

Nach Abschluss der Beratung möchten wir Sie bitten, die *Analyse des Schlussfolgernden und Kreativen Denkens* erneut zu bearbeiten und die *Psychosoziale Beschwerdeliste*, die *Lebens- und Studienzufriedenheitsskala*, die *Creative Conditions Scale* und die *Symptom-Checkliste* noch einmal auszufüllen. Diese zweite Messung ist notwendig, um Aussagen bzgl. des Einflusses psychologischer und psychotherapeutischer Beratung auf Symptombelastung, Studien- und Lebenszufriedenheit sowie analytische und kreative Problemlösekompetenz treffen zu können. Auf Wunsch erhalten Sie im Anschluss an die Untersuchung in einem persönlichen Gespräch eine individuelle Rückmeldung Ihrer Ergebnisse.

Die Teilnahme an dieser Studie ist vollkommen freiwillig. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für Sie, zurückziehen. Sollten Sie sich gegen eine Studienteilnahme entscheiden, so erhalten Sie eine in Art und Umfang vollständig gleichwertige Beratung. Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Sie können sich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob Sie mit der Auswertung Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit dem Studienleiter, Herrn Professor Holm-Hadulla, in Verbindung.

Die ärztliche Schweigepflicht und die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten. Es werden nur pseudonymisierte Daten<sup>78</sup> ausgewertet und ggf. auch nur in pseudonymisierter Form weitergegeben. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen.

---

<sup>78</sup> Pseudonymisierung bedeutet Verschlüsselung von Daten ohne Namensnennung nur mit Nummern und ggf. mit dem Geburtsdatum codiert. Die Zuordnung der Daten zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden.

### **Einverständniserklärung zur Studie „Beratung und Kreativität“**

Die schriftliche Probanden-Aufklärung habe ich erhalten und gelesen. Darüber hinaus bin ich mündlich aufgeklärt worden. Dabei wurden alle meine Fragen beantwortet. Ich stimme der Teilnahme an der Studie freiwillig zu. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für mich, widerrufen kann.

Bei Rücktritt von der Studie bin ich mit der Auswertung meines Datenmaterials einverstanden:

Ja       Nein

**Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten in pseudonymisierter Form aufgezeichnet (und ggf. auch in pseudonymisierter Form weitergegeben) werden können. Dritte erhalten jedoch keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt.**

---

Unterschrift

## F. Fragebogen KlientInnen



**PBS**  
**Psychotherapeutische Beratungsstelle**  
Gartenstr. 2 | 69115 Heidelberg

Leitender Arzt und Projektleiter:  
Prof. Dr. med. Rainer M. Holm-Hadulla

Wissenschaftliche Mitarbeiter:  
Dipl.-Psych. Frank-Hagen Hofmann  
Dipl.-Psych. Michael Sperth

**FRAGEBOGEN ZUR STUDIE**  
**BERATUNG UND KREATIVITÄT**  
**POST<sup>79</sup>**

---

<sup>79</sup> Nachfolgend wird der Post-Fragebogen zur Studie *Beratung und Kreativität* wiedergegeben. Mit Ausnahme der Fragen nach einer in der Beratung erhaltenen Therapieempfehlung bzw. deren Umsetzung und des ABCDE-Ratings (KlientInnenversion) ist er identisch zum Prä-Fragebogen.

## Persönliche Angaben

Geschlecht:  weiblich  männlich

Alter:

Abiturdurchschnitt:

Studienfach:

Fachsemester:

Note Zwischenprüfung:  
(Physikum, Vordiplom, ...)

Sind Sie neben dem Studium berufstätig?  ja  nein

... wenn ja, wie viele Stunden arbeiten Sie  
durchschnittlich pro Woche?

Haben Sie in der Beratung eine Therapie-  
empfehlung erhalten?  ja

... wenn ja, haben Sie die Empfehlung um-  
gesetzt?  ja

... wenn ja, wie viele Therapiestunden hatten  
Sie bisher? Ca.

