

**Inanspruchnahme und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie
am Beispiel einer psychotherapeutischen Praxis:
Ein Beitrag zur Versorgungsforschung**

Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines
Doctor philosophiae (Dr. phil.)
für das Promotionsfach Psychologie
an der Fakultät für
Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften
der
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

vorgelegt von

Beate Hofmeister

aus

Levesen, Niedersachsen

2008

1. Gutachter: PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Backenstraß
 2. Gutachter: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Fiedler
- Disputation am 02.02.2009

Diese Arbeit widme ich meinen Klientinnen und Klienten, die mich gelehrt haben, zu vertrauen, und meinem Mann, Bernd Hofmeister, der mich in dem langjährigen und fortdauernden Prozess meiner Individuation auch dann begleitet hat, wenn es für ihn nicht leicht war.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Epidemiologie psychischer Störungen	3
1.1.1	Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland und Europa.....	5
1.1.2	Versorgungssituation und Häufigkeit psychischer Störungen in medizinischen und psychologischen Einrichtungen	7
1.2	Wirksamkeit von Psychotherapie – Efficacy vs. Effectiveness	10
1.3	Einige Aspekte der geschichtlichen Entwicklung ambulanter psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland	14
1.4	Klientenzentrierte Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie)	18
1.4.1	Einführung in den Personzentrierten Ansatz (PZA)	19
1.4.2	Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie.....	21
1.4.3	Interventionsfertigkeiten in der GT	27
1.4.4	Weiterentwicklungen und Innovationen innerhalb der GT	29
1.4.5	Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie	31
1.5	Kognitive Verhaltenstherapie.....	35
1.5.1	Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie	35
1.5.2	Konzepte der Verhaltenstherapie	38
1.5.3	Interventionsfertigkeiten in der VT	44
1.5.4	Wirksamkeit der Verhaltenstherapie.....	48
1.6	Integrative Klientenzentrierte Psychotherapie in der ambulanten Versorgung.....	50
1.6.1	Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung	51
1.6.2	Integrationsmöglichkeiten von VT und GT	53
1.6.3	Fallschilderung zur Methodenintegration in dieser Praxis	57
1.7	Fragestellungen und Hypothesen	63
2	Material und Methoden	65
2.1	Praxisbeschreibung – Rahmenbedingungen der Psychotherapie	65
2.2	Stichprobe.....	67
2.3	Untersuchungsdesign.....	68
2.4	Erhebungsinstrumente	68
2.4.1	Ausgewählte Maße aus dem LHQ.....	69
2.4.2	FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung)	72
2.4.3	Nachbefragung	77
2.5	Statistische Verfahren.....	78

3	Ergebnisse.....	80
3.1	Stichprobenbeschreibung	80
3.1.1	Demographische Beschreibung der Stichprobe	81
3.1.2	Erst- und Vorbehandlungen	81
3.1.3	Sitzungsanzahl, Therapiedauer und Abbrecherinnen	82
3.1.4	Störungsbilder und deren Häufigkeit.....	83
3.1.5	Komorbidität	86
3.1.6	Zusammenhang von Störungsbildern und Komorbidität mit Sitzungsanzahl und Therapiedauer.....	87
3.2	Psychotherapieeffekte in der untersuchten Klientinnenstichprobe	89
3.2.1	Überprüfung von Selektionseffekten	89
3.2.2	Belege für einen Therapieerfolg	90
3.2.3	Übereinstimmung zwischen Klientinnen und Therapeutin bei der Beurteilung des Therapieerfolges	96
3.2.4	Zusammenhang der Therapiedauer mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn.....	97
3.2.5	Unterschiede in der Einschätzung der Wirksamkeit der PT zwischen Kurz- und Langzeittherapien.....	98
3.2.6	Unterschiede in der Einschätzung der Wirksamkeit der PT hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildungsgrad	99
3.2.7	Differenzierung der Katamnesemaße nach Störungsbildern	101
4	Diskussion	103
4.1	Diskussion der Methoden.....	103
4.1.1	Stichprobe	103
4.1.2	Untersuchungsdesign und Durchführung	105
4.2	Diskussion der Ergebnisse.....	109
4.2.1	Stichprobenbeschreibung.....	109
4.2.2	Therapieeffekte in der untersuchten Stichprobe	115
4.3	Perspektiven der Psychotherapieforschung.....	119
5	Zusammenfassung	122
6	Literaturverzeichnis	124
7	Anhang	143
7.1	Verwendete Erhebungsinstrumente.....	143
7.1.1	Verwendete Teile des Fragebogens zur Lebensgeschichte.....	144

7.1.2	Fragebogen zur Nachbefragung	145
7.2	Abbildungsverzeichnis	147
7.3	Tabellenverzeichnis	147
8	Danksagung	149
9	Lebenslauf	150

Abkürzungsverzeichnis

BDP	Berufsverband Deutscher Psychologen
BL	Beschwerdeliste
df	Degrees of Freedom (Freiheitsgrade)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EWL	Eigenschaftswörterliste
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar Revidierte Fassung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GT	Gesprächspsychotherapie
ICD	International Classification of Diseases
MBCT	Mindfulness Based Cognitive Therapy
PT	Psychotherapie
PZA	Personzentrierter Ansatz
RCT	Randomised Clinical Trial oder Randomised Controlled Trial
REVT	Rational Emotive Verhaltenstherapie
VEE	Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte
VT	Verhaltenstherapie

1 Einleitung

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten und kostenintensivsten Krankheiten (DAK-Versorgungsmanagement, 2005; Riedel-Heller et al., 2004) und sie stellen keine Einzelfälle dar (Rabbata, 2007). Epidemiologische Studien in Deutschland (Wittchen & Jacobi, 2002) und Europa (Wittchen, 2006) zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres an irgendeiner psychischen Störung zu erkranken, sich um 30 % bewegt. Die häufigsten Störungen sind demnach Depressionen, Angststörungen (v.a. Phobien), Somatoforme Störungen sowie Alkoholabhängigkeit (siehe 1.1). Aktuell bestätigen Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen, dass im deutschen Gesundheitswesen psychische Erkrankungen an Häufigkeit und Kostenintensität zunehmen (BKK Bundesverband, 2006; GEK, 2007).

In der medizinischen Forschung zur Wirksamkeit von Behandlungsmethoden hat sich ein „Goldstandard“ etabliert (Mundt & Backenstraß, 2001). Es handelt sich dabei um so genannte Randomisierte Kontrollstudien (Randomised Controlled Trials: RCT). Dabei wird eine Behandlungsgruppe mit einer unbehandelten (Placebo-) Kontrollgruppe verglichen, wobei die Versuchspersonen den Bedingungen zufällig zugewiesen werden. Dieses Verfahren hat sich für medizinische Fragestellungen und Behandlungskonsequenzen als außerordentlich hilfreich und sinnvoll erwiesen. Die Übertragung dieses Standards auf die Psychotherapieforschung wird jedoch gegenwärtig von deutschen und amerikanischen Psychotherapieforschern hinterfragt (Seligman, 1995; Tschuschke, 2005a; Heekerens & Ohling, 2005; Zurhorst, 2003, 2005), insbesondere, wenn RCT fast ausschließlich als Bewertungskriterium für die Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens herangezogen werden. Deren Übertragbarkeit auf psychotherapeutische Behandlungen im niedergelassenen Setting unter Alltagsbedingungen erscheint fragwürdig (siehe 1.2). Eine solche Praxis ist vielmehr durch integrative Psychotherapie gekennzeichnet, da die meisten niedergelassenen Psychotherapeutinnen über Ausbildungen in mehreren Therapieverfahren verfügen und diese offensichtlich auch anwenden (siehe 1.3).

In der Vergangenheit wurde bereits in dem vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ (1991) darauf verwiesen, dass klinische Studien unter ambulanten Bedingungen in unzureichender Zahl vorlägen. Bislang fehlen aber immer noch Daten darüber, welche Patien-

tinnen² wie häufig welche ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen. Zudem ist das in den bestehenden niedergelassenen Praxen vorhandene Behandlungsangebot bislang nicht aussagekräftig analysiert worden. Es besteht Unklarheit darüber, welche Störungen dort wie behandelt werden. Wünschenswert wäre eine wissenschaftliche Durchdringung der realen Praxisbedingungen im Hinblick auf deren Wirksamkeit, also die Beantwortung der Frage, ob die in der Praxis tatsächlich realisierten Behandlungsangebote sich als wirksam in der Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen erweisen.

Hier soll diese Arbeit ansetzen. Sie widmet sich der wissenschaftlichen Überprüfung von Therapieeffekten unter realistischen Praxisbedingungen bei einem Vorgehen im Sinne einer integrativen Psychotherapie und damit der Frage, wie Psychotherapeutinnenleistungen einer städtischen deutschen psychotherapeutischen Versorgungspraxis sachgerecht bewertet werden können.

In der Einleitung werden zunächst in einem Überblick die epidemiologischen Forschungsergebnisse zu psychischen Erkrankungen in der Bundesrepublik angeführt (1.1). Diese verdeutlichen Ausmaß und Zunahme psychischer Erkrankungen und daher die Relevanz angemessener Praxisforschung. Sie bilden den Hintergrund, auf dem die in dieser Arbeit beforschte niedergelassene Praxis zu analysieren sein wird.

Für das Verständnis ist es erforderlich, zunächst verschiedene empirische Forschungsstrategien (1.2) und Aspekte der geschichtlichen Entwicklung ambulanter psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland (1.3) zu analysieren. Danach folgt eine Darstellung der beiden für die untersuchte Praxis relevanten Psychotherapiemethoden (1.4 und 1.5) und deren integrativer Anwendung (1.6). Wesentliches Anliegen der vorliegenden Arbeit ist die Überprüfung der Wirksamkeit dieser Interventionsstrategien. Die sich daraus ergebenden Fragestellungen und Hypothesen sind darauf folgend abzuleiten (1.7).

² Anmerkungen zur Sprachregelung: In der vorliegenden Arbeit wird bei verallgemeinernden Aussagen aus Gründen der Lesbarkeit die weibliche Sprachform verwendet. Da mit Psychotherapie überwiegend Frauen von Frauen behandelt werden, sollen diese durch die gewählte weibliche Sprachform sichtbar erscheinen. Wenn also von Klientinnen, bzw. Patientinnen gesprochen wird, sind Männer inkludiert. Dasselbe gilt für Behandlerinnen und Psychotherapeutinnen.

Des Weiteren wird im medizinischen Krankheitsverständnis traditionell von Patienten/Patientinnen gesprochen. Arbeiten, denen ein biopsychosoziales Krankheitsmodell zugrunde liegt, und hier besonders Arbeiten aus dem Feld der humanistischen Psychotherapieforschung, bevorzugen hingegen die Bezeichnung Klient/Klientin, um deren subjektive Autonomie im Veränderungsprozess zu betonen. In dieser Arbeit werden beide Begriffe synonym eingesetzt.

Im Ergebnisteil der Arbeit wird die Inanspruchnahme der beforschten ambulanten niedergelassenen Psychotherapiepraxis durch Patientinnen über einen 6-Jahres Zeitraum exemplarisch für den ambulanten Bereich dargestellt, unter Berücksichtigung der Einschränkung der Repräsentativität einer solchen Stichprobe. Danach wird die Wirksamkeit der durchgeführten Behandlungen anhand einer Reihe empirischer Maße überprüft.

Die Ergebnisse werden abschließend diskutiert und es wird ein Ausblick für weitere Forschungsperspektiven eröffnet.

*Gesundheit ist nicht alles,
aber ohne Gesundheit ist Alles nichts.*³

A. Schopenhauer

1.1 Epidemiologie psychischer Störungen

Entgegen dem Trend insgesamt abnehmender Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland haben Fehltag aufgrund seelischer Erkrankungen nach den DAK Gesundheitsreporten 2002 – 2005 im Beobachtungszeitraum 1997 – 2004 um 69 % zugenommen, die Zahl der Krankheitsfälle um 70 % (DAK-Versorgungsmanagement, 2005). Psychische Erkrankungen zählen somit zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen. Der BKK Gesundheitsreport 2006 stellt eine Zunahme der psychischen Erkrankungen um 33 % seit 1991 fest. Ebenso seien „in den vergangenen 20 Jahren Krankenhausbehandlungen wegen psychischer Störungen um das Zweieinhalbfache angestiegen (1986: 3,8 stationäre Fälle je 1000 Versicherte gegenüber 9,3 Fällen im Jahr 2005).“ Im ambulanten Bereich berichtet die Gmünder Ersatzkasse (GEK, 2007) in ihrem Report zur ambulanten ärztlichen Versorgung / Schwerpunkt psychotherapeutische Versorgung anhand der Daten von 1,5 Millionen Versicherten einen Anstieg der mit ambulanter Psychotherapie behandelten Patientinnen um 61 % im Zeitraum 2000 – 2006. Auch die Techniker Krankenkasse kommt in ihrem Gesundheitsreport 2006 zu ähnlichen Ergebnissen. Laut der „Burden of Disease Statistics“ der WHO und der Weltbank (Mathers & Loncan, 2005) ist zu erwarten, dass Dep-

³ Literarische Zitate sind in wissenschaftlichen Arbeiten unüblich. Sie sollen hier aber etwas von der Atmosphäre der beforschten Praxis widerspiegeln, in der Gedichte und bibliographische Texte veränderungsrelevante Marker bilden können.

ressionen im Jahre 2030 weltweit an zweiter Stelle der Erkrankungen stehen, die die Menschheit hinsichtlich Lebensqualität und Behinderung am stärksten belasten.

In Anbetracht dieser Erkenntnisse erscheint es umso erstaunlicher, dass die genaue Erforschung des Vorkommens psychischer Störungen ein relativ junges Phänomen darstellt. Noch bis Anfang der 1980er Jahre existierten weder in den USA noch in Deutschland repräsentative Studien oder vergleichbare Ergebnisse für eine Einschätzung der Prävalenz psychischer Störungen (Meyer et al., 2000). Ursachen dafür waren unter anderem das Fehlen reliabler diagnostischer Kriterien und Diagnoseinstrumente sowie die Fehlannahme, dass es sich bei psychischen Störungen um eher seltene Phänomene handele. Erst mit der Vereinheitlichung und Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD (International Classification of Diseases) wurden in den 1980er und 1990er Jahren epidemiologische Daten für die US-amerikanische Bevölkerung auf der Grundlage von standardisierten Interviews vorgelegt (Meyer et al., 2000). Das DSM wurde in den USA entwickelt, liegt nunmehr in seiner 4. Ausgabe vor und wird überwiegend für universitäre Studien verwendet (Saß et al., 2003). Die ICD der World Health Organisation liegt gegenwärtig in ihrer 10. Ausgabe vor (Weltgesundheitsorganisation, 2008) und stellt das Standardinstrument der klinischen Praxis dar. In den vergangenen Jahren wurden die Bemühungen vorangetrieben, auch für die Bundesrepublik Deutschland sowie für Europa aussagekräftige Daten zu liefern (Jacobi et al., 2004). Im Folgenden werden hierfür drei relevante Studien vorgestellt und eine Zusammenfassung der Ergebnisse präsentiert.

Wie Wittchen und Jacobi (2002) zeigen konnten, ist ein direkter Schluss von der Verbreitung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung auf die Inanspruchnahme von Behandlung und damit auf die Häufigkeit psychischer Störungen in medizinischen oder psychologischen Einrichtungen unzulässig. Zum einen erhält nur ein geringer Anteil der betroffenen Personen irgendeine (1/4 laut Wittchen, 2006; 36,4 % laut Wittchen, 2002) und noch weniger eine adäquate Behandlung. Unterschiedliche Störungen werden zudem verschiedenen Behandlungssettings zugewiesen und in diesen sehr unterschiedlich behandelt. Deshalb soll in einem zweiten Abschnitt auf die Versorgungssituation psychisch Kranker gesondert eingegangen werden.

1.1.1 Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland und Europa

Meyer und Kollegen (2000) untersuchten die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen an einer Stichprobe von 18- bis 64-jährigen deutschen Staatsbürgern der Stadt Lübeck und deren umliegenden Gemeinden. Insgesamt wurden 4.075 Personen befragt, was einer 70,2 %igen Rücklaufquote entsprach. Die Erhebung erfolgte mit dem vollstandardisierten und computerisierten „Münchner Composite International Diagnostic Interview“ (M-CIDI).

Während sich die Studie von Meyer und Kollegen (2000) auf die Erfassung der Prävalenzraten für eine einzelne Region in der Bundesrepublik beschränkte, erfolgte 1998 im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurvey mit dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ erstmalig eine umfassende Einschätzung der Größenordnung psychischer Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Wittchen & Jacobi, 2002 und Jacobi et al., 2004). In der Untersuchung wurden zunächst alle Teilnehmer des Bundes-Gesundheitssurveys (18- bis 79-Jährige, die seit 1997 in Deutschland lebten, N = 7124, Response-Rate = 61,4 %) mit dem Münchner Composite International Diagnostic Interview-Stammfragebogen (M-CIDI-S), der aus den diagnostischen Eingangsfragen des Gesamtinterviews besteht, einem Screening unterzogen. In einem zweiten Schritt wurden alle Screening-positiven und 50 % der Screening-negativen Teilnehmer (N = 4181) einer ausführlichen persönlichen Untersuchung mit dem standardisierten und computerisierten M-CIDI unterzogen.

Neuste Befunde zur Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland und der EU, die aus einem internationalen Projekt hervorgegangen sind, stellt Wittchen 2006 vor (siehe auch Wittchen & Jacobi, 2005). Berücksichtigt wurden Daten von insgesamt 150.000 Betroffenen aus 27 Studien.

Auch wenn in den Details der Ergebnisse der berichteten Studien jeweils leichte Differenzen ausgemacht werden können, so zeichnen sie doch insgesamt ein relativ einheitliches Bild der Verbreitung psychischer Störungen. Vor allem Depression, Angststörungen, Schmerzstörungen und Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen sind in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung häufig vorzufinden. Die Ergebnisse der deutschen Studien (Lebenszeitprävalenzen) werden in Abbildung 1 differenziert dargestellt. Da in der europäischen Studie 12-Monats-Prävalenzen erhoben wurden, lassen sie keinen direkten Vergleich zu.

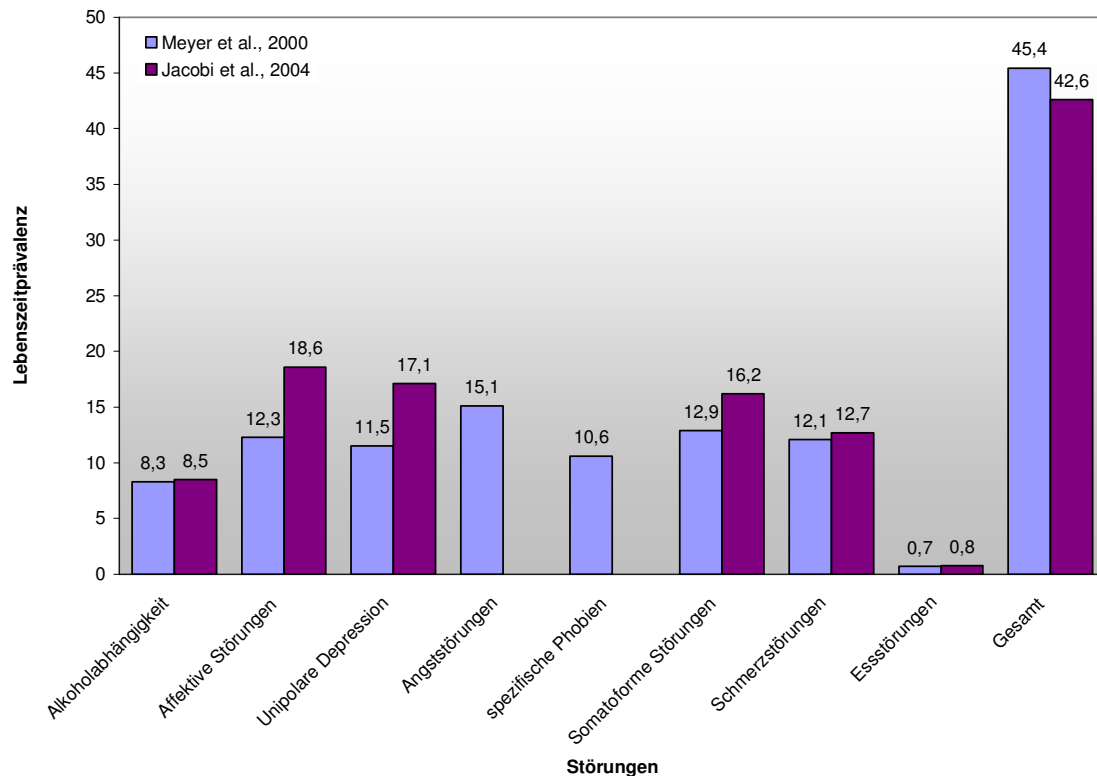


Abbildung 1: Vergleich der Ergebnisse von Meyer et al. (2000) und Jacobi et al. (2004) zur Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in Deutschland

Bei der Untersuchung von Geschlechterdifferenzen sind die Ergebnismuster der drei Studien identisch: Frauen leiden häufiger unter fast allen psychischen Störungen, außer den Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen. Unklar bleibt hier allerdings, ob diese Ergebnisse durch die freimütigeren Selbstäußerungen von Frauen bedingt werden. Hinsichtlich der Häufigkeitsunterschiede in verschiedenen Altersgruppen bestehen jedoch gewisse Differenzen. Anders als Meyer und Kollegen (2000) stellten Wittchen und Jacobi (2002) keine Unterschiede in der Gesamtprävalenz psychischer Störungen in verschiedenen Altersgruppen fest. Auch sie schreiben jedoch, dass die meisten Störungen (mit Ausnahme von Depressionen und psychotischen Störungen) sich zumeist in der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter entwickeln.

Insgesamt verdeutlichen die hier vorgestellten Studien, dass es sich bei psychischen Störungen um sehr verbreitete Krankheitsbilder handelt. Zudem wurde einheitlich festgestellt, dass psychische Störungen in fast der Hälfte der Fälle nicht isoliert auftreten, sondern mit weiteren psychischen Störungen einhergehen (Komorbidität).

Diese Befunde erscheinen noch brisanter angesichts der Ergebnisse von Wittchen und Jacobi (2002) zum Ausmaß der Folgen und Belastungen, die sich aus psychischen Störungen ergeben. Die Autoren betonen, dass durch die große Heterogenität der einbezogenen Studien Vorsicht bei generellen Aussagen geboten sei. Dennoch bestehen Hinweise dafür, dass alle psychischen Störungen in substantiellem Ausmaß mit Beeinträchtigung oder Verringerung der Lebensqualität einhergehen, wobei dies bei Komorbidität umso stärker der Fall ist. Es konnte gezeigt werden, dass von allen Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr die Mehrzahl auf psychische Störungen und demnach nicht auf somatische Erkrankungen zurückgeführt werden kann. Bei den meisten psychischen Störungen fielen zudem dreimal so viele Arbeitsfehltag an als bei Personen ohne psychische Störung. Wittchen (2006) weist zudem darauf hin, dass das Risiko für eine Chronifizierung stark erhöht ist, wenn keine adäquate Behandlung im frühen Verlaufsprozess einer Störung erfolgt.

Daten der Rentenversicherung zeigen außerdem, dass psychische Erkrankungen als häufigste Ursache für Frühberentungen zu nennen sind (27 % der Männer im Jahr 2002, 38 % der Frauen, d.h. jede dritte Frühberentung ist auf eine psychische oder psychosomatische Erkrankung zurückzuführen: Zielke et al., 2006 zitiert nach Borgart et al., 2007). Jacobi schätzt die durch psychische Störungen verursachten Kosten auf jährlich ca. 400 Milliarden Euro (Rabbata, 2007).

1.1.2 Versorgungssituation und Häufigkeit psychischer Störungen in medizinischen und psychologischen Einrichtungen

Im Rahmen des Bundesgesundheits surveys gingen Wittchen und Jacobi (2002) neben der Untersuchung der allgemeinen Häufigkeit psychischer Störungen auch der Frage nach, wie häufig und in welchen Einrichtungen die verschiedenen Störungen jeweils behandelt werden. Dabei stellte sich heraus, dass die überwiegende Mehrzahl aller Betroffenen überhaupt nicht versorgt werden (Behandlungsquote: 36,4 %), wobei sich die Behandlungsquoten innerhalb des breiten Spektrums von Störungen teilweise sehr stark unterschieden. Die Substanzstörungen werden (mit einer Quote von 29 %) am seltensten, bestimmte Angststörungen, wie die generalisierte Angststörung und die Panikstörung (über 67 %), psychotische Störungen (68 %) sowie affektive Störungen (50,1 %) dagegen eher häufig behandelt. Weber et al. (2006) weisen ebenfalls darauf hin, dass nur etwa 50 % aller psychischen Störungen in der Primärversorgung richtig diagnostiziert und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden.

Auch in der Studie von Wittchen und Jacobi (2005) zur Epidemiologie psychischer Störungen in der EU finden sich Hinweise zur Versorgungssituation. Demnach erhält nur ein Viertel (25,7 %) der Betroffenen in der EU irgendeine Behandlung. Ausnahmen bilden Psychosen, schwere Depressionen und komplexe komorbide Störungen. Von den Personen in Behandlung begibt sich ca. ein Drittel nur in die Erstversorgung („primary care“). Angenommen werden muss, dass Patientinnen überwiegend durch Hausärzte oder stationäre Maßnahmen pharmakologisch behandelt werden. Eine Analyse der Verteilung von behandelten Patientinnen auf Versorgungseinrichtungen (stationär, Hausärztin, psychologische Psychotherapeutin etc.) von Wittchen und Jacobi (2002) zeigte, dass von 565 behandelten Patientinnen nur 27,2 % von psychologischen und 16,5 % von ärztlichen Psychotherapeutinnen behandelt wurden. Demnach erhält nicht einmal die Hälfte der Personen eine psychotherapeutische Behandlung.

Im Durchschnitt vergehen sieben Jahre zwischen Beginn einer psychischen Erkrankung und dem ersten Kontakt mit einem Spezialisten (Eckert, 2006). Bei der Behandlung von bipolaren Störungen beispielsweise dauere es häufig sogar 8 – 15 Jahre bis zur richtigen Diagnose aufgrund des stark variierenden Krankheitsbilds (Bühning, 2007).

In beiden Studien von Wittchen und Jacobi fehlen Angaben darüber, welche Störungen in den einzelnen Versorgungseinrichtungen vorrangig behandelt werden, bzw. welche Patientinnen sich in welche Behandlungen begeben. Studien zur Verteilung der psychischen Störungen in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (stationäre, ambulante, spezifisch: Allgemeinarztpraxen, Psychotherapiepraxen, etc.) beschränken sich größtenteils auf den Bereich der Erstversorgung in hausärztlichen Praxen. Für die Situation in deutschen Allgemeinarztpraxen berichten beispielsweise Linden und Kollegen (1996) Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. Darin wurden 35 Allgemeinarztpraxen in Berlin und 20 in Mainz einbezogen. In diesen wurden Patientinnen an zufällig ausgewählten Untersuchungstagen zunächst mit einem Screeninginstrument (General Health Questionnaire) befragt und die Screening-Positiven weiteren Untersuchungen (z.B. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)) unterzogen. Insgesamt nahmen 800 Personen an der Studie teil. Von den Praxisbesuchern waren 58 % weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 38,8 Jahren. 53,7 % waren verheiratet und 63,5 % berufstätig.

20,9 % der untersuchten Patientinnen erhielten eine ICD-10 Diagnose einer psychischen Störung. Die häufigsten Erkrankungen stellten akute depressive Episoden (8,6 %), generalisierte Angsterkrankungen (8,5 %), Neurasthenie (7,5 %), Alkoholabhängigkeit (6,3 %)

und Somatisierungsstörungen dar. Darüber hinaus geben die Autoren an, dass etwa 2,5 % der Patientinnen gleichzeitig unter einer depressiven Störung und einer generalisierten Angsterkrankung litten. Es ist jedoch anzumerken, dass durch die Art der Erhebung in der Untersuchung die angegebene Gesamtprävalenzrate vermutlich eine Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenzrate darstellt, da eine Reihe psychischer Störungen (soziale und einfache Phobien, Drogenabusus und -abhängigkeit, psychotische Störungen, Manien, Zyklotymien und Persönlichkeitsstörungen) nicht erfasst wurden.

Für den stationären Bereich existiert bislang nach Kenntnis der Autorin keine vergleichbare Studie. An dieser Stelle kann ein Bericht der Nexus-Klinik Baden-Baden, einer Privatklinik für Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin und Krisenintervention (Lohmann & Wendler, 2006) erwähnt werden. Dieser macht Angaben über die Häufigkeit der Erstdiagnosen der in der Klinik behandelten Patientinnen. Auch wenn es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe der deutschen psychosomatischen Kliniken handelt, stellt der Bericht eine der wenigen Veröffentlichungen dar, in denen Angaben über die Verteilung psychischer Störungen in therapeutischen Einrichtungen zu finden sind. Demnach litten mehr als zwei Drittel der zwischen 2003 und 2004 aufgenommenen Patientinnen (N = 927) unter einer affektiven Störung. Die Angststörungen (12 %) und Abhängigkeiten (5 %) folgten mit großem Abstand. Die Geschlechterverteilung der Patientinnen ist in der Nexus-Klinik in etwa gleichwertig (49 % Frauen). Der Altersdurchschnitt lag mit 48 Jahren deutlich über dem der Studie von Linden et al. (1996) und kann durch die Tatsache bedingt sein, dass es sich um eine Privatklinik handelt. Hierbei wird deutlich wie stark sich die Prävalenzraten der einzelnen Störungen, aber auch die Geschlechts- und Altersverteilung abhängig von der untersuchten Einrichtung unterscheiden.

Für den Bereich der ambulanten Psychotherapie und den der psychologischen Psychotherapie wurden mit dem GEK-Report 2007 der Gemünder Ersatzkasse (GEK, 2007) erstmals Daten präsentiert. Danach nahm die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch die GEK-Versicherten (gemessen anhand der Psychotherapiegenehmigungen) im Zeitraum von 2000 bis 2006 kontinuierlich zu (Steigerung um 61 %), blieb jedoch mit 0,56 % der Männer und 1,2 % der Frauen deutlich hinter den Prävalenzraten zurück. Frauen nehmen demnach etwa doppelt so häufig Psychotherapie in Anspruch wie Männer. Unter Berücksichtigung der Altersgruppen wird jedoch deutlich, dass bei Jugendlichen bis zum 15. Lebensjahr männliche Patienten häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen als Frauen. Bei diesen liegt der Altersgipfel bei 25 – 30 Jahren. Interessant sind auch die Daten über Diagnosen, die den Anlass für den Erstantrag einer Psychotherapie darstellten. Diese existieren für die Jahre

2004 bis 2006. Hier waren Störungen der Gruppe „Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 48,9 % und „affektive Störungen“ mit 32,3 % deutlich häufiger vertreten als die übrigen Störungen. Häufigster Anlass sind depressive Störungen (27 %) gefolgt von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (20,7 %) sowie Angststörungen (16 %). Die Daten des GEK-Reports weisen außerdem auf eine hohe Komorbidität sowohl verschiedener psychischer Störungen als auch psychischer Störungen mit körperlichen Begleiterkrankungen hin. So wurde beispielsweise bei 58 % der Personen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, eine depressive Störung diagnostiziert.

Zu den berichteten Daten muss jedoch einschränkend erwähnt werden, dass es sich dabei um eine selektive Stichprobe der gesetzlich Versicherten einer Ersatzkasse handelt. Die Ergebnisse können somit nicht ohne weiteres auf die Allgemeinheit der Versicherten generalisiert werden.

1.2 Wirksamkeit von Psychotherapie – Efficacy vs. Effectiveness

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Häufigkeiten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung sowie deren Vorkommen in unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen dargestellt. Dabei wurde deutlich, dass psychische Störungen sehr häufig sind, sowohl soziale als auch wirtschaftliche Belastungen bedingen und bei Ausbleiben einer adäquaten Behandlung mit höherer Wahrscheinlichkeit chronifizieren. Eine angemessene Behandlung psychischer Störungen erscheint daher mehr als wünschenswert. Dies wiederum wirft die Frage auf, welche Behandlung wann angezeigt ist und wie die Wirksamkeit von Therapien für psychische Störungen überprüft werden kann. In diesem Zusammenhang soll im Folgenden auf die Diskussion um Efficacy- vs. Effectiveness-Studien eingegangen werden.

Efficacy steht für die Wirksamkeit einer Therapie unter kontrollierten Bedingungen, Effectiveness für ihre Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (z.B. Buchkremer & Klingberg, 2001).

Die „Wirksamkeit“ einer Therapie kann nach dieser Unterscheidung nur mit der Durchführung so genannter randomisierter klinischer Prüfungen (Randomized Clinical Trial) festgestellt werden. Das Ziel dieser Studien besteht vor allem darin, die interne Validität zu erhöhen, indem mögliche Störvariablen, die Einfluss auf den Therapieerfolg haben könnten, kontrolliert werden. Veränderungen sollen eindeutig auf die zu evaluierende Therapie

zurückgeführt werden können (Buchkremer & Klingberg, 2001). Wesentliche Merkmale randomisierter, klinischer Studien wurden von Seligman (1995) herausgestellt:

1. Die Patientinnen werden zufällig zu den Behandlungs- und Kontrollbedingungen zugewiesen.
2. Kontrollbedingungen: Es gibt nicht nur Patientinnen, die keinerlei Behandlung erhalten, sondern auch eine Placebo-Kontrollgruppe, die eine andere Art Zuwendung bekommen, um unspezifische therapeutische Variablen kontrollieren zu können (z.B. therapeutische Beziehung, Erwartungen seitens der Patientinnen, etc.).
3. Die Therapie erfolgt nach einem Manual mit genauen Beschreibungen der Behandlungselemente und Rahmenbedingungen.
4. Die Patientinnen erhalten eine genau festgelegte Anzahl an therapeutischen Sitzungen.
5. Die Zielkriterien sind genau definiert (z.B. Abnahme bestimmter Symptome).
6. Die Rater sind „blind“ bezüglich der Gruppenzugehörigkeit der Patientinnen.
7. Aufnahmebedingungen: Nur Patientinnen mit Einzeldiagnosen werden in die Untersuchung aufgenommen, Komorbidität ist ein Ausschlusskriterium.
8. Die Patientinnen werden auch nach Beendigung der Therapie für einen bestimmten Zeitraum weiterhin untersucht.

Derart gestaltete Untersuchungen stellen das Kernstück des Paradigmas der evidenzgestützten Medizin (evidence based medicine = EBM) dar, das seit den 1990er Jahren in der Medizin vertreten wird (Tschuschke, 2005a). Es wurde ursprünglich als Leitlinie zur Evaluation von Pharmaka und anderen medizinischen Interventionen entwickelt und auf die Psychotherapie übertragen. Mundt und Backenstraß (2001) konstatieren, dass randomisierte, kontrollierte Studien zum Nachweis der Wirksamkeit eines (neuen) Verfahrens in der empirischen Psychotherapieforschung nach wie vor den Goldstandard darstellen.

Diese herausragende Bedeutung der RCTs sowie generell die Übertragung des medizinischen Modells auf die Evaluierung von Psychotherapie wird jedoch mittlerweile von verschiedenen Autoren kritisiert (Seligman, 1995; Tschuschke, 2005a; Heekerens & Ohling, 2005; Zurhorst, 2003, 2005), auch Mundt und Backenstraß (2001) zeigen einige Einschränkungen der RCTs auf. Die zentralen Kritikpunkte sollen im Folgenden erläutert werden:

Kritisiert wird an den RCT-Studien unter anderem, dass deren Ergebnisse nur sehr begrenzt auf die tatsächlichen Bedingungen in der Praxis generalisiert werden könnten. Sie testeten standardisierte Therapieverfahren, die in dieser Form in der Praxis nicht angewendet würden, an Patientinnen, wie sie in der Praxis sehr selten seien und unter Bedingungen, wie sie sonst nicht realisiert würden (Tschuschke, 2005a). Ein weiteres Problem der Generalisierbarkeit von RCT-Studien wird in deren Kulturspezifität gesehen. So könnten beispielsweise die Ergebnisse amerikanischer Studien nicht ohne weiteres auf ein Treatment unter europäischen Lebensbedingungen übertragen werden (Mundt & Backenstraß, 2001). Zurhorst (2003) betont, dass eine Therapie nur dann erfolgreich sein kann, wenn zwischen Therapeutin und Patientin eine gewisse Passung besteht. Patientinnen und Therapeutinnen kommen in der Praxis keinesfalls zufällig zusammen, sondern trotz der begrenzten Behandlungskapazitäten wird ein therapeutisches Arbeitsbündnis in der Probatorikphase begründet, in der sich beide gewissermaßen aussuchen. Dazu kommt, dass Patientinnen eine bestimmte Therapeutin meist nicht zufällig aufsuchen, sondern nach gründlichen Erwägungen, sei es aufgrund einer Empfehlung, sei es weil sie sich vorher über die Therapie-richtung informiert haben (Tschuschke, 2005a). Legewie (2000) weist darauf hin, dass die randomisierte Zuweisung von Patientinnen zu Behandlungsgruppen eine Entmündigung der Patientinnen darstelle und ethisch sehr fragwürdig sei, vor allem dann, wenn schwer beeinträchtigte Patientinnen nicht die für sie optimale Behandlung erhalten.

Ein weiteres Problem stellt die Forderung nach einer Manualisierung der Therapie in RCTs dar, sowie die genaue Festlegung der Anzahl der Sitzungen. Die Standardisierung einer Behandlung ist zum einen in der Psychotherapie nicht wie in der Pharmakotherapie zu leisten, da die Persönlichkeit der Therapeutin unweigerlich den Therapieerfolg beeinflusst (Mundt & Backenstraß, 2001). Zum anderen erscheint dieses Vorgehen realitätsfern, da eine Therapeutin normalerweise die Therapie den Bedürfnissen der jeweiligen Patientin entsprechend gestaltet (Tschuschke, 2005a) und deren Dauer danach bestimmt. Mundt und Backenstraß (2005) verweisen auf die in der psychotherapeutischen Praxis übliche psychosoziale Perspektive eines hermeneutischen Modells psychischer Erkrankung, das intersubjektive Methoden und eine gemeinsame Interpretation subjektiver Erfahrungen der Entwicklungsstörung oder akuten Krise erfordert. Sie betonen, dass Forscher und praktische Psychotherapeuten auseinander driften: Die Durchführung manualisierter Psychotherapien repräsentiert ganz offensichtlich nicht den Behandlungsalltag in der Praxis. Mundt und Backenstraß (2001) berichten, dass eine Reihe von Studien das Vorherrschen von Eklektizismus in der Praxis zeigte. Tschuschke (2005a) hält eine Orientierung an Manualen sogar für

schädlich und zitiert eine Studie, die eine Einbuße möglicher Behandlungseffekte aufgrund manualisierter Behandlungsweise von bis zu 40 % ermittelte, da durch sie die Flexibilität der Therapeutin beschnitten werde. Die Manualisierung und damit strenge Standardisierung läuft zudem Therapieverfahren (wie der Klientenzentrierten Psychotherapie oder auch der Psychoanalyse) zuwider, die das prozesshafte Geschehen, die wechselseitige Beeinflussung in einer therapeutischen Beziehung, die Autonomie der Hilfesuchenden oder deren Entwicklung von Beziehungsfertigkeiten als veränderungsrelevante Agentien betonen. Betrachtet man Symptome als kreative, intuitive Handlungsressourcen einer Person zur Bewältigung ihrer Konflikte, erscheint ein streng genormtes, ausschließlich spezifische Symptome reduzierendes Vorgehen kontraproduktiv. Auch Seligman (1995) betont, wesentliche ganzheitliche Aspekte psychisch Leidender und die Komplexität ihrer Syndrome würden durch ein RCT-Vorgehen vernachlässigt.

Ein weiteres Problem stellen die Ausschlusskriterien in kontrollierten Studien dar. Das medizinische Modell geht von gut isolierbaren, abgrenzbaren Störungen aus, eine Annahme, die für psychische Störungen angesichts der Häufigkeit von Komorbidität, der individuellen Komplexität sowie den sehr individuellen Ursachen und Bedingungen der Aufrechterhaltung von Störungen so nicht gelten kann (Tschuschke, 2005a). Da in den kontrollierten Studien jedoch explizit Patientinnen mit komorbiden Störungen ausgeschlossen werden, sind die behandelten Patientinnengruppen nicht repräsentativ für den Großteil der Patientinnen. Zudem besteht eine weitere Verzerrung darin, dass die Bereitschaft, sich einer streng manualisierten Behandlung mit einer begrenzten Anzahl an Sitzungen zu unterziehen, ein weiteres Selektionskriterium darstellt und so die Repräsentativität der Patientinnenstichprobe weiter eingeschränkt wird.

Auch die Realisierung der Kontrollbedingungen wird hinsichtlich zwei verschiedener Aspekte kritisiert. Einerseits erscheint es ethisch fragwürdig, Patientinnen eine vermeintlich wirksamere Behandlung vorzuenthalten und stattdessen gar nicht oder nur scheinbar zu behandeln. Gleichzeitig ist unklar, wie Placebo-Kontrollgruppen, wie sie in Pharmastudien üblich sind, in der Psychotherapieforschung realisiert werden können (Mundt & Backenstraß, 2001). Die so erzielten und nachgewiesenen Therapieerfolge stellen dann methodische Artefakte dar, nicht jedoch wiederholbare Effekte einer objektiven Realität.

Kritiker der Efficacy Studien fordern daher, die Wirksamkeit von Psychotherapie unter realistischen Bedingungen im Feld zu untersuchen und vermehrt Ergebnisse solcher Studien zu berücksichtigen (Retzlaff, 2007). Auch Mundt und Backenstraß (2001, S. 13) wei-

sen darauf hin, dass neben der Verbesserung der RCT-Studien zukünftig Forschungsstrategien Wirksamkeitsforschung durch Anwendungsforschung zu ergänzen haben werden, da „der psychotherapeutische Prozess einer Standardisierung nur approximativ angenähert werden“ könne. Insbesondere seien transkulturelle Einflüsse auf Psychotherapie zu berücksichtigen und ebenso die Wechselwirkung der Persönlichkeit der Therapeutin mit der Klientin, ein realistisches Setting sowie eine den Praxisbedingungen entsprechende Selektion von Patientinnen. Legewie (2000, S. 127) betont, dass das oberste Ziel der Psychotherapieforschung die „Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung des therapeutischen Handelns in der Praxis“ sein müsse. Er empfiehlt, prospektive Längsschnittstudien durchzuführen, bei denen in natürlichen Settings (z.B. Einzelpraxen, ambulante oder stationäre Einrichtungen, etc.) „die routinemäßige Erfassung aller behandelten Fälle“ erfolgt. Neben einer quantitativen Evaluation durch die Erfassung von Behandlungsmaßnahmen, Symptomatik, Befinden etc. sollten außerdem qualitative Erhebungen durchgeführt werden, wie z.B. mit offenen biografischen Interviews.

*[...] Aber ich, der schon mehr als einen Irrweg zu gehen versuchte,
darf mich nie für besser halten als die auf dem Irrweg.*

E. Fried

1.3 Einige Aspekte der geschichtlichen Entwicklung ambulanter psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland

Die Diskussion um die bestgeeignete Vorgehensweise zur Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapie zeigt die Diskrepanzen zwischen den Psychotherapiestudien, die RCT-Standards genügen und durch universitäre Forschungsprojekte meist schulen- oder symptomorientiert durchgeführt werden, und der im Feld praktizierten Psychotherapie auf. Um diese Differenzen verstehen zu können, ist es notwendig, die Entwicklung der ambulanten Psychotherapie in Deutschland bis zur gegenwärtigen Situation genauer zu betrachten. Dabei soll deutlich werden, dass die Realität der ambulanten Psychotherapie durch gesetzliche Vorgaben nur unzureichend abgebildet, aber dennoch maßgeblich bestimmt wird.

Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und mithin auch die Bereitstellung von Psychotherapie für die Bevölkerung erfolgt in dem gesundheitspolitischen

Rahmen, den das Parlament durch Gesetze vorgibt. War in der DDR Psychotherapie eine Pflichtleistung der Sozialversicherung (Kommer & Wittmann, 2002), so waren nach der Wiedervereinigung dort, wie auch für die alten Bundesländer, Rechtsgrundlagen für die „Einführung der Psychotherapie in die Kassenärztliche Versorgung“ über „Psychotherapie-richtlinien“ zu gewährleisten. Das geschah mit Wirkung vom 01.01.1999 (Gesetz über die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Psychotherapeutengesetz – PsychThG; Bundesministerium der Justiz, 1998). Rechtsgrundlage dafür ist das fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Diese Basis ist bindend für alle im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Tätigen. Die Psychotherapie-richtlinien „sollen gewährleisten, dass die Versicherten qualifiziert und ausreichend versorgt werden und zugleich eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel der Versicherungsgemeinschaft erfolgt“ (Frohburg, 2007, S. 10). Psychotherapeutische Versorgung steht nunmehr als Versicherungsleistung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung. Im internationalen Vergleich hebt sie sich dadurch hervor, dass bei krankheitswertigen Störungen für Patientinnen sowohl eine freie Therapeutinnenwahl als auch eine freie Wahl und Verfügbarkeit verschiedener Therapieansätze im Rahmen der Richtlinienverfahren (siehe unten), die gesetzlich anerkannt sind, besteht. Beschränkungen sind lediglich im Rahmen von methodenspezifisch vorgegebenen Stundenkontingenten (Danner & Matzat, 2007) gegeben. Behandlungen gesetzlich Versicherter werden durch deren Krankenkasse in diesen Verfahren nach Genehmigung durch eine Gutachterin auf Antrag vollständig bezahlt. Private Krankenversicherungen haben sich dem weitgehend angeschlossen. Behandlerinnen müssen sich seither einem Approbationsverfahren unterziehen.