1. Bitte überlegen Sie, an welchen der hier aufgeführten Probleme Sie gegenwärtig leiden oder in den letzten 7 Tagen gelitten haben. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das der Intensität der Beeinträchtigung entspricht. **Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Beantwortung schwierig erscheint.**

PSB	gar nicht					sehr stark
01. Partnerschaftsprobleme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Konflikte mit den Eltern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Krankheit oder Tod nahestehender Personen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Eigene körperliche Krankheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Wohnprobleme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Starke Belastung durch Kind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Prüfungsangst, Angst vor Autoritäten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Kontaktschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Mangelndes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Angst, Unruhe, die ich nicht erklären kann	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Schwer beherrschbare Aggressionen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Zwangsvorstellungen, -handlungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Psychosomatische Beschwerden (körperliche Beschwerden als Reaktion auf Belastungssituationen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Probleme mit Alkohol und anderen Drogen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Extreme psychische Leiden (schwere psychiatrische Erkrankung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Andere Probleme/Beschwerden:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



2. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit im Allgemeinen sowie in Hinblick auf Ihr Studium. **Bitte orientieren Sie sich bei der Bewertung der Aussagen an den letzten 7 Tagen.**

LSZ		überhaupt nicht				Sehr stark
s01	Wie gesund und leistungsfähig fühlen Sie sich gegenwärtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sehr schlecht				Sehr gut
s02	Wie gut kommen Sie gegenwärtig mit sich selbst zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sehr schlecht				Sehr gut
s03	Wie gut kommen Sie gegenwärtig mit anderen zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden				Sehr zufrieden
s04	Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden				Sehr zufrieden
s05	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren gegenwärtigen Studienleistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden				Sehr zufrieden
s06	Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrer persönlichen Studiensituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sehr unzufrieden				Sehr zufrieden
s07	Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den Rahmenbedingungen Ihres Studiums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf ganz unterschiedliche Bereiche des täglichen Lebens, sie decken Freizeitaktivitäten und Arbeitsweisen ab, beziehen sich auf Einstellungen oder Interessen. Bei diesen Fragen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, bewerten Sie die Aussagen einfach danach, ob sie für Sie persönlich zutreffen. **Bitte orientieren Sie sich bei der Bewertung der Aussagen an den letzten 7 Tagen.**

CCS-State	trifft gar nicht zu		trifft teilweise zu		trifft völlig zu
B01 Ich spiele gerne mit eigenen Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B02 Ich bevorzuge konkrete Handlungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B03 Mir gefallen Filme mit viel Action.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B04 Ich bevorzuge Filme und Geschichten, die mir Raum für eigene Gedanken geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B05 Ich finde Träume interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B06 In meiner Freizeit sehe ich am liebsten fern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B07 In meiner Freizeit spiele ich gerne PC-Spiele, bei denen man nicht nachdenken muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B08 Ich denke mir gerne neue Wege aus, um Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B09 Ich denke gerne nach, ohne damit ein bestimmtes Ziel zu verfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10 Ungewöhnliche Ideen sind mir unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	trifft gar nicht zu		trifft teilweise zu		trifft völlig zu
B11 Manchmal vergesse ich die Zeit bei einer interessanten Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12 Mich interessieren vor allem Beschäftigungen, bei denen man unmittelbar Ergebnisse erkennen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13 Ich ziehe mich für gewöhnlich zurück, wenn ich auf Neues treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14 Wenn ich auf Schwierigkeiten treffe, verliere ich das Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15 Wenn ich von einem Projekt überzeugt bin, bestehe ich darauf, es zu Ende zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16 Sich mit unlösbaren Problemen zu beschäftigen, ist Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B17 Ich erhalte mein Engagement auch angesichts von Missgeschicken und Frustrationen aufrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B18 Enttäuschungen und Fehlschläge behindern meine Aktivitäten.