Das Psychotherapeutengesetz hat die Psychotherapielandschaft insofern gewandelt, als damit eine gesetzlich (§ 101 Abs. 4 SGB V) verankerte Bedarfsplanung anhand von künstlich verringerten Inzidenzraten festgelegt wurde, die durch den Ausschluss von Behandlungskontingenten entstanden, die zuvor von Psychotherapeutinnen im Kostenerstattungsverfahren⁴ erarbeitet wurden. Diese waren drei Jahre zuvor von der Versorgung ausgeschlossen worden. Könning (2007) macht darauf aufmerksam, dass Zahlen über das konkrete Inanspruchnahmeverhalten deshalb möglicherweise nur eine Unter- oder Fehlversorgung widerspiegeln. Recherchen der Bundespsychotherapeutenkammer (2006) belegen

⁴ Kostenerstattungsverfahren: Vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurde ambulante Psychotherapie vorwiegend dadurch gewährleistet, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen im Einzelfall nach Befürwortung durch den Medizinischen Dienst eine Kostenübernahme für Psychotherapie erteilten.

gegenwärtig eine erhebliche Versorgungslücke (Bundespsychotherapeutenkammer, 2006). Laut Reisch und Kollegen (2007) liegt der Grad der tatsächlichen Bedarfsdeckung zwischen 20 und 75 %, wobei ein großes Stadt-Land-Gefälle zu verzeichnen sei. In den städtischen Ballungsgebieten, die meistens über einen hohen Bildungsgrad ihrer Bürger verfügen, kann der Bedarf trotz so genannter „Übersorgung“ nicht adäquat gedeckt werden. Dieser Umstand wird in der vorliegenden Untersuchung in der Praxisbeschreibung durch die hohe Anzahl abzuweisender Patientinnen verdeutlicht (siehe 3.1).

Mit dem Gesetz wurden drei psychotherapeutische Methoden als „Richtlinienverfahren“ zugelassen: Zwei psychoanalytischer Provenienz (Analytische Therapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) sowie die Verhaltenstherapie (VT) (Rüger et al., 2003). Die Aufnahme weiterer Therapieverfahren wurde durch das Psychotherapiegesetz an verschiedene Bedingungen gebunden, die mehrfach geändert wurden (Frohburg, 2007). Die sich daraus ergebenden Strukturen bilden jedoch nicht die historisch gewachsene Realität im Gesundheitswesen ab. Während die Verhaltenstherapie durch das Gesetz eine versorgungsrelevante Anerkennung erfuhr, besteht in Deutschland ein seit 30 Jahren fortwährender gesundheitspolitischer Kampf um eine Integration der Klientenzentrierten Psychotherapie in das Gesundheitswesen (Hentze, 2006, Hofmeister, in press). Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (GPT-Verbände, 2006) geben Auskunft über die Versorgungsrelevanz verschiedener Psychotherapiemethoden im Kostenerstattungsverfahren im Jahr 1987, also vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Demnach wurde in 55 % der Fälle Gesprächspsychotherapie (GT), in jeweils 48 % tiefenpsychologische Psychotherapie und Verhaltenstherapie, in 29 % Familientherapie, in 28 % Gestalttherapie und in 22 % Psychoanalyse angewendet. Mehrfachnennungen waren möglich, um multimodale Vorgehensweisen benennen zu können (siehe auch Hentze, 2006, 2007, Frohburg, 2007). Zehn Jahre später erheben Kindler et al. (1997, zit. nach Vogel, 1999) Daten zu den Weiterbildungen der „Klinischen Psychologen / BDP“. Danach waren 38 % der Antwortenden (Rücklaufquote 42 %, N = 3.653) in Gesprächspsychotherapie, 34 % in Verhaltenstherapie, 22 % in Gestalttherapie, 21 % in systemischer Familientherapie, 18 % in körpertherapeutischen Verfahren und 16 % in tiefenpsychologischen Verfahren weitergebildet. Deutlich wird hieraus, dass Mehrfachqualifikationen der niedergelassenen psychologischen Behandlerinnen nicht unüblich waren und sind und die GT das am häufigsten angewendete Verfahren darstellte. Die Psychotherapiegesetzgebung zwang die Behandlerinnen ihre vielfältigen Methodenkompetenzen zu verleugnen und sich als Vertreterinnen ausschließlich ei-

nes Richtlinienverfahrens zu definieren (Heisig & Littek, 2003). Laut Frohburg (2004b) verfügen ca. 1300 Gesprächspsychotherapeutinnen über eine Abrechnungsgenehmigung für eines der zugelassenen Richtlinien-Verfahren⁵. Die beschriebenen Versorgungsverhältnisse haben sich also von 1987 bis dato methodisch und personell nicht grundlegend verändert.

Die vorliegenden Erhebungen verweisen auf vielfältige psychotherapeutische Methodenkompetenzen der Behandlerinnen im ambulanten Setting. Ob dabei im Sinne einer integrativen Psychotherapie gearbeitet wird ist unbekannt, erscheint angesichts der Mehrfachqualifikationen jedoch plausibel. Ein Auseinanderklaffen zum Vorgehen in RCT-Studien liegt nah. Die in dieser Arbeit analysierte ambulante Praxis entspricht diesen gesellschaftlichen Gegebenheiten insofern, als die Therapeutin nach langjährigen Weiterbildungen in Verhaltens-, Gesprächs-, und Familientherapie verhaltenstherapeutisch niedergelassen ist und daher sowohl hinsichtlich ihrer Kompetenzen als auch hinsichtlich ihrer Vorgehensweise als repräsentativ für die Gruppe der psychologischen Psychotherapeutinnen betrachtet werden kann.

Anwendungsorientierte Forschungsprojekte wie das vorliegende werden hier die Chance eröffnen, die tatsächliche Versorgungslage wissenschaftlich zu durchdringen.

⁵ Behandlungskontingente ärztlicher und psychologischer Psychotherapeutinnen: Die berichteten Daten berücksichtigen ärztliche Psychotherapeutinnen nicht dezidiert, da im Jahr 1987 nur 25 % der Behandlungen von ärztlichen Psychotherapeutinnen durchgeführt wurden, die restlichen 75 % von psychologischen Psychotherapeutinnen im Delegations- (40 %) oder im Kostenerstattungsverfahren (Hentze, 2005). Ende 2005 standen 15 200 zugelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen 4000 ärztliche Psychotherapeutinnen gegenüber (Schildt, 2007). Die ärztlichen Psychotherapeutinnen waren und sind laut dem Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg (2005, sowie persönliche Mitteilung vom 08.08.2007) überwiegend psychoanalytisch (PA) oder tiefenpsychologisch (TP) ausgebildet (64 %) und nur in seltenen Fällen verhaltenstherapeutisch (19 %).

1.4 Klientenzentrierte Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie)⁶

Aus den vorangegangenen Kapiteln ergibt sich, dass streng manualisierte, randomisierte Behandlungen nicht nur wissenschaftlicher Kritik unterzogen werden, sondern im Feld hinter einem am Patienten orientierten, stark individualisierten, eklektischen Vorgehen zurückstehen. Die Bedeutung der Klientenzentrierten Psychotherapie und der Verhaltenstherapie wurde dabei deutlich. Beider Gewicht beruht auch darauf, dass die universitäre Ausbildungssituation in klinischer Psychologie bis Mitte der 1990er Jahre vorrangig durch VT und GT geprägt war⁷ (Frohburg, 2007). Für die Generation psychologischer Psychotherapeutinnen, die heute das Gros der niedergelassenen psychotherapeutischen Behandlerinnen stellen, war das fachlich prägend. Für diese Kohorte von Behandlerinnen kann angenommen werden, dass sie im Sinne einer integrativen Psychotherapie beide Verfahren integrativ eklektisch anwendet. Auch die vorliegende Arbeit beruht auf Daten einer solchen Praxis. Es soll daher im Folgenden zunächst auf die verfahrensspezifischen Merkmale der Gesprächspsychotherapie und im darauf folgenden Kapitel auf solche der Verhaltenstherapie eingegangen werden. In Kapitel 1.6 werden Überlegungen zu einer integrativen Psychotherapie erörtert.

⁶Anmerkung zur Sprachregelung: Carl R. Rogers benannte seine neue Methode der Psychotherapie 1954 „Client-Centered-Approach“, deutsch: „Personzentrierter Ansatz“ (PZA) oder „Klientenzentrierte Psychotherapie“ (Rogers, C.R. & Dymond, R., 1954). Die Methode wurde von Tausch, R. und Tausch, A. zu Beginn der 1970er Jahre in Deutschland eingeführt und dort empirisch beforscht. Beide führten den Begriff „Gesprächspsychotherapie“ in den deutschen Sprachgebrauch ein (Tausch & Tausch, 1990; Schmidt & Keil, 2001, S. 22 – 27; Schmid, 1992a, S. 54). Die weitere Entwicklung im akademischen Feld und der Anwendung der Methode führte dazu, dass diese Begriffe im deutschen Sprachraum heute synonym verwendet werden, so auch in dieser Arbeit.

⁷ Mitte der 1990er Jahre wurde die GT an 75 % der Psychologischen Institute der Bundesrepublik gelehrt (VT 84 %), wobei 60 % der Institute praktische Kompetenzen vermittelten.

*Den Anderen verstehen, das heißt,
sein Gefühl in uns zu erzeugen.*

F. Nietzsche

1.4.1 Einführung in den Personzentrierten Ansatz (PZA)

Den gegenwärtigen Stand der Gesprächspsychotherapie definieren die drei deutschen Gesprächspsychotherapieverbände in einer dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)⁸ vorgelegten Stellungnahme wie folgt: „Die Gesprächspsychotherapie behandelt gestörte Selbstregulationsprozesse, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrecht erhalten werden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und Verhaltensmustern führen. [...] Das allgemeine Behandlungsziel der Gesprächspsychotherapie ist die Linderung, bzw. Aufhebung der Symptomatik, durch die Reduktion, bzw. Aufhebung von Inkongruenzen. Dazu ist die Entwicklung einer spezifischen therapeutischen Beziehung erforderlich, die durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz gekennzeichnet ist und die nach bestimmten Indikationsregeln mit störungs-, person-, und prozessspezifischen Interventionen und Techniken verbunden wird. Als spezifische Ausprägungsform der Behandlungsmethodik kommen in den verschiedenen Bereichen der Krankenbehandlung [...] 1. erlebniszentrierte Methoden, 2. differentielle Methoden, 3. erfahrungsaktivierende Methoden [...] zur Anwendung.“ (Eckert, 2007, S. 68).

Das Konzept der Klientenzentrierten Psychotherapie wurde bereits in den vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers (1902 – 1987) aus seiner eigenen Arbeitserfahrung heraus in Abgrenzung zur Psychoanalyse entwickelt: die Therapeutin sei Begleiterin und Förderin der Entwicklung der Klientin und nicht Expertin für Problemlösungen. Dabei gehe es um die Ganzheit der Person, das Emotionale sei ebenso wichtig wie das Intellektuelle und die Gegenwart sei wichtiger als die Vergangenheit (Sachse, 1999; Schmid & Keil, 2001). Rogers hypostasierte, Psychotherapie solle die persönliche Entwicklung von Klientinnen durch eine besondere Qualität des

⁸ Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der Selbstverwaltung von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Er bestimmt darüber, welche Behandlungsmethoden zum Leistungskatalog der Krankenkassen gehören oder neu darin aufgenommen werden. Die Rechtsaufsicht über den G-BA liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Zuhörens fördern, so dass diese ihre kreativen, aber falschen Lösungsversuche, die im Symptom in Erscheinung träten, verändern könnten.

Rogers sah seine Theoriebildung nie als abgeschlossen an, sondern entwickelte sie Zeit seines Lebens fort. Es gelang ihm, seine Beobachtungen über den Zusammenhang zwischen personenzentrierter Haltung und konstruktiven Persönlichkeitsveränderungen zu überprüfen und in den wesentlichen Punkten zu bestätigen (Finke, 2004). Das Konzept des PZA durchlief in der Folgezeit Entwicklungsphasen, die auch durch veränderte Benennungen den Wandel des Ansatzes verdeutlichen sollten:

1. 1940 ff. - Nicht-direktive Psychotherapie und Beratung (Rogers, 1972):

Rogers formulierte 1942 als grundlegende Hypothese, dass wirksame Beratung aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung bestehe. Diese ermögliche es der Klientin, zu einem Verständnis ihrer selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das sie befähige, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen.

Die ursprüngliche Bezeichnung für diese Psychotherapiemethode lautete „nicht-direktiv“, wobei diese Bezeichnung das Missverständnis nahe legt, dass die Therapeutin mit einem Minimum an eigener Beteiligung der Klientin lediglich passiv zuhört. Die von Rogers konzipierte Therapieform ist jedoch ein höchst aktiver Prozess. Die Therapeutin solle „a companion to the client“ (Rogers, persönliche Mitteilung 1985) sein und sich Techniken des Zuhörens bedienen, die nicht lenkend seien, eine angstfreie Atmosphäre erzeugen und die Selbstexploration der Klientin fördern. Die Klientin wird nicht als Behandlungsobjekt betrachtet, sondern als ein zur Entscheidung zu befähigendes Subjekt.

2. 1950 ff. - Klientenzentrierte Psychotherapie (Rogers, 1973a):

Mit der Umbenennung des Ansatz 1951 wollte Rogers unterstreichen, dass die innere phänomenale Erlebniswelt der Klientin im Mittelpunkt der Interaktion stehe. Hier geht es darum, die impliziten Theorien der Klientin über sich selbst, ihre Beziehungen und die Welt, wie sie subjektiv vom Individuum konstruiert wird, in wechselseitigem Dialog bewusst zu erarbeiten. Psychische Krankheiten werden als Lösungsversuche inkongruenter Erfahrungen verstanden. Für deren Bewältigung verfüge die Person aufgrund ihrer Aktualisierungstendenz über hinreichende Mittel, die in einem angstfreien kommunikativen Klima genutzt werden können. Die Begriffe der „Inkongruenz“ und der „Aktualisierungstendenz“ werden unten näher erläutert.

3. 1960 ff. - Personzentrierter Ansatz (Rogers, 1964):

Ende der 1950er Jahre formulierte Rogers, ausgehend von seiner Behandlungsmethode, eine Therapie- und Persönlichkeitstheorie. Er postulierte eine Wirkung seiner Methode auch für andere Formen menschlicher Beziehung als Psychotherapie und legte seinen Schwerpunkt jetzt weniger auf die Erweiterung und Beforschung von Psychotherapie, sondern interessierte sich genereller für Persönlichkeitsentwicklung. Der Ansatz wurde deshalb ab etwa 1961 auf verschiedene Populationen ausgeweitet (wie Schule und Unterricht, Pädagogik, Encounterbewegung, internationale Beziehungen). Aufgrund seiner Auseinandersetzung mit der Existenzphilosophie Kierkegaards (Rogers & Schmid, 1991), der dialogischen Philosophie (Rogers & Buber, 1960) und der jüdisch-christlichen Anthropologie (Rogers & Tillich, 1966) wurde ab den 60er/ 70er Jahren zunehmend die dialogische Situation von Kommunikation diskutiert. Psychotherapie wurde nun als eine Form der Begegnung zwischen Kommunikanden verstanden („person to person“).

4. 1970 ff. – Encounterbewegung (Rogers, 1974):

Rogers arbeitete bis zu seinem Tode 1987 überwiegend mit Großgruppen von bis zu 300 Personen in verschiedensten internationalen Settings. Dabei ging es vor allem um interkulturelle Verständigung oder einen friedlichen Interessenausgleich verschiedener politischer Gruppen, wie die widerstreitenden religiösen Gruppierungen in Nordirland (1972 dokumentiert in dem Film „The steel shutter“), die Treffen von Schwarzen und Weißen vor der Abschaffung der Apartheid in Südafrika oder die Durchführung von über 20 Cross-Cultural-Communication-Workshops. (Schmid, 1994; Stipsits, 1999).

1.4.2 Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie

Rogers' **Therapietheorie** (Rogers & Sanford, 1984) beruht auf der Grundannahme, dass der Mensch von Grund auf gut und sozial sei und ein tiefes Bedürfnis nach Beziehung und bedingungsloser positiver Wertschätzung habe (Rogers, 1958, 1959, 1980).

„[...] Der Mensch (hat) wie jeder andere lebendige Organismus eine ihm innewohnende Tendenz, all seine Fähigkeiten auf eine Art und Weise zu entwickeln, die der Erhaltung und der Steigerung des Organismus dient. [...] Wenn ein angemessenes Wachstumsklima gegeben ist, kann man auf die Tendenz, dass der Organismus sich weiter aktualisieren wird, vertrauen, sogar wenn dabei Widerstände und Schmerzen zu überwinden sind.“ (Ro-

gers & Schmid, 1991, S. 211). Diese **Aktualisierungstendenz** wird als das übergeordnete Entwicklungsprinzip menschlichen Erlebens und Verhaltens angesehen. Sie bewirke, dass der menschliche Organismus alle körperlichen, seelischen und geistigen Möglichkeiten zu entfalten und erhalten sucht. Lebewesen brauchen für ihre Entwicklung außer den primären Umweltbedingungen wie Luft, Wasser, Nahrung und Unterkunft unabdingbar auch die Befriedigung psychologischer Bedürfnisse in der Bezogenheit zu anderen Menschen. Der Mensch werde sich bei dem Vorhandensein dieser Gegebenheiten grundsätzlich konstruktiv, rational und sozial entfalten. Unter ungünstigen Umständen verfüge jeder in sich selbst über „unermessliche Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzeptes, der Einstellungen und des selbst bestimmten Verhaltens“ (Rogers, 1991, S. 239).

Ein Teil der Aktualisierungstendenz ist die Selbstaktualisierungstendenz. In der Kindheit bildet sich ein „Selbst“ aus den bewussten Erfahrungen des Organismus (gemeint ist hier die Ganzheit der Person, nicht alleine die physische Erscheinung) und Informationen aus der Umwelt. Weil die Aktualisierungstendenz für den Organismus eine lebenswichtige, orientierende Funktion hat, erstreckt sie sich auch auf das Selbst. Das Selbst versucht ebenfalls, sich zu erhalten, zu erweitern und weiter zu entwickeln. Mit der wachsenden Fähigkeit eines Kindes, sich selbst zum Gegenstand der Wahrnehmung zu machen, entwickelt es die Fähigkeit zur Symbolisierung seiner Erfahrungen. Die Symbolisierung des eigenen Erlebens wird wesentlich dadurch geprägt, wie die Umwelt darauf reagiert. Denn die Grundmotivation des Menschen spielt sich zwischen zwei Polen ab – einerseits der Tendenz, sich selbst und seine Möglichkeiten zu aktualisieren (hier steht das „Für-sich-sein“/ Autonomie im Vordergrund), andererseits dem Bedürfnis, in positiven sozialen Beziehungen zu leben (hier rückt das „Sein-für-andere“/ Bezogenheit in den Vordergrund). Jeder Mensch muss sich zwischen beiden Polen immer wieder neu positionieren. Wenn die Reaktionen der Bezugspersonen empathisch und bedingungslos wertschätzend ausfallen, werden die entsprechenden Erfahrungen vollständig und genau, d.h. kongruent, symbolisiert. Ansonsten kann es zu unvollständigen oder verzerrten Symbolisierungen kommen, oder bestimmte Erfahrungen werden völlig von der Selbstwahrnehmung ausgeschlossen. Da alle Menschen einerseits sozialen Bewertungen und Regeln unterliegen und andererseits selbst soziale Bewertungen zu ihrer Orientierung vornehmen, sind nie alle Teile ihrer Erfahrung in ihrem Selbstkonzept abgebildet. Das Selbst besteht aus der Gesamtheit der die eigene Person betreffenden Symbolisierungen, mit mehr oder weniger großen Inkongruenzen zwischen Selbst und Erfahrung.

Das Streben des Menschen nach Individualität einerseits und andererseits nach sozialer Anerkennung führt zu Konfliktspannungen und birgt die Gefahr einer Selbstentfremdung in sich. Kann das Selbstkonzept reorganisiert werden, kommt es zu einer Passung dieser widerstrebenden Bedürfnisse. Wenn eine Person „organismische“ Erfahrungen macht, die sie nicht mit ihrem (durch Interaktionen mit der Umwelt internalisierten) Selbstbild vereinigen kann (Rogers, 1959, 1982) geht Rogers davon aus, dass **Inkongruenz** entsteht, die psychisches Leiden verursacht.

Die **Störungstheorie der GT** nimmt also an, dass Blockaden oder Mangel an Akzeptanz die Aktualisierungstendenz hemmen und dadurch für die Entstehung psychischer Störungen verantwortlich sind. Symptome sind einerseits als verzerrte Symbolisierungen widerstrebender Gefühle und Wünsche und andererseits als Versuche der Bewältigung von Inkongruenzen zu verstehen. Subjektiver Leidensdruck entsteht jedoch erst, wenn die Inkongruenzen von der Person zumindest ansatzweise wahrgenommen werden oder sich im Symptom äußern. Symptome sind also als misslungene Versuche einer Herstellung von Homöostase zu verstehen (Sachse, 1999).

Idealtypisch wäre psychische Gesundheit nach Rogers in einer „**fully functioning person**“ zu finden, die zu entwickeln erstrebenswert, aber nicht erreichbar sei (Rogers, 1980). Die „fully functioning person“ benötige keinerlei Verzerrung ihrer eigenen Erfahrung, da ihr Selbstbild alle Selbsterfahrung zu integrieren vermöge und sich dementsprechend durch Assimilation neuer Erfahrungen fortwährend verändere. Daraus resultiere eine nicht an Bedingungen geknüpfte Selbstachtung. Psychotherapie als Beziehung zu bedeutsamen Anderen habe die Aufgabe, den Menschen auf seinem Weg in diese Richtung zu begleiten. Dafür sei nach Rogers ein „definierbares Klima förderlicher psychologischer Haltungen“ notwendig und hinreichend. Er formulierte sechs Bedingungen, die gegeben sein müssen, damit eine therapeutische Allianz entstehen kann. (Rogers, 1959; Rogers & Sanford, 1984; Keil, 2001):

1. Eine Person (Klientin) ist im **Zustand der Inkongruenz**, d.h. das aktuelle Erleben führt zu einem inneren Spannungszustand. Wesentlich ist, dass die Klientin wenigstens ahnungsweise Zugang zu ihrem Spannungszustand hat.
2. Zwei Personen treten in psychologischen **Kontakt** miteinander, das bedeutet, dass die beteiligten Personen sich in einem zunehmend intensiv erlebten Beziehungsprozess begegnen. Rogers sieht in der therapeutischen Beziehung das entscheidende Agens für positive Persönlichkeitsveränderung (Rogers, 1992). In späteren Jahren wurde die Bedeutung qualitativer Merkmale für die Güte der therapeutischen

- Beziehung thematisiert, z.B. die Tiefe des Kontaktes (Cameron, 2004) oder Aspekte wie Gegenseitigkeit/ Reziprozität oder Konsens (Sanders, 2006).
3. Die andere Person (Therapeutin) ist mit sich selbst kongruent (realness, deutsch: **Echtheit/ Selbstkongruenz**), d.h. offen für ihr persönliches Erleben in der Beziehung zur Klientin. Sie gibt sich als Person zu erkennen, anstatt sich hinter einer fachlichen Fassade zu verstecken. Das beinhaltet auch, dass sie in der helfenden Beziehung ihr eigenes Erleben, ihre eigenen Gefühle und Einstellungen bewusst wahrnimmt, sie akzeptieren, verstehen und auch mitteilen kann, sofern das für die Weiterentwicklung der Klientin angemessen ist. Es besteht eine genaue Übereinstimmung zwischen dem körperlichen Empfinden, dem Gewahrsein und den Äußerungen gegenüber der Klientin. Inkongruenzspannungen auf Seiten der Klientin können so durch Echtheit/ Selbstkongruenz der Therapeutin wahrgenommen, bzw. konfrontiert und aufgelöst werden. Diese Rückmeldungen über den von der Therapeutin gefühlten Bedeutungsgehalt des Gesagten regen die Klientin zur Selbstexploration an. Damit werden kommunikative Blockaden im Selbst der Klientin in der Beziehung zur Therapeutin kommunizierbar und somit wird ein Prozess der Verständigung der Klientin mit sich selbst angestoßen.
 4. Die Therapeutin erlebt nicht an Bedingungen geknüpfte **Wertschätzung/ Akzeptanz** für das gesamte Erleben der Klientin. Dieses Konzept meint ein Anteilnehmen an der Klientin als einer autonomen Person, die ihre eigenen Gefühle, ihre eigenen Erfahrungen haben darf. Es geht dabei nicht um das Akzeptieren des (Fehl-) Verhaltens und Handelns und auch nicht um ein Gutheißen der Symptomatik. Die Klientin wird vorurteilsfrei angenommen als die, die sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt geworden ist, samt ihrer Schwierigkeiten und Eigenheiten. Dadurch bemerkt die Klientin, dass sie keine Strategien zur Selbstwertverteidigung benötigt. Aufgrund der Reduktion von Angst und Defensivität kann sie sich immer stärker unangenehmen Inhalten zuwenden und entwickelt zunehmend ein klares, unverzerrtes Problembewusstsein, d.h. Inkongruenzen und Konflikte können symbolisiert werden. Diese Annahmen werden durch Befunde aus der Bindungstheorie untermauert. Demnach ist in einem Zustand von Ängstlichkeit, Unsicherheit oder Verlassensein das Explorationsverhalten blockiert – die Auseinandersetzung mit Fremdem setzt einen Zustand der Sicherheit und des Wohlbefindens voraus (Strauß, 2006).

5. Die Therapeutin kann die Klientin aus deren inneren Bezugsrahmen heraus empathisch verstehen (**Empathie**), d.h. die von dieser konstruierte Realität erfassen. Sie erkennt die Gefühle, persönlichen Bedeutungen und den Referenzrahmen, die die Klientin erlebt, und teilt dieses Verstehen der Klientin mit. Die Therapeutin versucht, sich in die Welt der Klientin so einzufühlen, als ob es ihre eigene wäre. Dies geschieht über so genannte „check responses“, d.h. Rückmeldungen über das, was die Therapeutin von dem verstanden hat, was die Klientin über sich und ihr Selbstkonzept exploriert. Die Therapeutinnenäußerungen („listening skills“) sollen jedoch so nah am Narrativum der Klientin gehalten werden, dass die Patientin den Sinnbezug unmittelbar in ihrem eigenen Erleben nachvollziehen kann. Es geht also gerade nicht um Interpretationen oder Deutungen des Erlebens und Verhaltens der Klientin. Ein Zuhören auf diese besondere Weise stellt eine sehr starke Ressource für Veränderung dar (Sanders, 2004; Klein & Galliker, 2007).
6. Die Klientin kann die Verwirklichung dieser Zuhörensweise wenigstens ansatzweise **wahrnehmen**. Dabei geht es nicht nur um den sprachlichen Austausch, sondern auch um andere Qualitäten wie Körpersprache, Gesichtsausdruck, Berührung oder Stimmlage.

Rogers konzipierte die sechs Bedingungen zunächst als generelle Grundvoraussetzungen für jede Psychotherapiemethode. Gegenwärtig wird eine solche Qualität therapeutischer Allianz auch von allen Therapiemethoden als unabdingbar für einen Therapieerfolg erachtet und durch empirische Forschungen belegt (vgl. Schulz, 2000; Horvath, 1994; Perez & Baumann, 2005; siehe auch 1.6.1).

Die drei Grundhaltungen seitens der Therapeutin (Echtheit/ Kongruenz, Akzeptanz/ Wertschätzung und Empathie, später zusätzlich Gegenwärtigkeit) werden oft als „die Gesprächspsychotherapie“ angesehen. Rogers betonte, dass diese qualitativen Bedingungen jedoch nicht als bloße Strategien oder Techniken betrachtet werden dürfen, sondern eine grundlegende Philosophie und Seinsweise (**personzentrierte Haltung**) darstellen, um ein sicheres Klima zu schaffen, in dem durch angstfreie und offene Kommunikation persönliches Wachstum ermöglicht wird. Auch kovariieren diese Grundhaltungen und sind daher nicht als getrennte „Variablen“ aufzufassen. In einer nicht-reziproken Beziehung ist die Therapeutin der Klientin gegenüber verantwortlich, dass diese Bedingungen gemeinsam hergestellt werden können. Deren konkrete Umsetzung ist jedes Mal in einem kreativen Akt (intuitiv und diszipliniert) auf die Klientin oder die Gruppe abzustimmen und ergibt zwangsläufig einen jeweils individuellen, personzentrierten Prozess: Hören und Gehört

werden, Geben und Empfangen, sorgende Zuwendung (caring), nicht an Bedingung gebundene Bejahung der Anderen (prizing, loving, unconditional positive regard), das Antworten des Gegenübers aus der eigenen Existenz heraus (realness) sind dabei wesentliche Elemente.

Rogers (1973b) hypostasierte ein siebenstufiges **Prozesskontinuum**, innerhalb dessen eine Klientin sich in der Therapie von rigidem, gefühllosem, hin zu differenziertem, fließend-veränderlichem Erleben bewegt. Dabei wird nicht das gesamte Kontinuum durchlaufen, sondern die Klientin beginnt an einem bestimmten Punkt und macht Veränderungen in Richtung des Endpunkts (Rogers, 1983). Die Person sieht zunehmend den Anteil ihrer eigenen Verantwortlichkeit an ihren Problemen und der eigenen Entwicklung (Biermann-Ratjen, Eckert, & Schwartz, 1995; Rogers & Sanford, 1984). Sachse und Maus (1987) konnten empirisch zeigen, dass die Entwicklung der Klientin, wie sie sich auf dem Prozesskontinuum durch eine entsprechende Bearbeitungstiefe abzeichnet, von vertiefenden oder verflachenden Fragen/ Interventionen seitens der Therapeutin beeinflusst wird. Dasselbe fand Takens (2005).

Die **Therapieziele** des Ansatzes ergeben sich aus dem postulierten Störungsmodell: Zentral sind dabei eine Verbesserung der Selbstannahme, der Selbsttransparenz und der Beziehungsfähigkeit. Autonomieentwicklung und Festigung des Identitätserlebens werden angestrebt (Finke, 2004). Die Klientin soll Selbstexploration erlernen, d.h. sich über sich selbst, über ihren inneren Bezugsrahmen (also ihre Gefühle, Wünsche, persönlichen Bewertungen) bewusst werden bzw. sich zumindest um Klärung bemühen. Therapieziele, die die Linderung von Symptomen betreffen, werden dann von Klientin und Therapeutin gemeinsam anzustreben sein. Die Therapeutin ist dabei „companion to the person“ (Rogers & Sanford, 1984, S. 1378) und begleitet diese bei der Beseitigung oder Linderung von Symptomen, bei der Akzeptanz von unveränderbaren Persönlichkeitseigenschaften oder bei einer Habituation an diese.

Ihre ganze Stimme verwandelte sich und nahm ohne Schwierigkeiten die jeweils erforderliche Tonlage an. Dabei ließ sie mit einem erstaunlichen, ja beinahe schon übermäßigen Feingefühl keine noch so geringe Bedeutungsnuance und keinen noch so feinen Hauch von Emphase aus [...]. Denn sie hatte mich verstanden – ja, sie hatte mich beinahe besser verstanden als ich mich selbst. Es kam mir so vor, als habe sie, während ich mich bemüht hatte, ein psychologisches Rätsel zum Ausdruck zu bringen, am Ende dessen Bedeutung besser verstanden, als ich selbst, obwohl sie sich ganz genau an meine Worte und meine Emphase gehalten hatte.

C.F. Woolson

1.4.3 Interventionsfertigkeiten in der GT

In der Klientenzentrierten Psychotherapie ist man bemüht, Techniken zu vermeiden, die einem von der Therapeutin bestimmten Ziel dienen und damit als Manipulation der Klientin betrachtet werden, da sie die Autonomieentwicklung gefährden. Betont wird das egalitäre, dialogische Arbeitsbündnis in einem gemeinsamen Suchprozess (Reinsch, 2007; Liettaer, 2007). Dennoch wurden Versuche unternommen, solche therapeutischen Verhaltensweisen zu differenzieren, die das Beziehungsangebot der Therapeutin für die Klientin wahrnehmbar machen (Stumm & Keil, 2002).

Rogers formulierte seine Theorie auf einem hohen Abstraktionsniveau, ohne konkrete Handlungsanweisungen zu geben (Keil, 2001). Anleitungen von Rogers finden sich jedoch in seinen veröffentlichten Therapiedemonstrationen: Zunächst geht es um den verbalen Akt, die Genauigkeit des eigenen empathischen Verstehens zu überprüfen. Rogers verwendet weiter Kommentare zu Klientinnenäußerungen oder Interpretationen, die er überprüft, Zustimmung oder klärende Fragen. Bei 92 % aller Rogers-Reaktionen handelt es sich um „empathic checking responses“. Das bedeutet, dass Rogers überwiegend auf nicht-direktive Weise innerhalb des Bezugsrahmens der Klientin reagiert, nicht in seinem Bezugsrahmen. In 76 % seiner empathischen Reaktionen benutzt er keine gefühlsbeschreibenden Wörter, sondern beschreibt eine Situation oder einen Bezug zum Selbst der Klientin, also die subjektive Aktivität oder Reaktivität der Person. Der Teil der Reaktionen, der sich auf Gefühle bezieht, ist von einer außerordentlichen Vielfalt von Begriffen gekennzeichnet, die überwiegend Schmerz, Furcht und Trauer betreffen (Brodley & Brody, 1990). In Deutschland wurde lange Zeit die Paraphrasierung der Äußerungen der Klientin unter Akzentuierung des affektiven Teils der Aussage mit der Gesprächspsychotherapie gleichgesetzt (Minsel, 1974; Tausch, 1974). Man ging davon aus, dass die „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (VEE)“ zu einer größeren Toleranz sich selbst und den eigenen

Gefühlen gegenüber führe. Die affektive Beteiligung der Klientin sei ein Gütekriterium für die subjektive Bedeutsamkeit des Inhalts. Empathisches Verstehen, das sich auf die Konzeption beschränkt, gefühlte Erlebnisinhalte der Klientin zu versprachlichen, bleibt jedoch oberflächlich. Rogers bezeichnete daher VEE, eine Variable, die nur in Deutschland beforcht wurde, als „wooden and mechanical operation“ (Rogers, 1985, persönliche Mitteilung). Auch Sanders (2006) sieht VEE als instrumentalisierte Empathie an. Klientenzentrierte Psychotherapie sei jedoch eher eine Werthaltung der Therapeutin („a way of being“ sensu Rogers).

Sachse (1999) beschreibt hingegen differenzierte Handlungsmöglichkeiten, mit denen eine empathische therapeutische Beziehung bei personspezifischen Interventionen reflektierend aufgebaut werden kann: Vertiefende Fragen, die den Bedeutungsgehalt prüfen; Fokus auf das Hier und Jetzt; Aktives Bemühen, Suchen, Nachdenken der Therapeutin; Ausmaß der inneren Anteilnahme; Spezifizierung, d.h. Lenkung vom Allgemeinen zum Besonderen, bzw. vom Unbestimmten zum Konkreten; Herstellen eines größeren Problemzusammenhangs; Ansprechen von Beziehungen der Klientinnen zu anderen Personen oder der Therapeutin.

Die Ausführungen Sachses konkretisieren Klientenzentrierte Interventionsfertigkeiten in praxisrelevanter Weise. Einige weitere Interventionsempfehlungen seien hier ergänzt: Kurze Sätze (drei bis fünf Worte) als Therapeutenäußerungen; Vermeidung von Substantiven und Fremdwörtern (führen in die Kognitionen); „check responses“, d.h. das Verstandene mit eigenen Worten als indirekte Frage zurückgeben; der Klientenäußerung nichts hinzufügen oder weglassen (Vollständigkeit); stellvertretende Ich-Botschaften; Konzentration auf die Bedeutung des Gesagten im Referenzrahmen der Klientin, nicht auf den Inhalt (Weinberger, 2004; Finke, 1999, 2004) sowie Selbstöffnung der Therapeutin zur Vermittlung alternativer Sichtweisen oder korrigierender Beziehungserfahrungen; Gleichverteilung der sprachlichen Aktivität zwischen Therapeutin und Klientin; Aufgreifen von Diskrepanzen zur Erhöhung des Selbstexplorationsniveaus.

Generell kann man sagen, dass es keine Vorschriften im Sinne einer Therapietechnik gibt, sondern „die Möglichkeiten, empathisch zu sein, sind streng genommen unendlich groß. [...] Wie [...] ein Therapeut seine Empathie ausdrückt, ist sehr variabel und hängt vom Klienten, vom Kontakt, vom gerade behandelten Inhalt, usw. ab“ (Sachse, 1999, S. 37). Das Gleiche gilt natürlich auch für die Akzeptanz der Klientin und die Selbstkongruenz der Therapeutin. Der reflektierende „check response“ der Therapeutin ist also stets ein kreativer und gleichzeitig sehr disziplinierter Akt.

1.4.4 Weiterentwicklungen und Innovationen innerhalb der GT

Im vorausgehenden Kapitel (1.4.3) wurden Interventionsfertigkeiten („listening skills“) vorgestellt, die im Laufe der Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie erforscht wurden. Sie sind nicht zu verwechseln mit solchen Interventionsmethoden, die sich aus einer Vielzahl von theoretischen und feldspezifischen Weiterentwicklungen des Ansatzes ableiten lassen. Deren ausführliche Beschreibung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Sie sollen daher der Vollständigkeit halber hier nur aufgelistet werden.

Bei den Weiterentwicklungen handelt es sich vor allem um:

- den klassischen, von Carl R. Rogers entwickelten Personzentrierten Ansatz, der sich schwerpunktmäßig mit Beziehung und Interaktion befasst (Rogers, 1983, 2000, 2002, Schmid, 1994, 1996; Frenzel, 1992; Haugh & Merry, 2001; Wyatt, 2001; Bozarth & Wilkins, 2001; Wyatt & Sanders, 2002)
- Prozessorientierte oder Prozessdirektive Klientenzentrierte Psychotherapie (Swildens, 1991, 2007)
- Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg et al., 2003, 2005; Bischof & Greenberg, 2007)
- Erfahrungsaktivierende Methoden, z.B. Experiencing und Focusing (Gendlin, 1994, 1998a & b; Gendlin & Wiltschko, 1999; Wiltschko, 2007; Feuerstein, 2005; Feuerstein & Müller, 2000)
- Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse, 1999)
- Differentielle, störungsspezifische oder problemorientierte Klientenzentrierte Psychotherapie (Teusch & Finke, 1993)
- Personzentrierte Systemtheorie (Kriz, 2003, 2004)
- Klinisch-psychologische Ansätze, die Entwicklungspsychologie und Psychopathologie sowie schwere psychische Störungen einschließen (Teusch, Finke & Gastpar, 1994; Prouty, 1994; Binder, 2007; Sachse, 2007; Finke & Teusch, 2007a, 2007b)
- Erlebniszentrierte Methoden, z.B. Traum- oder Körperarbeit, oder die Einbeziehung kreativer Medien (Schmid, 1994, 1996)
- spezielle Anwendungsbereiche wie Kinder und Jugendliche (Boeck-Singelmann, 2002a, 2002b; Reisel & Fehring, 2002; Fehring, 2006; Behr, 2007), Gruppen/Familien (Schmid, 1994, 1996), Erziehung (Schmidt-Falck, 2004), Altern (Swildens, 2006), Trauma und Sterbebegleitung, Krisenintervention (Pörtner, 2005)

Pars pro toto werden aus den genannten Weiterentwicklungen einige ausgewählt, deren Interventionsfertigkeiten heute als „Handwerkszeug“ Klientenzentrierter Psychotherapeutinnen in der Praxis selbstverständlich sind. Sie stellen eine innovative, differentielle und störungsspezifische Kompetenzerweiterung dar und ermöglichen es, auf ein erweitertes Klientel einzugehen und nonverbale, bzw. paraverbale Merkmale von Interaktionsprozessen aufzugreifen.

So bemüht sich beispielsweise Prouty (1994; Prouty, Pörtner & VanWerde, 1998) um geistig und psychisch mehrfach behinderte Menschen, für deren Symbolisierungen Sprache wenig Bedeutung hat. Er beschreibt deren Erleben als präexpressiv und präverbal und erarbeitete verschiedene Interventionsfertigkeiten, die diese Menschen aus ihrer inneren Isolation in einen Kontakt führen können: Check responses können in situational reflections, facial reflections, word by word reflections, body reflections und reiterative contact bestehen. Die Psychotherapeutin greift also reflektierend die kommunikative Situation im Hier und Jetzt auf, den Gesichtsausdruck der Klientin, wiederholt deren Aussagen wörtlich, kommentiert ihre Körperhaltung und wiederholt Aussagen, die zuvor zu einem irgendwie gearteten Kontakt zwischen beiden führten (sei er durch Blicke oder andere körperliche Zeichen oder durch Sprache erfolgt). Diese Fertigkeiten können trainiert werden und auch bei Klientinnen Anwendung finden, die über ein höheres interaktives Funktionsniveau verfügen.

Gendlin (1998a, 1998b) und im deutschsprachigen Raum Wilschko (Gendlin & Wilschko, 1999) sowie Feuerstein und Müller (2000) explizierten mit dem Focusing-Vorgehen Möglichkeiten, körperlich gefühlte Bedeutungsinhalte, die beispielsweise für psychosomatisch erkrankte Menschen sonst unverständlich bleiben, dem Erleben und Verstehen zugänglich zu machen. Dabei soll die implizite Bedeutung („Felt Meaning“ oder „Felt Sense“) eines ganzheitlichen Erlebens, mit dem eine komplexe Lebenssituation vage und damit unklar symbolisiert wird, dem Bewusstsein zugänglich gemacht und in ihrer fehlenden Bedeutung durch den „Felt Shift“ dekodiert werden, damit sie sprachlich zugänglich und veränderungsrelevant wird.

Darüber hinaus werden in der neueren Forschung prozessspezifische Interventionsformen beschrieben (Elliott et al., 2004a; Greenberg, 2001; Speierer, 1994). Diese berücksichtigen generelle Besonderheiten im Verlauf von Veränderungsprozessen (Anfang, Mitte, Ende einer Therapie), aber auch eine störungsbezogene (differentielle) Interventorik (Finke, 2004). So wird man beispielsweise eine Borderline-Klientin erst in einer mittleren Thera-

piephase mit der erregungsreduzierenden Funktion ihres selbstschädigenden Verhaltens in einer Weise konfrontieren können, die diese motiviert, Verhaltensalternativen zu entwickeln, ohne sich in ihrer Identität bedroht zu fühlen und deshalb die Therapie abzubrechen.

1.4.5 Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie

Carl Rogers wird von verschiedenen Autoren als ein „Pionier“ der Psychotherapieforschung bezeichnet (z.B. Elliott, 2002). Er zeichnete als erster Psychotherapiegespräche auf Tonträger auf, um Psychotherapie einer empirischen Beforschung zugänglich zu machen. Ende der 1940er und zu Beginn der 1950er Jahre publizierte er gemeinsam mit seinen Kollegen einige der ersten kontrollierten Therapiestudien. In den USA erlahmten die Forschungstätigkeiten später jedoch und nahmen erst seit den 1990er Jahren zu (Elliott, 2002). In Europa hingegen, besonders in Deutschland, war seit den 1970er Jahren eine aktive empirische Forschung festzustellen (Tausch & Tausch, 1990; Schmidt & Keil, 2001; Kriz & Slunecko, 2007).

Grawe und seine Kolleginnen (1995) haben Metaanalysen empirischer Studien zur Wirksamkeit von insgesamt 42 verschiedenen Therapierichtungen und -methoden durchgeführt. Zur Beurteilung der Klientenzentrierten Therapie gingen 35 Studien in die Untersuchung ein, in denen vor allem Klientenzentrierte Therapie in „Reinform“ praktiziert wurde. Das Spektrum der behandelten Störungsbilder war breit angelegt („neurotische“ Patientinnen, Alkoholikerinnen, Schizophrene, Krebspatientinnen, u.a.), die Therapiedauer erstaunlich kurz (durchschnittlich unter 20 Sitzungen). Grawe bescheinigt der Klientenzentrierten Therapie nach einer Übersicht über die Befunde eine „sehr überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit“ (Grawe et al., 1995, S. 134). Er bezeichnet die Ergebnisse vor allem vor dem Hintergrund der Breite des Störungsspektrums, bei dem die Klientenzentrierte Therapie angewendet wurde, und der relativ kurzen Therapiedauer als bemerkenswert. Die Ergebnisse von drei Studien weisen laut Grawe auf eine bessere Wirkung der Klientenzentrierten Therapie gegenüber der Psychoanalyse hin. Im Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Interventionen schneidet die Klientenzentrierte Psychotherapie jedoch in den von Grawe ausgewählten Studien überwiegend schlechter ab. Dieser folgert daraus eine Unterlegenheit der Klientenzentrierten Therapie gegenüber verhaltenstherapeutischen Techniken. Dieses Urteil beeinflusste das Ansehen und den Stellenwert der Klientenzentrierten Therapie nachhaltig. In aktuellen Lehrbüchern der klinischen Psychologie (z.B. Davison & Neale, 2007) wird Grawes Befund nach wie vor als aktueller Stand der wissenschaftlichen Forschung vermittelt, obwohl zwischenzeitlich methodische Mängel an seiner Vorgehenswei-

se kritisiert werden und zahlreiche weitere Untersuchungen seinen Ergebnissen widersprechen (Tschuschke, 2005b).