**Bitte orientieren Sie sich bei der Bewertung der Aussagen an den letzten 7 Tagen.**

		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
B19	Manche meiner Freizeitaktivitäten fesseln meine ganze Aufmerksamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B20	Meine Arbeit sollte viel Geld bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B21	Ich interessiere mich für unbekannte Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B22	Es ist mir sehr wichtig, dass meine Aktivitäten zu sozialer Anerkennung führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B23	Mich interessieren auch Dinge, deren Nutzen mir nicht gleich klar wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B24	Ich sehe mir gerne Ausstellungen und Aufführungen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B25	Ich habe viele Freizeitaktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B26	Ich langweile mich oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
B27	Ich suche gerne die einzig richtige Problemlösung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B28	Ich bevorzuge eine systematische Arbeitsweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B29	Ich denke mir gerne verschiedene Lösungswege für ein Problem aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B30	Ich nehme gerne verschiedene Perspektiven ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B31	Inspiration ist wichtig für den Erfolg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B32	Manchmal tue ich gerne nichts und lasse meine Gedanken und Phantasien einfach vorbeiziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B33	Frei fließende Assoziationen behindern meine Konzentration und Effektivität meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte orientieren Sie sich bei der Bewertung der Aussagen an den letzten 7 Tagen.**

		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
B34	Ich bevorzuge herausfordernde Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B35	Was andere Leute sagen, beeinflusst meine Handlungen kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B36	Ich bin selbstbewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B37	Ich denke viel darüber nach, was andere über mich sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B38	Ich wende mich ab, wenn jemand besser ist als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B39	Ich stelle ungern Fragen, die mich dumm erscheinen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
B40	Meine Umgebung inspiriert mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B41	Schlechte Umgebungsbedingungen behindern meine Aktivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B42	Schlechte Umgebungsbedingungen fordern mich heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B43	Es gibt Menschen, die meine Aktivitäten unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B44	Meine Umwelt beeinträchtigt die Entwicklung eigener Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
B45	Ich bin ein kreativer Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Die nun folgenden Fragen sind identisch mit denen, die Sie gerade eben beantwortet haben. Wir möchten Sie dennoch bitten, die Fragen noch einmal zu beantworten. Denn es gibt eine Änderung: **Bitte orientieren Sie sich nun bei der Bewertung der Aussagen an den letzten 12 Monaten.**

CCS-Trait	trifft gar nicht zu		trifft teilweise zu		trifft völlig zu
C01 Ich spiele gerne mit eigenen Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C02 Ich bevorzuge konkrete Handlungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03 Mir gefallen Filme mit viel Action.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C04 Ich bevorzuge Filme und Geschichten, die mir Raum für eigene Gedanken geben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C05 Ich finde Träume interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C06 In meiner Freizeit sehe ich am liebsten fern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C07 In meiner Freizeit spiele ich gerne PC-Spiele, bei denen man nicht nachdenken muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C08 Ich denke mir gerne neue Wege aus, um Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C09 Ich denke gerne nach, ohne damit ein bestimmtes Ziel zu verfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10 Ungewöhnliche Ideen sind mir unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	trifft gar nicht zu		trifft teilweise zu		trifft völlig zu
C11 Manchmal vergesse ich die Zeit bei einer interessanten Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12 Mich interessieren vor allem Beschäftigungen, bei denen man unmittelbar Ergebnisse erkennen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13 Ich ziehe mich für gewöhnlich zurück, wenn ich auf Neues treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C14 Wenn ich auf Schwierigkeiten treffe, verliere ich das Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C15 Wenn ich von einem Projekt überzeugt bin, bestehe ich darauf, es zu Ende zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C16 Sich mit unlösbaren Problemen zu beschäftigen, ist Zeitverschwendung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C17 Ich erhalte mein Engagement auch angesichts von Missgeschicken und Frustrationen aufrecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C18 Enttäuschungen und Fehlschläge behindern meine Aktivitäten.