Elliott (2002) bezog in einer Meta-Analyse explizit auch Studien ohne Kontrollgruppe mit ein, um die an RCT-Studien geäußerte Kritik (siehe 1.2) zu berücksichtigen. Er weist darauf hin, dass die Ergänzung von Meta-Analysen durch Prä-Post-Test-Studien unter realistischen Therapiebedingungen zu aussagekräftigeren Ergebnissen führt. Die Meta-Analyse umfasste insgesamt 86 Studien mit 99 Therapiebedingungen. Davon waren 31 Studien kontrollierte Untersuchungen mit Kontrollgruppen, die keine Behandlung erhielten (Warteliste) und 41 vergleichende Studien, in denen humanistische Verfahren mit nicht-humanistischen verglichen wurden, oder in denen verschiedene humanistische Verfahren untereinander verglichen wurden. Demnach handelte es sich bei einem Großteil der Studien um kontrollierte Untersuchungen.

Über alle Studien hinweg erreichte die Klientenzentrierte Therapie in Elliotts (2002) Metaanalyse eine mittlere Effektstärke von 1.06 bei einer durchschnittlichen Dauer von 21.9 Sitzungen. Im Vergleich mit reinen Wartelisten-Kontrollgruppen betrug die mittlere Effektstärke noch .99, was die grundsätzliche Wirksamkeit der Therapie belegt. Im Vergleich mit nicht-humanistischen Verfahren zeigte sich über 48 Vergleiche hinweg im Mittel kein Unterschied. Bei einem direkten Vergleich mit der kognitiv-behavioralen Therapie ergaben sich zunächst tatsächlich Unterschiede, die für eine bessere Wirksamkeit der Verhaltenstherapie sprechen. Diese verschwanden jedoch, nachdem die Zugehörigkeit der Forscher zur Therapieform statistisch kontrolliert wurde.

Insgesamt sprechen die berichteten Daten für die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie und gegen deren Unterlegenheit gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie. Die vergleichbare Wirksamkeit von GT und VT wurde auch in deutschen und neueren englischsprachigen Studien belegt (z.B. Grawe & Plog, 1976; Arnold, 1993; Teusch et al., 2001; Stiles et al., 2006). Neuere Meta-Analysen unterstützen die Ergebnisse von Elliott (2002, Elliott et al., 2004b; Biermann-Ratjen et al., 2003).

Frohburg (2004c) berichtet in einer Übersichtsarbeit über Langzeiteffekte der GT. Sie wertete 40 Studien aus, die katamnestic Erhebungen von ca. 2000 Patientinnen enthalten. Dabei handelte es sich in $\frac{3}{4}$ der Fälle um Studien zu ambulanten Psychotherapien, bei den übrigen um Studien unter stationären oder teilstationären Bedingungen. Mit einer Ausnahme wurde in allen Studien eine signifikante Aufrechterhaltung der Therapieeffekte zum Katamnesezeitpunkt konstatiert (in 90 % der Studien nach 1 Jahr, 10 % > 1 Jahr). In der

Hälfte der Studien waren sogar weitere Verbesserungen im Katamnesezeitraum zu verzeichnen.

Eine Reihe von Studien konnte außerdem zeigen, dass die Klientenzentrierte Methode anderen Behandlungen (zumindest in bestimmten Bereichen) sogar überlegen ist. So fanden Teusch und Kollegen (2003) einen größeren Therapieerfolg bei affektiv gestörten, stationär behandelten Patientinnen, die lediglich GT ohne zusätzliche Medikation erhalten hatten, im Vergleich zu Patientinnen mit zusätzlicher Medikation. Watson und Kollegen (2003) fanden in einer Stichprobe depressiver Patientinnen eine bessere Reduktion der interpersonellen Problematik bei den mit GT behandelten Patientinnen im Vergleich zu einer mit VT behandelten Patientinnenstichprobe.

Dass auch Studien, die die Wirksamkeit der Therapie unter realistischen Bedingungen untersuchen, zu positiven Ergebnissen kommen, ergänzt die positiven Ergebnisse der RCT-Studien zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Methode. So untersuchten beispielsweise Eckert und Kollegen (2000) die langfristigen Effekte einer 100-stündigen ambulanten Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie mit Patientinnen mit unterschiedlichen Störungen auf die borderlinespezifische Symptomatik bei 14 Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Borderline-Symptomatik der Patientinnen wurde vor und nach der Therapie anhand des diagnostischen Interviews für Borderline-Patienten (DIB) von Eckert et al. (1987) beurteilt. Die Therapie dauerte im Durchschnitt 1,5 Jahre. Die Katamneseuntersuchung erfolgte nach ca. 2,5 Jahren. Die Ergebnisse zeigen eine Reduktion der borderlinespezifischen Symptomatik in 4 von 5 Bereichen des DIB (Impulskontrolle, Affekte, psychotische Symptome und zwischenmenschliche Beziehungen), sowie dem Gesamtwert zum Katamnesezeitpunkt. Im Vergleich zu einer depressiven (N = 16) und einer schizophrenen (N = 13) Kontrollgruppe, die zur differentialdiagnostischen Abgrenzung ebenfalls untersucht worden waren, wiesen die Borderline-Patientinnen einen insgesamt stärkeren Rückgang borderlinespezifischer Symptomatik auf (bei selbstverständlich deutlich höheren Ausgangswerten). Hier ist zu kritisieren, dass von den Patientinnen der Kontrollgruppen nur ein Teil in die Gruppenpsychotherapie einbezogen wurde (7 Depressive, 5 Schizophrene) während die übrigen Patientinnen eine psychiatrische Standardbehandlung erhielten, wodurch die Vergleichbarkeit der Gruppen deutlich eingeschränkt ist. Kritisch erscheint zudem die sehr geringe Anzahl an untersuchten Patienten. Dennoch legen die in allen Bereichen hohen bis sehr hohen Effektstärken (anhand der publizierten Daten berechnet) einen Therapieerfolg nahe: Impulskontrolle: $ES = .87$; Affekte: $ES = 1.82$; psy-

chotische Symptome: ES = 3.1; zwischenmenschliche Beziehungen: ES = 0.8; DIB-Gesamtwert: ES = 2.9.

Böhme und Teusch (2006) geben einen Überblick über eine Reihe von Wirksamkeitsnachweisen für ein gesprächspsychotherapeutisches Behandlungskonzept einer Universitätspsychiatrie. In die Untersuchung wurden insgesamt 371 Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern (Depression, Angst, Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen) einbezogen. Die Behandlungsdauer lag bei 10-12 Wochen. Es erfolgten standardisierte diagnostische Erhebungen zu Behandlungsbeginn und -ende, sowie 1 Jahr nach Entlassung (Rücklaufquoten abhängig vom Erfolgsmaß zwischen 56 % und 96 %). Als Maße dienten die Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) als Messinstrument für Depressivität, sowie das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) und der Gießen-Test (GIESS). In allen Maßen konnte eine signifikante Verbesserung der Werte gezeigt werden. Für die Reduktion der Symptomatik gemessen mit der BRMES wird eine Effektstärke von 0.93 angegeben. Vergleiche der reinen gesprächspsychotherapeutischen Behandlung mit Kontrollgruppen, die entweder zusätzlich verhaltenstherapeutisch (Exposition) oder medikamentös (antidepressive Medikation) behandelt wurden, ergaben keine zusätzlichen Therapieeffekte auf der Symptomebene. Stattdessen wurden eher negative Zusatzeffekte berichtet, wie geringere positive Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene, gemessen anhand der Skalen des FPI-R, bei symptomorientierter verhaltenstherapeutischer Zusatzbehandlung, oder verzögerte Auseinandersetzung mit Konflikten bei zusätzlicher Medikamenteneinnahme.

Beide exemplarisch dargestellten Studien weisen auf die Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie unter realistischen Bedingungen hin. Elliott (2002) fordert in der Praxis arbeitende Therapeutinnen auf, Wirksamkeitsforschung mit ihren eigenen Klientinnen zu betreiben. Derartige Studien seien ein wichtiger Weg, ein besseres Verständnis für die Anwendung und Ergebnisse der humanistischen Therapien zu gewinnen.

*Gern erkenn ich an, du willst mein Wohl;
allein verlange nicht,
dass ich auf deinem Weg es finden soll!*

J.W. von Goethe

1.5 Kognitive Verhaltenstherapie

Im vorangegangenen Abschnitt wurde die Klientenzentrierte Psychotherapie in den Aspekten beschrieben, die für die hier untersuchte therapeutische Arbeit wesentlich sind. Im Folgenden werden die Ausschnitte der Kognitiven Verhaltenstherapie charakterisiert, deren Methoden ebenfalls in dieser Praxis appliziert werden. Das hier angewandte Verständnis einer integrativen Psychotherapie soll abschließend in Kapitel 1.6 behandelt werden.

1.5.1 Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie

Laut einer Definition von Margraf (1996, S. 3) ist unter Verhaltenstherapie Folgendes zu verstehen: „Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/ oder aufrechterhaltenen Problemänderungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern.“

Diese Definition wurde vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie in seiner Stellungnahme zur Verhaltenstherapie im Internet (Margraf & Hoffmann, 2003) nahezu unverändert übernommen und kann daher als „state of the art“ bei der Anwendung der Methode angesehen werden. Sie wird dort ergänzt durch folgenden Zusatz: „Zu den Grundprinzipien der Verhaltenstherapie gehören Problemorientierung, Zielorientierung, Handlungsorientierung, Transparenz, Hilfe zur Selbsthilfe, Überschreiten des therapeutischen Settings sowie das Bemühen um empirisch fundierte Weiterentwicklung.“

Diese Definition fasst den Begriff Verhaltenstherapie sehr weit. Sie betont die Verankerung der VT in der empirischen Psychologie und deren Grundsatz, ihre Wirkung immer

wieder aufs Neue zu überprüfen. Ebenso wird deutlich, dass es sich nicht um ein einzelnes Verfahren handelt, sondern um eine Gruppe von verschiedenen „störungsspezifischen und -unspezifischen“ Methoden, die jedoch alle mit dem Ziel eingesetzt werden, die Variablen zu beeinflussen, die das Verhalten und Erleben bedingen. Schulte (1999, S. 45) schreibt hierzu: „VT war von Anfang an ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von unterschiedlichen therapeutischen Verfahren. Gemeinsame Basis dieser Methoden sollte die Orientierung an den Lerntheorien sein. [...] Es sind Verfahren, durch die nicht die „Persönlichkeit“, sondern Verhaltensweisen, einschließlich kognitiver, emotionaler und körperlicher Reaktionen, aufgebaut, reduziert und modifiziert werden.“

Kriz kritisiert, dass Definitionen wie die von Margraf zu weit gefasst seien, um die Verhaltenstherapie allein zu charakterisieren. Da auch die Personzentrierte Psychotherapie „sowohl auf empirisch intensiv erforschtem und abgesichertem psychologischen Störungs- und Interventionswissen beruht als auch ihre Wirksamkeit in zahlreichen empirischen Studien belegt hat“, wäre einer solchen Definition gemäß auch diese „als ‚Verhaltenstherapie‘ zu bezeichnen“ (Kriz, 2001, S. 107). Dies bringt zum Ausdruck, wie schwer eine genaue Eingrenzung der Verhaltenstherapie fällt. Darauf verweist auch Wassmann (2006a), der betont, es gäbe keine allgemein anerkannte Definition von Verhaltenstherapie. Die unterschiedlichen Strömungen machten es in den Anfängen ebenso wie heute schwierig, die Frage zu beantworten, worum es sich bei „der“ Verhaltenstherapie eigentlich handelt. Es lässt sich nicht sagen, wer den Begriff „Verhaltenstherapie“, der sich heute allgemein durchgesetzt hat, als erster prägte (Margraf, 1996). Fydrich und Kommer (2004, S. 36) zufolge wurde er 1958 „von Wolpe und Eysenck erstmals systematisch verwendet“.

Auch wenn es neben allen Unterschieden Annäherungspunkte und Gemeinsamkeiten gibt, erscheint eine Gleichsetzung der Verhaltenstherapie mit der Klientenzentrierten Psychotherapie angesichts der unterschiedlichen Störungskonzepte (siehe 1.5.2) jedoch unangemessen.

Historisch betrachtet beginnt auch die Geschichte der Verhaltenstherapie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und kann ebenso als eine Abgrenzung gegenüber der damals vorherrschenden Psychotherapientradition der Psychoanalyse verstanden werden wie der Personzentrierte Ansatz. Während jedoch mit der Klientenzentrierten Psychotherapie in der Regel vor allem Rogers als ihr Gründer assoziiert wird, gibt es in der Verhaltenstherapie keine herausragende „Gründerpersönlichkeit“ (Kanfer & Schmelzer, 2005).

Vielmehr lässt sich die Entwicklung der Verhaltenstherapie in drei Hauptphasen untergliedern, in denen jeweils andere Wissenschaftler besondere Bedeutung erlangten. Diese Phasen werden an dieser Stelle nur kurz skizziert; eine Ausführung der für die untersuchte Praxis relevanten Theorien und der daraus abgeleiteten Interventionsfertigkeiten erfolgt in den Kapiteln 1.5.3 und 1.5.4:

1. Der Behaviorismus:

Die Wurzeln der Verhaltenstherapie liegen in vereinzelt Studien der 1920er Jahre, die als Vorbereitung ihrer späteren kontinuierlichen Entwicklung angesehen werden können. Watson war als Begründer des Behaviorismus darum bemüht, die Forschung auf beobachtbares Verhalten zu konzentrieren und sich die Prinzipien der Naturwissenschaften zueigen zu machen. Die inneren Prozesse im Menschen wurden explizit ausgeklammert, da sie nicht objektivierbar seien (Kriz, 2001). Watson erforschte u.a. das Prinzip der klassischen Konditionierung. Andere Autoren (z.B. Mary Cover Jones) entwickelten erste Ansätze zur systematischen Desensibilisierung (Margraf, 1996). Nach diesen frühen Verhaltensstudien wurde die VT in der Mitte des letzten Jahrhunderts zu einer größeren Bewegung. Deren hauptsächlichen Vertreter waren Wolpe (Südafrika), Eysenck (England) und Skinner (USA), die fast zeitgleich, jedoch unabhängig voneinander, Untersuchungen zu lernpsychologischen Erklärungen der Entstehung von psychischen Störungen durchführten und zu Ansätzen ihrer Behandlung. Die Ergebnisse dieser Forschung wurden in der Folge auf die Praxis übertragen (Margraf, 1996).

2. Die Kognitive Verhaltenstherapie:

Während sich die Vertreter der klassischen Lerntheorien explizit nur auf beobachtbares Verhalten konzentrierten, hat die VT mit der so genannten „kognitiven Wende“ in den 1970er Jahren eine deutliche Erweiterung erfahren, die letztendlich zur so genannten „kognitiven Verhaltenstherapie“ geführt hat. Dabei können die Arbeiten von Bandura zum Modelllernen als ein Auslöser dieser Wende angesehen werden (Margraf, 1996). In seinen Studien zeigte sich, dass zu einer befriedigenden Erklärung menschlichen Verhaltens die Berücksichtigung kognitiver Prozesse unabdingbar ist. Mit der expliziten Betonung der Bedeutung von Kognitionen für die Therapie sind u.a. A. Ellis und A. T. Beck schwerpunktmäßig verknüpft. In der

Folgezeit wurden spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien für die Mehrzahl der psychischen Störungen entwickelt.

3. Achtsamkeitsbasierte VT:

Nach der kognitiven Wende wurde zunehmend die Rolle des inneren Erlebens für die Therapie erkannt. Der Fokus wendete sich von einer ausschließlichen Konzentration auf Veränderung oder Neu-Lernen hin zur Achtsamkeit für ein nicht wertendes Erleben im augenblicklichen Moment und dessen Akzeptanz. Eine solche Bewusstwerdung führe zu einer Verhaltensaktivierung. Hauptvertreter dieses Ansatzes sind Kabat-Zinn (2001), Linehan (1996) und Hayes (2004).

1.5.2 Konzepte der Verhaltenstherapie

Auch wenn die Versuche, eine allgemein anerkannte Definition von Verhaltenstherapie zu formulieren, wenig erfolgreich waren und sind, lassen sich dennoch einige Prinzipien und Merkmale formulieren, die den Methoden der VT zugrunde liegen und das Wesen dieser Therapierichtung kennzeichnen (siehe dazu z.B. Wassmann, 2006a und Margraf, 1996).

Das **Störungsmodell** der Verhaltenstherapie unterscheidet sich sowohl von dem oben beschriebenen Modell der Klientenzentrierten Therapie, als auch vom Krankheitsverständnis des im Gesundheitswesen etablierten medizinischen Modells. Im medizinischen Krankheitsmodell werden psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten als Symptome einer zugrunde liegenden organischen Erkrankung aufgefasst, z.B. einer Stoffwechselstörung im Gehirn (Reinecker et al., 2004). Demgegenüber sieht die Verhaltenstherapie in diesen Symptomen Probleme, die analysiert werden müssen. Sie sind „Probleme zwischen einem Ist-Zustand und einem Soll-Zustand [...] Die Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand wird durch spezifische Bedingungen des Problems verursacht, die es herauszuarbeiten gilt. Aus diesen spezifischen Bedingungen wiederum werden Veränderungsstrategien abgeleitet. Die Therapie ist demnach ein Problemlöseprozess“ (Wassmann, 2006a, S. 9).

Wesentlich für das verhaltenstherapeutische Verständnis von psychischen Störungen sind das Prinzip des **Lernens** und die **Kontinuitätsannahme**. Nach Reinecker (1999, S. 88) lässt sich folgendes „Credo“ der Verhaltenstherapie formulieren: „Menschliches Verhalten ist in wesentlichen Aspekten *gelernt*, kann also auch ver-, um- oder *neu* gelernt werden!“ (kursiv im Original, Anm. der Autorin). Die Verhaltenstherapie fußt demnach auf der Grundannahme, dass gestörtes, abweichendes oder angemessenes Verhalten auf dieselbe Weise gelernt und wieder verlernt werden kann. Die Festlegung, wann ein Verhalten als

gestört, bzw. noch als normal angesehen wird, hängt dabei nicht allein vom Verhalten an sich, sondern in erheblichem Maße von gesellschaftlichen Normen ab (Reinecker, 2005b). Anders als nach dem medizinischen Verständnis, unterscheidet sich hier der kranke nicht qualitativ vom gesunden Zustand. Ob ein Verhalten als pathologisch anzusehen ist, wird z.B. durch die Intensität, Häufigkeit, die Umstände und das soziale Umfeld, unter denen es auftritt, bestimmt (Reinecker et al., 2004).

Die Verhaltenstherapie rückt also das konkrete Verhalten in einer aktuellen Situation in den Fokus der Betrachtung und versteht die Beschwerden einer Patientin nicht als Ausdruck einer zugrunde liegenden Störung (**Problemorientierung**). Dabei wird der Begriff „Verhalten“ mittlerweile weit gefasst und beinhaltet sowohl äußerlich beobachtbares Verhalten, als auch innere Prozesse wie Kognitionen, Emotionen und physiologische Vorgänge (Reinecker, 2005b). Sie beschäftigt sich dennoch auch mit Situationen und Umständen der Lebensgeschichte, die für die Entstehung des Problems verantwortlich sein könnten. „Verhaltenstherapie kann jedoch nur an denjenigen Bedingungen ansetzen, die mit dem Problem in der Gegenwart funktional verknüpft sind.“ (Reinecker, 2005a, S. 11). Hierbei wird zwischen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen unterschieden (**Bedingungsorientierung**). Diese Bedingungen werden in der so genannten „**Verhaltens- oder Problemanalyse**“ analysiert, indem sie systematisch dargestellt und beschrieben werden. Die Verhaltensanalyse stellt ein wesentliches Handwerkzeug der verhaltenstherapeutischen (**Störungs-)**Diagnostik dar (Reinecker, 1999). Allerdings gibt es eine Reihe verschiedener Analysemodelle, die sich jeweils geringfügig unterscheiden (Wassmann, 2006b). Pars pro toto wird hier das Modell von Sulz (1991) dargestellt.

S	O	R	K
Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenzen

Abbildung 2: Verhaltensgleichung (nach Sulz, 1991)

Die Ermittlung der ursächlichen, bzw. auslösenden Bedingungen ermöglicht unter Umständen deren Veränderung (Schulte, 1999). Verhalten (R) wird jedoch nicht nur durch eine auslösende Situation (S) bedingt, sondern kann ebenso durch die darauf folgenden Konsequenzen (K, siehe operante Konditionierung) aufrechterhalten werden. Eine weitere bedeutsame Komponente stellen die Organismusvariablen (O, prädispositionelle Bedingungen) dar. Dabei handelt es sich um eine Vielzahl relativ konstanter Merkmale der Person,

die das Verhalten moderieren. Darunter fallen sowohl der körperliche Zustand des Individuums als auch Glaubenssätze, Erwartungen oder biographische Ereignisse (etc.) (Sulz, 1991).

Die einzelnen Elemente der Bedingungsanalyse bestehen jedoch wiederum aus verschiedenen Ebenen. So wird das Verhalten (R) in motorische, physiologische, kognitive und emotionale Reaktionen unterteilt, die möglichst genau beschrieben werden sollen (Sulz, 2000).

Um eine Verhaltensänderung zu erreichen, setzen die Interventionen der VT in der Regel an den aufrechterhaltenden Bedingungen an, die zumeist leichter beeinflusst werden können als die auslösenden (Margraf, 1996).

Die Identifikation und Analyse der aktuellen Beschwerden der Patientinnen stellen die Grundlage für die Festlegung konkreter Therapieziele dar, die durch die Therapeutin und die Patientin gemeinsam vereinbart werden (**Zielorientierung**). Diese Ziele strukturieren die therapeutische Arbeit (Hoffmann, 2000). Da die VT sich nicht als einsichtsorientiertes Verfahren versteht, geht es bei der Behandlung mehr um konkretes Probehandeln und das Erlernen von neuen Verhaltens- und Problemlösestrategien (**Handlungsorientierung**). Dabei stellt die aktive Mitarbeit der Patientin eine unabdingbare Voraussetzung dar (Margraf, 1996). In der Therapie erworbene Fertigkeiten sollen zudem in den Alltag der Patientin übertragen werden, indem Patientinnen auch ohne therapeutische Begleitung zu Hause und in ihrem sozialen Umfeld neues Verhalten ausprobieren bzw. einüben (Selbstkontrolle). „Das Ziel ist nicht vollständige „Heilung“ oder Freisein von sämtlichen Beschwerden; vielmehr sollen Patientinnen einen Grad subjektiven Wohlbefindens erreichen, der sie zufrieden stellt und der auch von der jeweiligen sozialen Umgebung akzeptiert werden kann“ (Kanfer & Schmelzer, 2005).