**Bitte orientieren Sie sich nun bei der Bewertung der Aussagen an den letzten 12 Monaten.**

		trifft gar nicht zu		trifft teilweise zu		trifft völlig zu
C19	Manche meiner Freizeitaktivitäten fesseln meine ganze Aufmerksamkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C20	Meine Arbeit sollte viel Geld bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C21	Ich interessiere mich für unbekannte Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C22	Es ist mir sehr wichtig, dass meine Aktivitäten zu sozialer Anerkennung führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C23	Mich interessieren auch Dinge, deren Nutzen mir nicht gleich klar wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C24	Ich sehe mir gerne Ausstellungen und Aufführungen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C25	Ich habe viele Freizeitaktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C26	Ich langweile mich oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		trifft gar nicht zu		trifft teilweise zu		trifft völlig zu
C27	Ich suche gerne die einzig richtige Problemlösung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C28	Ich bevorzuge eine systematische Arbeitsweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C29	Ich denke mir gerne verschiedene Lösungswege für ein Problem aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30	Ich nehme gerne verschiedene Perspektiven ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C31	Inspiration ist wichtig für den Erfolg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C32	Manchmal tue ich gerne nichts und lasse meine Gedanken und Phantasien einfach vorbeiziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33	Frei fließende Assoziationen behindern meine Konzentration und Effektivität meiner Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Orientieren Sie sich nun bei der Beantwortung bitte an den letzten 12 Monaten.**

		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
C34	Ich bevorzuge herausfordernde Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35	Was andere Leute sagen, beeinflusst meine Handlungen kaum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36	Ich bin selbstbewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C37	Ich denke viel darüber nach, was andere über mich sagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C38	Ich wende mich ab, wenn jemand besser ist als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39	Ich stelle ungern Fragen, die mich dumm erscheinen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
C40	Meine Umgebung inspiriert mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C41	Schlechte Umgebungsbedingungen behindern meine Aktivität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C42	Schlechte Umgebungsbedingungen fordern mich heraus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C43	Es gibt Menschen, die meine Aktivitäten unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C44	Meine Umwelt beeinträchtigt die Entwicklung eigener Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		trifft gar nicht zu		trifft teil- weise zu		trifft völlig zu
C45	Ich bin ein kreativer Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SCL-90-R: Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark sie **während der vergangenen sieben Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. **Bitte beantworten Sie jede Frage!**

Beispiel:

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...**

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...					
Rückenschmerzen	0	1	2	<del>3</del>	4



überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...**

S01	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S02	Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S03	Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S04	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S05	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S06	Allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S07	Der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S08	Dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S09	Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S10	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S11	Dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S12	Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S13	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S14	Energierlosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S15	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S16	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S17	Zittern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S18	Dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S19	Schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S20	Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S21	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S22	Der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S23	Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S24	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S25	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S26	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S27	Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S28	Dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S29	Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
S30	Schwermut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...**

s31	Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s32	Dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s33	Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s34	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s35	Der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s36	Dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s37	Dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s38	Der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s39	Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s40	Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s41	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s42	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s43	Dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s44	Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s45	Dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s46	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s47	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s48	Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s49	Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s50	Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s51	Leere im Kopf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s52	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s53	Dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s54	Einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s55	Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s56	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s57	Dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s58	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s59	Gedanken an den Tod oder ans Sterben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s60	Den Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...**

s61	Einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s62	Dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s63	Dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s64	Frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s65	Zwanghafter Wiederholung der selben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s66	Unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s67	Dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s68	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s69	Starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s70	Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s71	Einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s72	Schreck- und Panikanfällen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s73	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s74	Der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s75	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s76	Mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s77	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s78	So starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s79	Dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s80	Dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s81	Dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s82	Der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s83	Dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s84	Sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s85	Dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s86	Schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s87	Dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s88	Dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s89	Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
s90	Dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Im Folgenden geht es darum, einzuschätzen, welche Beratungsebenen in Ihrer Beratung im Vordergrund standen und inwieweit Sie die gemeinsame Zusammenarbeit auf diesen Ebenen als wichtig und hilfreich erlebt haben.**