Diese Vorgehensweise erfordert ein hohes Maß an **Transparenz** und Offenheit gegenüber den Patientinnen. Klientinnen sollen in die Therapieplanung aktiv einbezogen werden und Verantwortung für ihren Therapieprozess übernehmen. „Die heutige Verhaltenstherapie stellt das Ziel der Selbststeuerung von Menschen an oberste Stelle“ (Kanfer & Schmelzer, 2005, S. 27). Sie wird auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Margraf, 1996, S. 5) beschrieben.

Die Entwicklung von Autonomie und Selbstbestimmung hat demnach in der VT ebenso wie in der GT einen hohen Stellenwert. Die Vorstellung von Verhaltenstherapeutinnen, wie dieses Ziel zu erreichen ist, unterscheidet sich allerdings wesentlich von der von Gesprächspsychotherapeutinnen. Die Verhaltenstherapeutin geht davon aus, dass sie als pro-

fessionelle Begleiterin die Schritte des optimalen Vorgehens zur Lösung der Probleme der Patientin kennt (Kanfer & Schmelzer, 2005). Ihre theoretischen Vorstellungen darüber, wie Menschen Verhalten erlernen, und Diagnosehilfsmittel (z.B. Verhaltensanalyse) helfen ihr, zu verstehen, wie ein Problem entstanden sein könnte und vor allem wie es aufrechterhalten wird. Ihre Aufgabe ist es daher, der Patientin die notwendigen Kenntnisse/ Informationen zu vermitteln, damit diese ihre Störung verstehen kann. Daraus leitet die Therapeutin eine Reihe von Techniken und Methoden ab, mit denen die Patientin ihr bisheriges Verhalten ändern und ihre Symptome abbauen kann. Laut Hautzinger (2000, S. 41) wird das verhaltenanalytische Vorgehen durch drei Fragen geleitet:

- „ - Welche spezifischen Verhaltensweisen bedürfen einer Veränderung in ihrer Auftrittshäufigkeit, ihrer Intensität, ihrer Dauer oder bezüglich der Bedingungen, unter denen sie auftreten? (Zielbestimmung)
- Unter welchen Bedingungen wurde dieses Verhalten erworben, und welche Faktoren halten es momentan aufrecht? (Bedingungsanalyse)
- Welches sind die geeigneten Interventionen, die die angestrebten Veränderungen bei dieser Person bewirken können? (Behandlungsauswahl)“

Dies macht deutlich, dass die Verhaltenstherapie ein anderes **Menschenbild** zugrunde legt als die Gesprächspsychotherapie, auch wenn beide sich heute vermutlich näher stehen als vor der kognitiven Wende. Der Mensch in der kognitiven Verhaltenstherapie ist in der Lage, zu denken, zu planen und sich selbst zu steuern (Wassmann, 2006a), d.h. er reagiert nicht nur auf die Umwelt, sondern gestaltet sie auch (Reinecker, 2005a). Kanfer und Schmelzer (2005, S. 26) sprechen von einem „nach Autonomie und Selbstverantwortung strebenden Menschen“. (Ausführliche Überlegungen zum Menschenbild in der Verhaltenstherapie finden sich in Parfy et al., 2003.) Dieser Mensch funktioniert nach bestimmten Lernmechanismen, die ihm nicht unbedingt bewusst sind, die aber im Rahmen der Therapie bewusst gemacht und genutzt werden können, um Verhalten zu verändern.

Zentrale Lernmechanismen, die von der Psychologie beforscht wurden, sind zunächst die klassische – von Pawlow erforschte – und die operante Konditionierung (sowie deren Kombination im 2-Faktoren Modell von Mowrer), das Modelllernen sowie kognitive Modelle (v.a. Ellis und Beck).

Bei der **Klassischen Konditionierung** tritt ein ursprünglich neutraler Reiz an die Stelle eines unconditionierten Reizes (UCS) und kann eine ähnliche Reaktion (CR) wie dieser

hervorrufen (Stimulussubstitution). Dieses Grundprinzip der Verknüpfbarkeit zeitlich und räumlich gekoppelter Reize oder Situationen findet auch heute noch Verwendung zur Erklärung der Entstehung von Angstreaktionen und vor allem zu deren Beseitigung (Reinecker, 2005b). Bestimmte Reize sind eher zu einer Konditionierung geeignet als andere (Modell der Preparedness von Seligman, Reinecker, 1999).

Während für die Vertreter der klassischen Konditionierung situative Auslöser als wesentliche Determinanten des Verhaltens galten (S-R), konzentrierte sich die Aufmerksamkeit bei Skinner und seinen Kollegen auf die Verknüpfung zwischen einem Verhalten und dessen Konsequenzen (R-K). Für die Vertreter des **operanten Lernens** spielen die Konsequenzen, die auf ein bestimmtes Verhalten folgen, die entscheidende Rolle für das menschliche Lernen (Reinecker et al., 2004). Situationen, die einem Verhalten vorausgehen, werden von operanten Lerntheoretikern als diskriminative Hinweisreize bezeichnet. Sie bedingen das Verhalten nur, indem sie dem Individuum anzeigen, welche Konsequenzen unter bestimmten Reizkonstellationen erfolgen werden (Davison & Neale, 2007). Vier mögliche Konsequenzen, die auf ein Verhalten folgen können und dieses beeinflussen, wurden erstmals von Skinner experimentell untersucht (Kriz, 2001). Sie spielen auch heute noch im Rahmen der Verhaltensanalyse eine wesentliche Rolle in der VT. Die vier Möglichkeiten werden im Vier-Felder-Schema dargestellt (Reinecker, 1999):

	Darbietung	Beseitigung
Angenehmer Reiz/ Konsequenz	C + Positive Verstärkung/ Belohnung	C / Indirekte Bestrafung
Unangenehmer Reiz/ Konsequenz	C - Direkte Bestrafung	C \/ Negative Verstärkung

Die beschriebenen Theorien des menschlichen Lernens standen längere Zeit in Konkurrenz zueinander. Letztlich hat sich in der Praxis jedoch herausgestellt, dass beide eine gegenseitige Ergänzung darstellen. Mowrer verknüpft die klassische Konditionierung mit dem operanten Lernen in seinem „Zwei-Faktoren-Modell“, das auch heute noch im Rahmen der Therapie von Angststörungen Anwendung findet. Demnach bewirkt die klassische Konditionierung die Entwicklung einer Angstreaktion auf einen ursprünglich neutralen Reiz, die operante Konditionierung hält sie aufrecht (Reinecker, 2005b).

Bei der klassischen und operanten Konditionierung handelt es sich jedoch nicht um automatische, passive Reiz-Reaktions-Verknüpfungen, sondern um aktive Prozesse, bei denen der Mensch seine Umgebung nach Hinweisreizen absucht und Beziehungen zwischen Reizen (oder auch zwischen Reaktionen und Konsequenzen) lernt (Kriz, 2001): „In der Sicht

der kognitiven Psychologie interpretiert der Lernende eine Situation bewusst und aktiv im Lichte der Kenntnisse, die er in der Vergangenheit schon erworben hat; er versieht Erfahrung sozusagen mit einem Wahrnehmungstrichter“ (Davison & Neale, 2007, S. 44).

Bandura konnte in zahlreichen Experimenten zeigen, dass Lernen auch ohne Verstärkung und sogar dann stattfinden kann, wenn eine Person eine Tätigkeit nicht selbst ausführt (Davison & Neale, 2007). Menschen lernen komplexe Verhaltensmuster häufig besonders zeitsparend, wenn sie diese nicht direkt selbst ausagieren, sondern durch Beobachtung eines Modells, dessen Verhalten später imitiert wird. Es wird also zwischen Aneignung und Ausführung eines Verhaltens unterschieden (Perry, 2000), wobei das Nachahmen nicht zwangsläufig geschehen muss. Beim **Modelllernen** spielen somit kognitive und soziale Prozesse eine zentrale Rolle. Das heißt, dass die Beschränkung auf das rein beobachtbare Verhalten nicht ausreicht.

Ellis führte diese Erkenntnisse in der Rational Emotiven Verhaltenstherapie (REVT) mit dem von ihm entwickelten „**ABC-Schema**“ weiter (Reinecker et al., 2004). Entscheidend dafür, welche Konsequenzen, bzw. welches Verhalten, eine Person auf ein bestimmtes Ereignis zeigt, ist danach das „belief system“, also Einstellungen, Überzeugungen und Bewertungen der Person. Ob und wie sie darauf reagiert, hängt ganz davon ab, wie eine Person eine bestimmte Situation bewertet. Schwierigkeiten, die eine Person in einer Reihe von Situationen erlebt, können aus irrationalen Überzeugungen resultieren, die im Laufe des Lebens erworben (also gelernt) wurden. Ziel der Therapie ist es daher, die irrationalen Überzeugungen zu identifizieren und zu modifizieren.

Als weiterer für die Praxis bedeutsamer Pionier der kognitiven Verhaltenstherapie kann Aaron T. Beck genannt werden, der seine Theorie in der Arbeit mit depressiven Patientinnen entwickelte. Depression kann laut Beck et al. (1992) durch drei kognitive Phänomene erklärt werden: 1) die kognitive Triade, 2) kognitive Schemata und 3) kognitive Fehler. Die kognitive Triade umfasst drei kognitive Denkmuster, die depressive Patientinnen üblicherweise aufweisen: Sie beurteilen sich selbst, ihre Erfahrungen und die Zukunft als negativ. Analog zu den irrationalen Überzeugungen bei Ellis hypostasierte Beck **kognitive Schemata**, d.h. stabile Denkmuster, mit denen eine Person gleichförmig in verschiedenen Situationen reagiert. Diese bestimmen, wie eine Person eine bestimmte Situation interpretiert oder erlebt und daher entsprechend auf sie reagiert. Seiner Theorie nach gibt es drittens kognitive Fehler, d.h. systematische Denkfehler, die (depressiven) Menschen unterlaufen, und die dazu führen, dass diese ihre negativen Interpretationen der Realität aufrechterhalten können. Typische Fehler sind beispielsweise die willkürliche Schlussfolgerung (es

wird ein Schluss gezogen für den es keine Belege gibt) oder das dichotome Denken (etwas ist entweder gut oder schlecht, ohne Zwischenstufen). In der Therapie sollen diese dysfunktionalen kognitiven Verzerrungen identifiziert und umstrukturiert werden.

Die Entwicklung der kognitiven Konzepte erweiterte die Erkenntnisse der lernpsychologischen Forschung. Es wurde dadurch möglich, Phänomene wie unbewusste Überzeugungen, systemische, internalisierte Verhaltensregeln oder die Möglichkeiten der menschlichen Selbstbeobachtung verhaltenstherapeutischen Interventionen zugänglich zu machen. Hiermit eröffneten sich weitreichende Möglichkeiten, einer störungsspezifischen und -unspezifischen Intervention, die in 1.5.4 skizziert werden sollen.

Seit den 1990er Jahren integriert die Verhaltenstherapie zunehmend Phänomene, die unter dem Begriff „mindfulness“ oder zu Deutsch „achtsamkeitsbasierter VT“ zusammengefasst werden können. Es wird auch von der dritten Welle der Verhaltenstherapie gesprochen (Heidenreich et al., 2007). Standen bei den bisherigen Ansätzen der Verhaltenstherapie die Veränderung der Patientin und ihrer Symptomatik im Fokus der Aufmerksamkeit, so betonen die neuere Ansätze die Bedeutung der Förderung von Akzeptanz des individuellen Erlebens (v.a. Gefühle und Gedanken) und beziehen Spiritualität, Achtsamkeit und Gegenwärtigkeit in die Therapie ein. Hier finden sich Einflüsse asiatischer (buddhistischer) Sicht- und Seinsweisen, die auch in der Entwicklung und im therapeutischen Handeln der Klientenzentrierten Psychotherapie bedeutsam waren und sind.

Ausdruck dieser Entwicklung in der VT sind Therapieformen wie:

- Achtsamkeits-basierte kognitive Therapie (Kabat-Zinn, 2001; Segal et al., 2002)
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) (Hayes et al., 2004)
- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) (Linehan, 1996)

Der Schlüssel dazu, sich eines glücklichen und erfüllten Lebens erfreuen zu können, ist der Bewusstheitszustand. Das ist das Wesentliche.

XIV. Dalai Lama

1.5.3 Interventionsfertigkeiten in der VT

Die gegenwärtige Verhaltenstherapie integriert die beschriebenen lerntheoretischen, kognitiven und achtsamkeitsbasierten Ansätze systematisch und nutzt jeweils Aspekte des einen

oder des anderen Ansatzes bei unterschiedlichen Problembereichen. Aus einer Integration verschiedener Therapietechniken haben sich störungsspezifische Anwendungsmethoden entwickelt. Diese bemühen sich mit Hilfe von Manualen um Behandlungen spezifischer Erkrankungen nach dem jeweiligen „state of the art“. Individualisierte Behandlungspläne haben daneben jedoch weiterhin ihre Berechtigung. Dadurch existiert heute eine große Anzahl relativ heterogener Ansätze innerhalb der VT, die durch die nachfolgende Grafik in eine Struktur gebracht werden sollen:

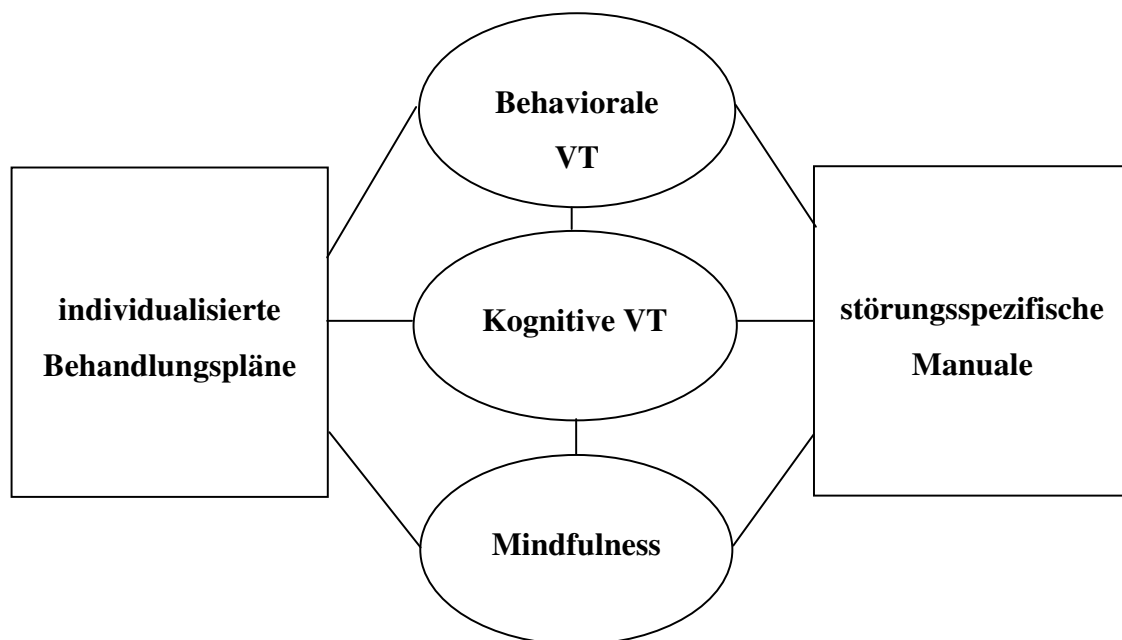


Abbildung 3: Elemente der gegenwärtigen Verhaltenstherapie

Unabhängig von störungsspezifischen Interventionen stellt die Therapeutin in der VT ihre Fachkompetenz derart zur Verfügung, dass ein denkender und planender Mensch aktiv in die Bewältigung seiner Probleme einbezogen wird und sich dadurch die Lerngesetze bewusst zu Nutze machen kann (**Selbstkontrolltechniken**). Patientinnen können so lernen, sich selbst zu beobachten und Regelmäßigkeiten in ihrem Verhalten feststellen, um herauszufinden, welche Konsequenzen ihr Verhalten steuern. Genauso können sie jedoch durch Selbstbeobachtung feststellen, welche unbewussten Überzeugungen ihr Handeln lenken. Sie können sich auch selbst für bestimmtes Verhalten belohnen (sich also selbst operant konditionieren) oder gewünschtes Verhalten automatisieren, indem sie es zunächst ganz bewusst an Hinweisreize knüpfen (sich also selbst klassisch konditionieren). An dieser Stelle ist auch ein **psychoedukatives Vorgehen** zu erwähnen, bei dem Klientinnen angeleitet werden, selbst zu Expertinnen ihrer Störung zu werden und dabei andere Hilfsmittel

als Psychotherapie in ihre Entwicklung einzubeziehen (z.B. Ressourcen aus dem Internet, Selbsthilfegruppen, Sport und salutogene Verhaltensweisen).

Ebenso findet **Modelllernen** in jeder Therapie statt, da die Therapeutin oder auch andere Personen (z.B. in einer Gruppentherapie) Vorbildfunktion für die Patientin haben. Bewusst und systematisch wird das Prinzip des Modelllernens in Rollenspielen eingesetzt, z.B. bei Patientinnen mit mangelnden sozialen Fertigkeiten (Wiedemann & Arissen, 2006), oder auch in therapeutischen Geschichten.

Eine weitere wesentliche störungsunspezifische Interventionsmaßnahme stellt die so genannte „kognitive Umstrukturierung“ dar. Dabei wird durch den „Sokratischen Dialog“ eine Gesprächsführung initiiert, die „einen philosophisch orientierten, durch eine nicht-wissende, naiv fragende, um Verständnis bemühte, zugewandte, akzeptierende Therapeutenhaltung geprägten Gesprächsstil [...] bezeichnet. Er dient einzig der Zielsetzung, dass der Patient durch die geleiteten „naiven“ Fragen des Therapeuten seine alte Sichtweise reflektiert, Widersprüche und Mängel erkennt, selbständig funktionale Einsichten und Erkenntnisse erarbeitet und seine alte, dysfunktionale Ansicht zu Gunsten der selbst- und eigenverantwortlich erstellten aufgibt.“ (Stavemann, 2002, S. 7-8). Der sokratische Dialog stellt also weniger eine konkrete Technik dar, als vielmehr eine Haltung der Therapeutin, die „durch Respekt, Achtung und Empathie“ (Wilken, 2006, S. 90) geprägt ist. Ziel ist nicht, die Klientin zu entlarven oder mit ihr über richtig und falsch zu debattieren, sondern ihr durch gezieltes Fragen zu helfen, sich selbst besser zu verstehen. Die Nähe des Sokratischen Dialoges zur Klientenzentrierten Psychotherapie liegt auf der Hand, auch bei Hinweisen zu konkreten Interventionstechniken: Die Fragen der Therapeutin sollten nach Wilken (2006) „möglichst offen, aber spezifisch (konkret), kurz und prägnant (einfach) formuliert sein und unmittelbar an Äußerungen des Klienten anknüpfen“. Dabei kann die Therapeutin zwei verschiedene Fragerichtungen verfolgen, nämlich 1. ob Widersprüche (also Inkongruenzen) zwischen dem Denken und den Zielen der Klientin (Ist der Gedanke hilfreich für das Erreichen der Ziele?) oder 2. zwischen ihrem Denken und der Realität bestehen (Was spricht für die Annahme, was dagegen? Gibt es Belege?).

Die beschriebenen störungsunspezifischen Interventionen werden in der untersuchten Praxis ergänzt durch einige störungsspezifische Vorgehensweisen, die jedoch nicht manualisiert appliziert werden. Das Vorgehen entspricht damit Fiedler (2001), der betont, dass die heutige Verhaltenstherapie – entgegen vorhandener Mythen – sich nicht nur einer manualisierten Vorgehensweise bediene. Zwar sei es wichtig, störungsspezifische Besonderheiten

ten zu beachten, seit jeher stehe jedoch eine individuelle Therapieplanung im Vordergrund. Auch spiele die Lebensgeschichte von Patientinnen eine bedeutsame Rolle in der Behandlung psychischer Störungen, mit dem Ziel, Patientinnen im Verstehen ihrer eigenen Biografie zu schulen und Ätiologiemodelle zu verifizieren.

Die Literatur zu störungsspezifischen Interventionen ist so vielfältig, dass hier nur die bei den häufigsten Störungsbildern (Depression, Posttraumatische Belastungsreaktionen, Persönlichkeitsstörungen; siehe 3.1.5) angewendeten Erwähnung finden sollen:

Bei depressiven Störungen wird ein klientenzentriertes Vorgehen immer durch verhaltenstherapeutische Interventionen ergänzt. Zunächst erfolgt eine Überprüfung der Suizidalität und ggf. der Abschluss eines Lebensvertrages. Daneben werden medizinische Risikofaktoren einer Prüfung zugeführt, wie Östrogenmangel (z.B. bei Menopausen- oder Postpartalen Depressionen), Hyper-, Hypothyreose und Morbus Hashimoto oder Vitaminmangel. Neuropsychologische Gesichtspunkte wie die Überprüfung des allgemeinen Erregungsniveaus (Über- oder Untererregung) werden hinsichtlich der Therapieplanung berücksichtigt. Entsprechend dem „state of the art“ (Hautzinger, 2003) folgt ein Aufbau von Bewegung und Aktivitäten im Freien, sowie euthymer Verhaltensweisen im Allgemeinen. Dazu sind der Aufbau und die Einbeziehung von Sozialkontakten erforderlich. Zuvor wird die Grundrate der Gestimmtheit und der Aktivität ermittelt. Dies kann zu Interventionen wie Genusstraining (Koppenhöfer, 2004) oder Emotionskontrolltechniken führen.

Bei Posttraumatischen Belastungsreaktionen haben die Klientinnen meistens Traumatisierungen in der Kindheit durch (sexuelle) Gewalt erfahren. Sie leiden vorrangig unter Intrusionen, Flashbacks oder dissoziativen Verhaltensweisen. Zu Therapiebeginn erfolgt zunächst ebenfalls eine Überprüfung des Suizidrisikos. Stabilisierende Maßnahmen mit denen der „locus of control“ internal verankert wird, schließen sich an. Dazu ist es wichtig, Entspannungsverfahren und Imaginationen zu nutzen (z.B. Reddemann & Engl, 2003; Meichenbaum, 2003). Achtsamkeitsbasierte Verfahren ermöglichen es, habituierte Erregungsmuster kindlicher Ich-Zustände zu identifizieren und situationsadäquat zu modifizieren. Ob eine erneute Traumakonfrontation retraumatisierend oder salutogen verarbeitet wird, gilt es gemeinsam abzuschätzen. Ein Abschied von dem sekundären Krankheitsgewinn einer Opferposition erfordert meistens eine vergebende Beziehungsklärung mit dem Täter (gemeint ist nicht eine persönliche Konfrontation), die die Überlebende unabhängig von dessen Taten werden lässt. Die Erarbeitung eines veränderten Selbstkonzeptes und neuer Rollenmuster (REVT) schließt sich an und kann die Möglichkeit eröffnen, die Be-

ziehungen zu anderen Menschen in erwünschter Weise zu gestalten, auch sexuell. Eine Sexualtherapie (Singer Kaplan, 2006) kann sich anschließen.

Persönlichkeitsstörungen stellen die dritthäufigste Gruppe der in der Praxis behandelten psychischen Störungen dar. Pars pro toto wird an dieser Stelle die Behandlung der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus skizziert, die sich an den Arbeiten von Linehan (1996) orientiert. Zu Beginn der Therapie erweist sich eine schamfreie (Selbst-)Konfrontation mit selbstschädigenden Verhaltensweisen als dringend nötig, um eine tragfähige therapeutische Beziehung aufzubauen. Dazu sind Tages- und Wochenpläne erforderlich, mit denen die Grundrate erhoben wird und erste selbst applizierte Veränderungen initiiert werden. Dadurch kann bei den bindungsgestörten Patientinnen die Bereitschaft zu einer längerfristigen Beziehung gestärkt werden. Die hohe Vulnerabilität und die verminderten inneren Strukturen erfordern vielfältige Interventionen, mit denen Klientinnen lernen, ihre Übererregung zu steuern (z.B. Stimmungsbarometer, Time-out-Techniken) und körperlich achtsam mit sich umzugehen, zum Beispiel auch in ihren sexuellen Beziehungen.

1.5.4 Wirksamkeit der Verhaltenstherapie

Für Margraf (1996, S. 19) stellt die VT die „am besten empirisch abgesicherte Form von Psychotherapie“ dar. Wirksamkeitsstudien wurden einerseits für die unterschiedlichen verhaltenstherapeutischen sowie kognitiven Einzelverfahren (z.B. Konfrontation, systematische Desensibilisierung, etc.), andererseits für eine Reihe von manualisierten verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen für einzelne psychische Störungen durchgeführt. Praxisstudien unter Routinebedingungen, die mit der vorliegenden Arbeit verglichen werden könnten, fehlen hingegen nach Kenntnis der Autorin bislang. Die große Breite an RCT-Studien zur Wirksamkeit der VT bei einzelnen psychischen Störungen umfassend darzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, weshalb für eine detaillierte Übersicht auf die Expertise zur empirischen Evidenz der Verhaltenstherapie von Kröner-Herwig (2004) verwiesen wird. Sinnvoller erscheint es an dieser Stelle, exemplarisch einige neuere Wirksamkeitsstudien zu depressiven Störungen und posttraumatischen Belastungsreaktionen zu schildern, die in der vorliegenden Praxisstudie die beiden am häufigsten behandelten Störungsbilder darstellen (siehe 3.1.5). Ergänzend sollen zum Schluss des Kapitels aktuelle Wirksamkeitsuntersuchungen zur Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) beschrieben werden.

Bezüglich Depressionen konnten beispielsweise Ekers, Richards und Gilbody (2008) in einer Metaanalyse über 20 Studien zeigen, dass die Verhaltenstherapie ein wirksames Mittel zu deren Behandlung darstellt. Bei der Überlegenheit der mit VT behandelten Gruppen im Vergleich zu Kontrollgruppen spielten Faktoren wie die Dauer der Behandlung oder die Qualifikation der Therapeutin keine Rolle. Dobson et al. (2008) kamen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass Verhaltenstherapie bei einer depressiven Episode das Auftreten erneuter Episoden genauso gut verringert, wie eine medikamentöse Behandlung. Frühere Studien, z.B. eine Metaanalyse von Gloaguen et al. (1998), in die 48 Einzelstudien eingingen, hatten hier sogar einen deutlichen Vorteil zugunsten der VT gezeigt.

Auch bei der Behandlung von Posttraumatischen Belastungsreaktionen erbringt die Verhaltenstherapie gute Resultate: Van Emmerik, Kamphuis und Emmelkamp (2008) verglichen die Effektivität Kognitiver VT mit der von strukturierter Schreibtherapie (bei dieser Behandlungsmethode schreiben Patienten u.a. das traumatische Erlebnis detailliert auf, um sich damit zu konfrontieren, und suchen aktiv soziale Unterstützung) in der Behandlung von Patientinnen mit Akuten und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Beide Verfahren sorgten für einen deutlichen Rückgang intrusiver Gedanken, depressiver Symptome, Dissoziationen und Vermeidungsverhalten mit großen Effektstärken. Dagegen waren in einer unbehandelten Wartelistenkontrollgruppe nur kleine Effekte zu verzeichnen. Auch Smith et al. (2007) zeigten in ihrer Studie, dass mit einer verhaltenstherapeutischen Behandlung traumatisierte Patientinnen im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe eine stärkere Symptomreduktion erreichten. Nach sechs Monaten erfüllte keine der mit VT behandelten Personen mehr die Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Coelho, Canter und Ernst (2007) untersuchten die Wirksamkeit der Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), indem sie vier zentrale Wirksamkeitsstudien zur Anwendung des Programms als Rückfallvermeidung bei Depressionen analysierten und zusammenfassten. In allen Studien wurde die Wirksamkeit der „üblichen“ verhaltenstherapeutischen Behandlung mit der Wirksamkeit einer mit MBCT kombinierten Behandlung verglichen. In zwei Studien (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000) führte die Integration von MBCT zu einem differentiellen Effekt: Bei Patientinnen, die zuvor unter drei oder mehr depressiven Episoden gelitten hatten, war im ersten Jahr nach Therapieende die Auftrenshäufigkeit erneuter depressiver Episoden signifikant geringer. Bei Patientinnen mit zwei oder weniger vorangegangenen depressiven Episoden bestand dagegen kein signifikanter Unterschied der beiden Untersuchungsgruppen. Eine andere Studie (Williams,

Teasdale, Segal & Soulsby, 2000) konnte zeigen, dass die Patientinnen, die zusätzlich mit MBCT behandelt wurden, stärkere Veränderungen ihrer depressiven kognitiven Schemata aufwiesen als die mit der üblichen Behandlung behandelten Patientinnen. Als Kritik an den bisher erbrachten Wirksamkeitsstudien führen Coelho et al. (2007) jedoch an, dass weitere Variablen, die den besseren Erfolg der mindfulness-basierten Therapie bedingen könnten (z.B. unspezifische Faktoren der MBCT-Behandlung wie der Zusammenhalt der Gruppe oder die zusätzliche therapeutische Unterstützung) zu wenig kontrolliert wurden. Hier sei weitere Forschung dringend notwendig.

All the world's a stage,

And all the men and women merely players:

They have their exits and their entrances;

And one man in his time plays many parts...

W. Shakespeare

1.6 Integrative Klientenzentrierte Psychotherapie in der ambulanten Versorgung

In den vorausgehenden Abschnitten wurden grundlegende Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie sowie der Kognitiven Verhaltenstherapie beschrieben. Beide Ressourcen werden für die therapeutische Arbeit der hier untersuchten Praxis erschlossen. Möglichkeiten und Grenzen der Integration verschiedener Therapiemethoden oder der Techniken einzelner Therapieverfahren in Methoden anderer theoretischer Provenienz sind ein vielfältiger und diffiziler Gegenstand psychotherapeutischer Forschung. Eine umfassende Würdigung dieser Materie kann hier nicht geleistet werden. Vielmehr soll das Vorgehen einer Allgemeinen Psychotherapie in der Praxis dargestellt werden. Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit dem Thema wird auf das Handbook of Psychotherapy Integration verwiesen (Norcross & Goldfield, 2005).

Im kommenden Abschnitt wird zunächst auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Veränderungsprozess von Klientinnen eingegangen. Die Problematik der Integration von Therapietechniken anderer Methoden in die Klientenzentrierte Psychotherapie wird erörtert und die eigene Position ausgeführt, auf der das Material dieser Untersuchung beruht.

*Zwei sind nötig,
damit einer sich kennenlernt.*

G. Bateson

1.6.1 Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Beziehung zählt heute zu den am besten untersuchten Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Lambert & Bergin, 1994; Beutler et al., 1994; Henry et al., 1994; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky et al., 2005; Beutler et al., 2005; Clarkin & Levy, 2005): „Reviewers are virtually unanimous in their opinion that the therapist-patient relationship is critical to positive outcome“ (Lambert & Ogles, 2005, S. 174). Ohne eine hinreichend gute therapeutische Allianz ist eine therapeutisch induzierte Veränderung nicht zu erwarten, und zwar unabhängig von der angewandten Therapiemethode oder deren theoretischer Provenienz. Rogers' Vorstellung, dass die Therapeutin-Klientin-Beziehung entscheidend für den Therapieerfolg ist, konnte inzwischen in den meisten anderen Therapiemethoden empirisch bestätigt werden (Grawe, Donati & Bernauer, 1995, siehe auch 1.4.). Die drei klassischen von Carl Rogers postulierten Basismerkmale therapeutischer Veränderung (Akzeptanz, Empathie und Echtheit) werden heute als *Conditio sine qua non* der meisten therapeutischen Verfahren betrachtet (Schulz, 2000).

Die Verhaltenstherapie verabschiedete sich zunehmend von der Vorstellung, dass Beziehung und Technik getrennt voneinander eingesetzt werden können und schrieb der Beziehungsgestaltung zunehmend mehr Gewicht zu (Reinecker, 2005a). Jedoch wird der therapeutischen Allianz in der VT eine andere Funktion beigemessen als in der GT. Sie wird als Vorbedingung für therapeutisches Handeln betrachtet, die dafür sorgt, dass die Klientin Vertrauen aufbauen, sich öffnen kann und dann auf Interventionen compliant reagiert (Schulz, 2000). Unter diesem Gesichtspunkt ist es nicht verwunderlich, dass manche Vertreter der Verhaltenstherapie bezweifeln, dass die von Rogers postulierten Bedingungen nicht nur notwendig, sondern auch hinreichend seien. Sie sehen Prinzipien der Gesprächspsychotherapie in der Verhaltenstherapie ohnehin inbegriffen. So schreibt zum Beispiel der „Deutsche Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.“ (DVT) in seiner Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie: „Zwischen der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie gibt es hinsichtlich des konkreten Vorgehens einige Überlappungen: Wesentliche Gemeinsamkeiten sind Methoden der Gestaltung der therapeutischen Beziehung wie (bedingungslose) Akzeptanz und Authentizität und die Methode des geleiteten Entdeckens als

Weg zu neuen Einsichten und zur Verhaltensänderung. In der Verhaltenstherapie werden darüber hinaus verschiedene Methoden der Verhaltensänderung wie Informationsvermittlung, Stimuluskontrolle, operantes Lernen, Training von Fertigkeiten, Aufbau von Verhalten, Verhaltensformung usw. systematisch angewandt. Diese Strategien werden von der Gesprächspsychotherapie wegen des dabei notwendigen direktiven und zielgerichteten Therapeutenverhaltens explizit nicht realisiert." (Reinecker & Schweiger, 2005, S. 3). An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass sich auch aus dem klassischen Klientenzentrierten Ansatz verschiedene Strömungen entwickelt und sich von diesem teilweise deutlich abgegrenzt haben (Zielorientierte Gesprächspsychotherapie und Klärungsorientierte Psychotherapie nach Sachse, Inkongruenzanalyse nach Speierer; Sanders, 2004). So fordert beispielsweise Sachse (2003) explizit ein direktives und zielgerichtetes Verhalten der Therapeutin und nähert sich damit der VT an.

Verhaltenstherapeutinnen betrachten das therapeutische Setting als eine Lernsituation, in der bestimmte Veränderungsziele angestrebt werden (Biermann-Ratjen et al., 1995). Vor diesem Hintergrund kommt der Therapeutin eine andere Rolle als in der GT zu. In der VT wird die Therapeutin als Expertin für die Lösung von Problemen und für das therapeutische Prozessgeschehen gesehen. Sie bietet Wissen und Methoden an, die es der Patientin ermöglichen, Änderungswissen zu erwerben (z.B. in Form von Selbstkontrolltechniken).

Die Gesprächspsychotherapie definiert demgegenüber die Therapiesituation als eine gemeinsame Entwicklungssituation und kümmert sich um die Bedingungen, die den Prozess dieser (Selbst)Entwicklung voranbringen. Die Therapeutin bietet nicht Fachwissen, sondern die Möglichkeit zur Selbsterkenntnis, und es wird eine Begegnung von Person zu Person angestrebt. Streng genommen sind Lernangebote, wie sie durch die Therapietechniken der VT gegeben sind, eher kontraindiziert. Der Theorie nach hemmen sie die Selbstaktualisierungstendenz, es sei denn, die Klientin würde das Fachwissen zu ihrer Veränderung aktiv einfordern. Durch die Selbstöffnung der Therapeutin (Kongruenz/ Echtheit) kann diese der Klientin zudem alternative Sichtweisen oder Informationen vermitteln und damit ermöglichen, dass diese korrigierende Beziehungserfahrungen machen kann, z.B. indem die Klientin erfährt, wie ihr Verhalten auf Kommunikationspartner wirkt (akzeptierende Konfrontation).

Laut Schmid (2005) stellt fachliche Kompetenz seitens der Therapeutin keine Ergänzung der „hinreichenden“ Bedingungen dar, sondern ist eine Grundlage für deren Verwirklichung. Gleichzeitig betont er den Wert des „Nicht-Wissens“ seitens der Therapeutin: Die Klientin soll in ihrer Einzigartigkeit gesehen werden. Dabei geht es darum, dass Fachwis-

sen Begegnung verhindern kann, wenn es zwischen Therapeutin und Klientin steht und die Beziehung definiert. Therapeutische Veränderung geschieht gleichermaßen über Anerkennen dessen was ist und über Reflexion, in einem Dialog unter Gleichrangigen und Gleichberechtigten. Das therapeutische Agens in der Beziehung besteht darin, dass Klientinnen dadurch selbst ihre implizit gebildeten Kategorien und Konzepte reflektieren können.

Rogers explizierte, dass es keiner Steuerung des Therapieverlaufs seitens der Therapeutin bedarf. Die Therapeutin kann der Aktualisierungstendenz der Klientin vertrauen, wenn sie die Klientin angstfrei in ihr Unbekanntes begleitet. Autonomieentwicklung wird daher als wichtiges Therapieziel und zugleich Zeichen psychischer Gesundheit gesehen. Die therapeutische Beziehung an sich wirkt heilend, indem sie der Person die Möglichkeit zur Aktualisierung der Inkongruenz verursachenden Erfahrungen bietet und ihr somit die „Versöhnung mit sich selbst und der Welt“ ermöglichen kann (Schmid, 2005, S. 10). Die Klientin bedarf also keiner Behandlung, sondern wird sich selbstbestimmt für solche erforderlichen Veränderungs- oder Anpassungsprozesse entscheiden, mit denen sie sich selbst heilen wird (Schmid, 1992b, 2002; Rogers, 1973b).

Die Ausführungen machen die unterschiedliche Bewertung der Bedeutung der therapeutischen Allianz von VT und GT deutlich. Beutler und Kollegen (2005) pointieren diese Verschiedenheit, indem sie darstellen, dass in den Forschungen zur Wirksamkeit der VT der letzten 20 Jahre der Einfluss der Therapeutin nachgerade als Fehlerquelle gewertet wird, wenn man den Einfluss spezifischer Interventionseffekte prüft. Für das konkrete Handeln in der angewandten Psychotherapie entsteht also vorrangig aus klientenzentrierter Perspektive die Frage, ob die beiden Verfahren trotz ihrer Gegensätzlichkeit integriert werden können. Diese soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

*Eigentlich bin ich nämlich ganz anders,
aber ich komme so selten dazu.*

Ö. von Horvath

1.6.2 Integrationsmöglichkeiten von VT und GT

Frenzel und Schmid (Frenzel, 1992; Schmid, 1992a) wenden sich gegen eine Integration von Techniken anderer Provenienz in die Klientenzentrierte Psychotherapie. Sie führen aus, dass in der Forschung und bei vielen Praktikern Zweifel bestünden, ob die notwendigen Bedingungen auch hinreichend seien, oder ob es nicht eines effizienteren Methodenre-

pertoires bei schweren psychischen Störungen bedürfe. Die Suche nach konkreten Handlungsanweisungen führe dann zur Übernahme von Wenn-Dann-Strategien aus anderen Therapieformen. Die Autoren warnen davor, unreflektiert Methoden zu kombinieren, ohne deren zugrunde liegendes zentrales Bedeutungs- und Überzeugungsmuster zu hinterfragen, da diese Überzeugungen Wahrnehmungen und Wirklichkeitsinterpretationen der Therapeutin steuern. Im schlimmsten Fall könne das Einsetzen bestimmter Mittel, um definierte Ziele zu erreichen, im Sinne eines Zweckrationalismus, zu einer Instrumentalisierung der therapeutischen Beziehung führen und die therapeutische Beziehung zweitrangig erscheinen lassen. Dies gehe auf Kosten der Echtheit des Beziehungsangebotes (Finke & Teusch, 2002).

Biermann-Ratjen und Kollegen (1995) warnen davor, bei einem klientenzentrierten Vorgehen dann Methodenwechsel oder -kombinationen vorzunehmen, wenn Klientinnen das sanfte, aber nachhaltige Beziehungsangebot der Therapeutin nicht als solches dekodieren können, da sie an massivere Reize habituiert sind. Die Kompetenz der Therapeutin oder die Effizienz der Behandlung werde sich nicht erhöhen, wenn sie versuche, dann eine spezifische Therapietechnik anzuwenden, die das Beziehungsangebot des Personzentrierten Ansatzes überdecke. Inkongruenzen zu bearbeiten, die sich in Beziehungsstörungen – und damit aktualisiert auch in der therapeutischen Beziehung – äußern, sei ja gerade das Therapeutische. Sie betonen, dass das klientenzentrierte Konzept in den drei so genannten therapeutischen Basisvariablen ein hohes Ausmaß von Abstraktion beinhalte, die einer spezifischen Konkretisierung bedürfe. Ihre Verwirklichung impliziere automatisch ein differenzielles Vorgehen, d.h. es schließe je nach Situation auch Verhaltensweisen wie Konfrontieren, Verdeutlichen, Konkretisieren usw. ein.

Finke und Teusch (2002) empfehlen hingegen eine Synthese der Dichotomie von Beziehung und Technik. Es gelte, das therapeutische Vorgehen systematisch auf die jeweilige Störung der Klientin auszurichten. Das Interesse an Beschwerden und Symptomen einer Patientin ergebe sich aus der Befassung mit dem unmittelbaren Hier und Jetzt. Auch ein phänomenologisches Verfahren könne nicht die Eigengesetzlichkeit einer länger bestehenden Symptomatik in der Interaktion der Klientin mit ihren Beschwerden übersehen, die es mit Hilfe des Störungswissens der Therapeutin zu verstehen und zu erfassen gelte. Die Leitidee einer positiven Wissenschaftlichkeit erfordere gerade eine Differenzierung hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzung und eine Definition geeigneter Mittel zur Zielerreichung, also eine Therapiekonzeption unter den Aspekten instrumentellen Handelns. Es liegt daher nahe, „die Art der nicht oder verzerrt symbolisierten Aspekte auch störungs-

bzw. persönlichkeitsabhängig zu sehen. Bei Depressiven werden idealtypischerweise andere Erlebensaspekte von der Symbolisierung ausgeschlossen sein als bei Angstkranke [...] Hier ist es oft gerade das Störungswissen des Therapeuten, das es ihm erlaubt im hermeneutischen Entziffern des zunächst noch Unverständlichen, da nicht Symbolisierten, dem Patienten voraus zu sein und eben deshalb weiterführende Verstehensangebote machen zu können“ (Finke & Teusch, 2002, S. 149).

Diese Argumentation deckt sich mit der von Lazarus, der einen so genannten „methodischen Eklektizismus“ vertritt. Er plädiert dafür, unterschiedliche Techniken dann einzusetzen, wenn sie für eine bestimmte Patientin oder eine bestimmte Störung am besten geeignet sind und sie dem theoretischen Bezugsrahmen der Therapeutin anzupassen (Davison & Neale, 2007).

Rogers (1973b) selbst hoffte für die Zukunft, dass einzelne Psychotherapieschulen einschließlich der personenzentrierten überflüssig würden. Ähnlich argumentiert Messer, wenn er eine evolutionäre oder assimilative Integration fordert, bei der methodisch eklektische Techniken in einen neuen Bezugsrahmen übernommen werden und diesen dadurch verändern (Davison & Neale, 2007).

Bastine (1998) warnt ebenfalls vor einer einengenden methodischen Ideologie und fordert eine integrative Therapietheorie. Grawe et al. (1995) explizieren im Zuge der Konzeptualisierung einer „Allgemeinen Psychotherapie“ gemeinsame Wirkprinzipien der einzelnen Therapieverfahren. Hierzu gehört neben der Problembewältigungsperspektive (aktive Hilfe der Therapeutin, spezifisches Know-How) und der Klärungsperspektive (Interventionen, mit denen eine Klärung der erlebten Bedeutungen, Motive, Werte und Ziele der Klientin erreicht werden soll) auch die Beziehungsperspektive.

Die als wünschenswert postulierte Entwicklung in Richtung auf eine schulunabhängige integrative Therapietheorie findet zunehmend in allmählichen Annäherungen der Therapieschulen statt. Sie zeigen sich beispielsweise im Sokratischen Dialog und in den Ansätzen der Achtsamkeitsbasierten VT (siehe 1.5.3). Trotz der bestehenden unterschiedlichen theoretischen Grundannahmen verbinden sich hier die therapeutische Haltung und das Vorgehen von VT und GT.

Fiedler (2006, S. 277) weist darauf hin, dass auch bei der Fortentwicklung von störungsspezifischen Behandlungskonzepten „Therapeuten unterschiedlicher Therapierichtungen“ sich „aufeinander zu bewegen“. Zunehmend wird eine Synthese von Elementen verschiedener Therapieschulen in Forschung und Anwendung deutlich, zum Beispiel bei der Behandlung von Borderline-Störungen (Linehan, 1996), chronischer Depression (McCoul-

lough, 2006) oder zur Rezidivprophylaxe bei rezidivierenden Depressionen (Segal et al., 2002). Fiedler (2006, S. 277) betont, dass Rezidivraten bei Depressiven abnehmen, wenn, neben Interventionen der kognitiven Umstrukturierung, „real gegebene Probleme, Belastungen, Konflikte und Sorgen ... einen verständnisvollen und empathischen, die Probleme von Patienten wertschätzenden Zuhörer“ finden, und „mittels Achtsamkeit einerseits und mittels empathischer Gesprächstherapie andererseits“ behandelt werden.