**Wenn Sie auf den Beratungsverlauf zurückblicken ...**

ABCDE-Rating (KlientInnenversion)		gar nicht					sehr				
A	Inwieweit haben Sie sich von Ihrer Beraterin/Ihrem Berater angenommen und persönlich unterstützt gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht					sehr				
D	Wie stark ging es in der Beratung um unbewusste und zwischenmenschliche Konflikte sowie biographische Hintergründe Ihrer Problematik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Wie stark ging es in der Beratung um grundlegende Themen wie persönliches Wachstum, Sinnhaftigkeit, (Un-)abhängigkeit, kreative Lebensführung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H <sub>1</sub>	Haben Sie sich in einem allgemeinen Sinne verstanden gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H <sub>2</sub>	Sind Sie mit dem Berater in einen produktiven Dialog gekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H <sub>3</sub>	Haben Sie eine erweiterte Vorstellung Ihrer inneren und äußeren Welt erreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	Wie hilfreich war die Beratung für Sie insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z	Gibt es etwas, das Sie in der Beratung vermisst haben? Wenn ja, was?										

**Vielen Dank!**

## G. Dokumentationsbogen BeraterInnen

Aktennummer: \_\_\_\_\_ Interviewer/in: \_\_\_\_\_ Datum des Erstkontaktes: \_\_\_\_\_

EG  OS  Neuer/neue Patient/in  Wiederkommer/in

### I. Allgemeine Angaben

#### 1) Staatsangehörigkeit

deutsch  EU  übriges Europa  Asien  Afrika  Amerika

### II. ICD-10 Diagnosen

2) Hauptdiagnose: F \_\_\_\_\_ ● \_\_\_\_\_

1. Zusatzdiagnose: F \_\_\_\_\_ ● \_\_\_\_\_

2. Zusatzdiagnose: F \_\_\_\_\_ ● \_\_\_\_\_

#### 3) Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (fakultativ)

Z \_\_\_\_\_ ● \_\_\_\_\_

#### 4) Medizinische Krankheitsfaktoren (fakultativ)

\_\_\_\_\_

#### 5) Achse V Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

I Niedrigstes Funktionsniveau in den letzten 7 Tagen \_\_\_\_\_

II Maximaler GAF (über mind. 1 Woche während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn) \_\_\_\_\_

#### 6) Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Skala: 0 = gar nicht 1 = geringfügig 2 = deutlich 3 = stark 4 = extrem

##### Beurteilung für die letzten 7 Tage:

körperlich \_\_\_\_\_

psychisch \_\_\_\_\_

sozialkommunikativ \_\_\_\_\_

Summe \_\_\_\_\_

##### für die letzten 12 Monate:

körperlich \_\_\_\_\_

psychisch \_\_\_\_\_

sozialkommunikativ \_\_\_\_\_

Summe \_\_\_\_\_

### **III. Indikation, Akzeptanz, Ergebnisdokumentation:**

#### **7) Beratungs-/Behandlungsindikation**

(Bei alternativen Indikationen können in die Kästchen auch Zahlen eingetragen werden, entsprechend der Reihenfolge der Angemessenheit der jeweiligen Indikation):

##### **a) Beratung/Behandlung:**

keine weitere Beratung/Behandlung	<input type="checkbox"/>	bei Bedarf	<input type="checkbox"/>	Beratung ( $\leq 10$ Sitz.)	<input type="checkbox"/>
Studiencoaching	<input type="checkbox"/>	Kurzther. ( $< 25$ Sitz.)	<input type="checkbox"/>	Psychother. ( $> 25$ Sitz.)	<input type="checkbox"/>
Psychother. ( $> 80$ Sitz.)	<input type="checkbox"/>	Studiencoach.Gruppe	<input type="checkbox"/>	Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>
stat. Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	amb. psychiatr. Beh.	<input type="checkbox"/>	stat. psychiatr. Beh.	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>				

##### **b) Falls Psychotherapieindikation, welches Therapieverfahren:**

VT  tiefenpsych. fund.  analytisch  humanistisch  sonstiges   
VT/TPT/AT (alternativ)

**8) Weitervermittlung zustande gekommen:** ja  nein  unbekannt

##### **Vermittlung/Beratungs- und Therapieangebot nicht möglich wegen:**

Pat. hat kein Interesse/lehnt Angebot ab   
Pat. möchte sich noch Zeit lassen   
Äußere Gründe (Ortswechsel, Zeitprobleme)   
Pat. bricht Kontakt zur PBS ab   
Sonstiges

**9) Nach Beendigung der Beratung/Behandlung**

**a) Anzahl der Sitzungen (incl. EG)** \_\_\_\_\_ Sitz.

(Mehrfache Kurzkontakte können in Therapiesitzungen umgerechnet werden. Bei Parallelbehandlungen in der PBS oder mehreren Behandlungsepisoden, die nicht länger als ein Jahr auseinander liegen, werden die Sitzungen zusammengezählt.)

**b) Dauer in Wochen:** \_\_\_\_\_

**c) Beendigung des Kontaktes:**

- normale Beendigung
- Pat. bricht ab/meldet sich nicht mehr
- Beendigung wegen äußerer Gründe
- vorzeitige Beendigung in gegenseitigem Einvernehmen
- sonstige Gründe

**10) Einschätzung des Beratungs-/Therapieerfolges:**

Entfällt (Weitervermittlung, nur EG u.ä.)

**a) Symptomatik**

- deutlich verschlechtert       mäßig verschlechtert       nicht verändert
- mäßig gebessert       deutlich gebessert

**b) Gesamtentwicklung**

- deutlich verschlechtert       mäßig verschlechtert       nicht verändert
- mäßig gebessert       deutlich gebessert

**c) äußere Realität (Studien-, finanzielle Situation etc.)**

- deutlich verschlechtert       mäßig verschlechtert       nicht verändert
- mäßig gebessert       deutlich gebessert

**d) GAF bei Abschluss (letzte 7 Tage):** \_\_\_\_\_

**e) BSS bei Abschluss:**

körperlich \_\_\_\_\_

psychisch \_\_\_\_\_

sozialkommunikativ \_\_\_\_\_

Summe \_\_\_\_\_



**Im Folgenden geht es darum, einzuschätzen, welche Beratungsebenen in der Beratung im Vordergrund standen und inwieweit Sie die gemeinsame Zusammenarbeit auf diesen Ebenen als wichtig für den Beratungsverlauf und hilfreich für die Klientin/den Klienten erlebt haben.**

**Wenn Sie auf den Beratungsverlauf zurückblicken ...**

ABCDE-Rating (BeraterInnenversion)		gar nicht					sehr				
A	Inwieweit ist es Ihnen gelungen, eine hilfreiche und tragfähige Beziehung zur Klientin/zum Klienten aufzubauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung und Veränderung von Verhaltensweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Wie stark ging es in der Beratung um die Bearbeitung von Überzeugungen, Werten oder Einstellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		gar nicht					sehr				
D	Wie stark ging es in der Beratung um unbewusste und interaktionale Konflikte sowie biographische Hintergründe der Problematik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Wie stark ging es in der Beratung um grundlegende Themen wie persönliches Wachstum, Sinnhaftigkeit, (Un-)abhängigkeit, kreative Lebensführung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie hilfreich war dies für die Klientin/den Klienten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Wie wichtig war dies für den Beratungsverlauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H <sub>1</sub>	Hat der Klient eine verbesserte Wahrnehmung und Verständnis seiner selbst erreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H <sub>2</sub>	Ist ein produktiver Dialog zustande gekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H <sub>3</sub>	Hat der Klient Fortschritte in der Gestaltung seiner inneren Realität gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		gar nicht					sehr				
I	Wie hilfreich war die Beratung für die Klientin/den Klienten insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z	Welche Ebene hätte in der Beratung noch mehr berücksichtigt werden können?										
	Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kognitionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychodynamik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Existenzielle Themen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>