Für praktisch tätige Therapeutinnen stellt sich die Herausforderung, die Spannung zwischen der Grundsatztreue zu einer spezifischen Methode, die unter hohem Aufwand gelernt wurde, und deren kreativer Infragestellung in praktisches Verhalten umzusetzen. Hier erscheint zentral, zwar intuitionsgeleitet, aber dennoch diszipliniert und nicht beliebig vorzugehen. Psychotherapie als empirisch fundiertes Vorgehen wird sich „zwischen den Polen Beziehung und Technik, Spontaneität und Planung, Intuition und Reflexion, Unmittelbarkeit der Begegnung und Gestaltung (sowie Interpretation) von Interaktion“ (Finke & Teusch, 2002, S. 161) definieren müssen. Es geht darum, implizite Therapiestrategien transparent zu machen. Gutberlet (zit. nach Reinsch, 2007) konkretisiert Bedingungen für eine Integration von VT-Techniken in ein Klientenzentriertes Vorgehen, die der therapeutischen Arbeit in der untersuchten Praxis entsprechen. Er führt aus, dass eine Integration möglich und effektiv ist, wenn auf Seiten der Therapeutin die Aufmerksamkeit auf die therapeutische Beziehung fokussiert bleibt, nicht jedoch auf Technik oder theoretische Vermittlungen. Die Therapeutin soll den eigenen Bezugsrahmen nicht als dem der Klientin überlegen bewerten, kann jedoch beispielsweise psychoedukative Angebote im Rahmen eines gemeinsamen Suchprozesses zu formulieren. Diese kommen aus der Forschung, bzw. dem Wissen der Therapeutin, und damit von außen. Der selbst gesteuerte Prozess der Erforschung des eigenen Unbekannten soll durch diese Interventionen erleichtert, die Klientin jedoch nicht zu einem durch die Therapeutin definierten Ziel geführt werden. Damit werden Bedingungen für ein verbessertes Selbstverständnis geschaffen, die den autonomen Selbstentfaltungsprozess fördern. Solche Hilfen von außen können eine wertvolle Unterstützung für das mühsame Erlernen und Habituierten neuer Verhaltensweisen sein. Sie werden dann im therapeutischen Prozess von Klientinnen als Engagement der Therapeutin zu ihrem Wohl und als Akzeptanz als verletzter Mensch verstanden. Die Reaktion der Klientin sollte in den weiteren Therapieprozess störungsfrei integriert werden, auch wenn das Angebot von außen nicht akzeptiert wird, um den individuellen Weg innerhalb des Referenzrahmens der Klientin, also innerhalb ihrer Konstruktion von Welt, zu finden. Thera-

apeutische Techniken anderer theoretischer Provenienz müssen also an die Person der Klientin angepasst werden und in den therapeutischen Prozess, also das Hier und Jetzt des Kontaktes, eingebettet sein. So verstanden eröffnen Techniken einen „Kanal“, durch den die personenzentrierte Haltung kommuniziert werden kann (Reinsch, 2007, S. 17). Auffällig ist an dieser Stelle die Ähnlichkeit zu Ausführungen verhaltenstherapeutischer Autoren, die für ein zwar störungsspezifisches, aber individualisiertes Vorgehen plädieren (z.B. Fiedler, 1997, 2001) sowie für eine Verschiebung der Machtverhältnisse in der Psychotherapie „weg vom kompetenten Behandler persönlicher Probleme hin zum Solidarpartner des Patienten, nämlich im gemeinsamen Kampf gegen widrige Lebensumstände“ (Fiedler, 2004, S. 11).

Ich wollte ja nichts als das zu leben versuchen, was von selbst aus mir heraus wollte.

Warum war das so schwer?

H. Hesse

1.6.3 Fallschilderung zur Methodenintegration in dieser Praxis

Die bisherigen theoretischen Ausführungen erhellen den Hintergrund, auf dem die in dieser Untersuchung durchgeführte Praxisforschung beruht. Zur besseren Veranschaulichung des therapeutischen Vorgehens, dessen Wirksamkeit hier untersucht wird, soll im Folgenden anhand einer Fallschilderung die Konkretisierung der oben beschriebenen Methodenintegration erfolgen. Dargestellt wird der Therapieprozess einer Klientin, deren soziodemographischer Hintergrund und deren Symptomatik den statistischen Gegebenheiten der erforschten Stichprobe weitgehend entspricht. Die Therapie dauerte mit Unterbrechungen insgesamt fünf Jahre und umfasste 63 Sitzungen.

Frau C. ist bei Therapiebeginn 31 Jahre alt, von Beruf Zahnärztin, verheiratet, die Ehe wird als intakt beschrieben. Die Klientin kommt mit ihrem zwölf Wochen alten Sohn. In der probatorischen Phase steht eine depressive Symptomatik im Vordergrund: Die Klientin berichtet, sie könne nicht schlafen und befürchte, eine schlechte Mutter zu sein. Ständig müsse sie weinen und könne mit niemandem über ihre Schwierigkeiten sprechen. Auch ihr Mann sei damit überfordert. Sie sei völlig verwirrt und wisse nicht, ob sie sich selbst die Verantwortung für ihren Zustand zuschreiben müsse. In der biographischen Anamnese wird deutlich, dass die Klientin aus einer Broken-Home-Situation stammt. Die leiblichen

Eltern seien ohne Streit geschieden worden, als sie sieben Jahre alt war. Frau C. habe in den folgenden Jahren mit ihrem leiblichen Vater (+ 24) in Frankreich gelebt, den sie als autoritär beschreibt, während der Bruder (- 5) bei der Mutter in Deutschland geblieben sei. Die Mutter (+ 20) habe sich außerhalb der regelmäßigen Ferientaufenthalte der Klientin in Deutschland selten gemeldet. Die Patientin habe sie jedoch umso mehr idealisiert. Die Mutter habe bald nach der Scheidung den diese auslösenden Mann geheiratet. Aus dieser neuen Ehe sei eine 13 Jahre jüngere, geliebte Schwester entstanden. Die Klientin wurde in Frankreich nicht heimisch. Sie vermeidet bis heute, Französisch zu sprechen und betrachtet Deutsch als ihre Muttersprache, auch ihre eigenen Kinder werden heute ausschließlich deutsch adressiert. Der leibliche Vater der Klientin habe sich während dieser Zeit in seiner eigenen Selbstfindung gestört gefühlt und wechselnde Beziehungen zu verschiedenen Frauen gehabt, die keine Identifikation für die Klientin boten. Zudem habe er den Bruder idealisiert, der in den Augen der Klientin das Privileg hatte, bei der Mutter leben zu dürfen. Sie selbst habe sich als selbständige, unabhängige kleine Erwachsene behandelt und damit alleingelassen und überfordert gefühlt. Die Sozialisation in Frankreich wird hinsichtlich einer Selbständigkeitsentwicklung und weiblichen Identitätsfindung als streng und verkindlichend beschrieben. Nach dem französischen Abitur habe sie zunächst in Frankreich studieren müssen, dann in Deutschland ihr Studium der Zahnmedizin weitergeführt und in einer Wohnung des Stiefvaters gewohnt. Dieser habe ihre kindliche, altersunangemessene Liebebedürftigkeit ausgenutzt, indem er sie subtil in eine sexuelle Verstrickung einbezogen und zu seiner Geliebten gemacht habe. Sie sei für ihn seelisch und körperlich verfügbar gewesen, habe sich aber gleichzeitig als ohnmächtig und schuldig erlebt. Sie habe seinen Ritualen (Essen gehen, Nähe, Sex) keinen Widerstand entgegensetzen können. Vielmehr habe 1 ½ Jahre eine verschworene, geheime Intimität bestanden, in der der Stiefvater „der falsche Mann am falschen Ort“ gewesen sei, auch wenn er sie nicht vergewaltigt habe, sondern im Gegenteil einfühlsam, rücksichtsvoll und sexuell erfahren gewesen sei. Im Nachhinein sei das alles verkehrt und missbräuchlich gewesen, da es schließlich keinen unkontaminierten Ort mehr gegeben habe, an dem Frau C. sich selbst finden konnte. Der Stiefvater habe Sex in seiner Wohnung, der der Mutter und der Klientin initiiert. Das Verhältnis sei vom Bruder aufgedeckt worden, wofür Frau C. Dankbarkeit empfinde, da sie sich emotional völlig gelähmt gefühlt habe, verwirrt durch ihre eigene körperliche Erregung und nicht in der Lage, ihre Situation zu beeinflussen. Der Stiefvater habe daraufhin einen Suizidversuch unternommen. In der weiteren Entwicklung habe die Klientin ihre jüngere Schwester und ihren heutigen Ehemann als Verbündete erlebt, sich jedoch von

Mutter, Bruder und Stiefvater verantwortlich gemacht gesehen, da sie zur Zeit des Missbrauchs bereits 21 Jahre alt war.

Die Patientin erschien zu Therapiebeginn ängstlich vor moralisierenden Bewertungen und zurückhaltend im therapeutischen Kontakt. Bei testpsychologischen Erhebungen kooperierte sie erst, nachdem sie ausreichendes Vertrauen in die Therapeutin gewonnen hatte. Die therapeutische Allianz wurde tragfähig, als sich die Patientin in ihren kindlichen Liebeswünschen ebenso akzeptiert sah, wie in einer eindeutigen Parteilichkeit dafür, keine aktiven sexuellen Interessen oder Verführungswünsche verfolgt zu haben.

Im Verständnis der Klientenzentrierten Psychotherapie befand sich die Klientin in einem jahrelangen quälenden Zustand von Inkongruenz, der sie veranlasste, alle Familienangehörigen vermeiden zu müssen. Wie oben bereits ausgeführt wurde, wird in der Klientenzentrierten Psychotherapie hypostasiert, dass Inkongruenzkonflikte durch eine Symptombildung scheinbar gelöst werden können, Symptome sind daher kreative Akte der Lebensbewältigung. Die Aktivität der Therapeutin besteht darin, das Narrativum der Klientin innerhalb deren Konstruktion von Welt zu verstehen, ohne es zu interpretieren. Dieses Verstehen wird in der therapeutischen Beziehung rückgemeldet und führt dazu, dass Klientinnen neue Bewertungen und neue Lösungsversuche wahrnehmen können. In diesem Sinne wurde das therapeutische Vorgehen im Falle von Frau C. durchgeführt. Zu fragen war zunächst, welchen Inkongruenzkonflikten Frau C. ausgesetzt war: Die Eltern hatten die Kinder aufgeteilt. Der zwei Jahre alte Sohn blieb bei der Mutter, die sieben Jahre alte Tochter ging mit dem Vater nach Frankreich. In der Beziehung zum Vater erlebte die Klientin einerseits keine Möglichkeit einer altersangemessenen seelischen Geborgenheit, andererseits fühlte sie sich frei von dessen emotionalen und sexuellen Wünschen, da er sich in wechselnden Frauenbeziehungen engagierte. Die (anorektische) Mutter kümmerte sich einerseits in den Ferien, wies aber andererseits darüber hinaus ebenfalls die Liebessehnsüchte des Kindes zurück und lehnte es körperlich als zu dick ab (die Klientin war und ist an der unteren Grenze des Normalgewichts). Diese massiven Inkongruenzkonflikte, d.h. ihre vernachlässigte kindliche Bindungsbedürftigkeit, glich Frau C. durch sehr gute schulische Leistungen aus. Mit ihrem Wechsel an eine deutsche Universität im Fach Zahnmedizin sah sie sich aber nun damit konfrontiert, unselbständiger und körperlich unerfahrener zu sein als ihre Peers, ein neuerlicher Inkongruenzkonflikt. Auf diesem Hintergrund war es für den Stiefvater unschwer, die seelisch liebebedürftige und körperlich nach Wertschätzung dürstende junge Frau zu verführen. Diese Inkongruenz konnte die Klientin nur durch einen Zustand innerer Erstarrung lösen, nicht aber durch eine selbstbestimmte Verantwortungsüber-

nahme. Es wundert also nicht, dass sie sich erleichtert fühlte, als die Geheimhaltung aufhören konnte. Die Bewertungen von Bruder und auch Mutter schrieben ihr aber eine altersangemessene Verantwortlichkeit an dem Geschehen zu. Der Stiefvater entledigte sich durch Suizidversuch seiner Verantwortung und wurde von der Mutter durch ihr weiteres Zusammenleben mit ihm entlastet, auch wenn er weiterhin Beziehungen zu jungen Frauen einging. Die Klientin geriet in völlige Verwirrung. Einerseits erlebte sie durch den Stiefvater dessen Zuwendung und auch eigene sexuelle Erregung, die ihr andererseits aber als moralisch falsch erschienen und von denen sie sich körperlich und seelisch missbräuchlich verinnahmt fühlte. Dadurch konnte sie weder ihren eigenen Bewertungen noch ihren genuinen Gefühlen trauen. Die Bewertungen des familiären Umfeldes (außer der jüngeren Schwester) schrieben ihr darüber hinaus eine Täterschaft zu. Die Klientin erlebte heftige Gefühle von Hass und Wut auf Mutter, Vater und Stiefvater, aber auch von eigener Schuld. Die resultierenden depressiven Symptome wurden eingangs geschildert.

Interventorisch erwies sich die in der Klientenzentrierten Therapie geforderte Akzeptanz dessen, was immer die Klientin gerade ist, angesichts der Erfahrungen der Klientin, von Mutter und Bruder moralisch abgewertet zu werden, als besonders bedeutsam. Auf dieser Grundlage konnten Frau C.s Erfolgs- und Perfektionsbemühungen, eine gute Klientin zu sein, kommuniziert werden, ohne dass sie sich durch eine solche Konfrontation beschämt fühlen musste. Die Klientin äußerte in dieser Therapiephase zwar intrusive Gedanken, bagatellierte aber das Ausmaß ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie wollte keinesfalls als Opfer identifiziert werden, da sie sich dadurch verstärkt ohnmächtig und abhängig erlebt hätte. Traumatherapeutische Interventionen wären zu diesem Zeitpunkt völlig kontraindiziert gewesen. Vielmehr galt es, das Kontrollbedürfnis der Klientin zu akzeptieren und zunächst darauf zu fokussieren, den „locus of control“ zu internalisieren. Hierzu wurden verhaltenstherapeutische Selbstkontrollinterventionen vereinbart: Entsprechend der Klientenzentrierung blieb die Therapeutin dabei responsiv auf die Bedürfnisse der Klientin und wurde nur aktiv im Sinne von Psychoedukation oder bei der Vermittlung von selbst zu applizierenden Interventionsskills wie z.B. Tagesprotokolle der Stimmungsschwankungen, Aufmerksamkeitsfokussierung auf positive Emotionen, Gedankenstopp oder Genusstraining. So konnte die Klientin in dieser Therapiephase ihre starre Selbstdefinition von „ich bin stark, komm mir nicht zu nahe“ aufrechterhalten, sich aber gleichzeitig für die Wahrnehmung ihrer Vulnerabilität flexibilisieren. Die depressive Symptomatik bildete sich zurück. Frau C. beschloss, mit ihrem Säugling ein Jahr im Ausland zu leben, um ihre Weiterbildung zur Kieferorthopädin abzuschließen. Zu diesem Zeitpunkt (nach nur acht Thera-

piestunden) fühlte sie sich stabil genug, trotz ihrer sensiblen Lebensphase eine Trennung vom Ehemann hinzunehmen. Sporadischer Kontakt zur Therapeutin wurde gehalten. In einer zweiten Therapiephase war Frau C. infolge einmaligen Geschlechtsverkehrs nach einer einjährigen sexuellen Abstinenzphase erneut von ihrem Ehemann schwanger. Sie befürchtete, dem geborenen und dem ungeborenen Sohn aufgrund des Geschlechts und ihrer Abwehr des Männlichen zu diesem Zeitpunkt, eine schlechte Mutter zu sein. Zurückgekehrt nach Deutschland sicherte sie ihr bedrohtes Selbstwertgefühl durch ihre Leistungen in einer Berufstätigkeit ab. Das ermutigte sie, in der therapeutischen Beziehung das volle Ausmaß ihrer posttraumatischen Symptomatik zu bearbeiten: Sie berichtete von massiven Flashbacks und intrusiven Gedanken- und Wahrnehmungsverzerrungen im Alltag, über die sie sehr verzweifelt sei. Eine Fahrt durch die Stadt konnte sie z.B. völlig übererregen, da sie in den örtlichen Autoschildern ständig den Spitznamen des Täters erkannte. Jetzt konnte sie darüber sprechen, wie sehr sie in ihrem gegenwärtigen sexuellen Verhalten beeinträchtigt sei, da ihr Körper (insbesondere die Brust) und ihr Erleben vom Täter besetzt seien und sie daher Sexualität vermeide. Als Therapieziele nannte die Klientin, dass sie ihre eigene Sexualität genussvoll und schamfrei erleben wolle. Sie wünsche sich, dabei entspannen zu können. In dieser Therapiephase kamen traumatherapeutische Skills zur Anwendung, wie die Technik des Inneren Kindes oder die Bildschirmtechnik u.a. Die hohe Ambivalenz in ihrer Ehebeziehung konnte zu diesem Zeitpunkt parallel klientenzentriert bearbeitet werden: Frau C. wurde sich bewusst, dass sie einen äußerst leistungsmotivierten Partner gewählt hatte, der Sexualität ebenfalls vermeidet und über Hochleistung und Verdienst seinen Selbstwert sichert. So lange die Klientin über sich selbst nicht sexuell bestimmen konnte, schien dies eine gute Lösung zu sein und ihr emotionale und materielle Sicherheit zu bieten. Jetzt wurde sie sich jedoch gewahr, dass diese Wahl aus ihrer inneren Not entstanden war, nicht aber ihrer tatsächlichen Persönlichkeitsstruktur und ihrer Sehnsucht nach einem genussvollen Leben entsprach. Dadurch erschien die Partnerschaft ihr jetzt unerfüllt und ambivalent. Gleichzeitig bemühte sich die Klientin um ein positives Männerbild. Dieses konnte sie durch dessen Zuwendung in ihrem Ehemann erkennen. Sie wendete sich darüber hinaus nach der Geburt ihres Kindes erstmals nach acht Jahren wieder einem Kontakt zu ihrem leiblichen Vater zu. Die Beziehung gestaltete sich nun als verständnisvoll und Halt gebend, da der Vater die Klientin darin unterstützte, dass sie nicht die Verantwortung für den sexuellen Missbrauch tragen müsse. Er zeigte sich dabei als wichtiges Modell, da er sich wiederholt viele Jahre in ähnlichen Beziehungskonstellationen wie der Stiefvater befunden hatte, ohne die Töchter seiner Partnerinnen zu verstricken.

Frau C. wurde dadurch unterstützt, sich selber ihre Mitwirkung vergeben zu können. Sie konnte nun auch ihre Mutter in deren begrenzten Beziehungsmöglichkeiten erkennen und idealisierende aber gleichzeitig enttäuschende Erwartungen aufgeben. Die klientenzentrierte Methode postuliert als Zeichen seelischer Gesundheit eine Kongruenz dichotomer menschlicher Bedürfnisse. Bei Frau C. war daher zu erwarten, dass sie sich mit zunehmender seelischer Gesundheit autonomer von der Zuwendung des Ehemanns und den Bewertungen der Familie und mit erweiterten Möglichkeiten liebevoller Bezogenheit entwickeln würde. Es zeigte sich dementsprechend, dass sie ihre Befindlichkeit unabhängiger vom Partner regulieren und zu einer sexuellen Beziehung im gegenseitigen Vertrauen beitragen konnte. Ihr Kampf um mehr Aufmerksamkeit für sich und die Familie und ihre Wut über sein berufliches Engagement als freiberuflicher Arzt wichen einer inneren Zufriedenheit. Intrusive Träume nahmen in dem Ausmaß ab, wie Frau C. sich selbst im körperlichen Kontakt als „rein“ bewerten konnte. Inzwischen wurde eine Tochter geboren und die Klientin ist berufstätig. Es besteht Kontakt zur Mutter, aber nicht zum Stiefvater. Insbesondere hält die Klientin ihre Kinder von ihm fern. Die Klientin kann mit ihrer Lebensgeschichte angemessen umgehen, ohne beschämtem Schweigen zu unterliegen.

In der vorliegenden Fallschilderung wurde versucht, eine Integration von GT und VT im therapeutischen Handeln zu veranschaulichen. Hierbei sollte verdeutlicht werden, dass die GT dabei, anders als häufig beschrieben (siehe 1.6.1), mehr als eine kommunikationsverbessernde Basis verhaltenstherapeutischer Techniken darstellt. Die persönliche Begegnung von Therapeutin und Klientin in der Qualität, wie sie in der Klientenzentrierten Therapie gefordert wird, **ist** der Heilungsprozess, **ist** Psychotherapie (Schmid, 2005, 2006). Psychotherapeutische Techniken lassen sich nach diesem Grundverständnis dann in das therapeutische Handeln integrieren und werden dann wirksam sein, wenn sie, wie in Kapitel 1.6.2 beschrieben, als weiterführende Verstehensangebote angewandt werden und die Klientin ihren eigenen Weg nicht verlassen muss. Die in dieser Studie evaluierten Therapien wurden in diesem Sinne durchgeführt.

***Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut,
sondern auch für das, was man nicht tut.***

Lao-Tse

1.7 Fragestellungen und Hypothesen

Die Bedeutung psychischer Störungen im deutschen Gesundheitswesen ist, wie eingangs beschrieben, in den vergangenen Jahren gewachsen und nimmt weiter zu (siehe 1.1). Ihre angemessene Behandlung erscheint daher ein vorrangiges gesellschaftliches Anliegen. Neben verschiedenen medizinischen Behandlungsstrategien werden psychotherapeutische Behandlungen mittlerweile zunehmend häufiger in Anspruch genommen. Es ist daher erforderlich, deren Wirksamkeit wissenschaftlich zu belegen, auch zur Rechtfertigung ihrer hohen Kosten.

In der Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie hat sich in Anlehnung an die medizinische Wirksamkeitsforschung die Durchführung von RCT Studien etabliert. Während diese Studien vor allem ein hohes Maß an interner Validität gewährleisten, wird ihre mangelnde externe Validität kritisiert (siehe 1.2). Durch die verfahrensbedingte Beschränkung auf jeweils eine Psychotherapiemethode in ihrer Reinform, bilden solche Untersuchungen nicht die in der Realität praktizierte Psychotherapie ab. Diese besteht häufig in einer Integration verschiedener Verfahren (siehe 1.3). Es gibt Hinweise dafür, dass dabei GT und VT (siehe 1.4 und 1.5) am häufigsten angewendet werden. Daher erscheint die hier untersuchte niedergelassene Praxis exemplarisch für die gegenwärtig ausgeübte ambulante Psychotherapie. Das methodenintegrative Vorgehen mit eher klientenzentrierter Akzentuierung erscheint gerechtfertigt, angesichts der bisherigen Wirksamkeitsnachweise für dieses Verfahren, sowie der Forschungsergebnisse, die die Bedeutung einer therapeutischen Allianz für den Therapieerfolg gesichert nachweisen (siehe 1.6).

Während für die Wirksamkeit einzelner Psychotherapieverfahren mittlerweile eine ganze Fülle an Daten vorliegt, fehlen nach wie vor Studien, die das tatsächliche ambulante psychotherapeutische Behandlungsangebot evaluieren. Eine hierfür erforderliche Versorgungsforschung befindet sich allenfalls in einer konstitutiven Phase. Die Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie orientiert sich derzeit offensichtlich an dem örtlich gegebenen Angebot, nicht aber an Belegen für dessen Qualität.

In der untersuchten Praxis werden seit Jahren diagnostische Verfahren erhoben, die bezüglich einer Antragstellung für Psychotherapie an Krankenkassen genutzt werden. Ihre Relevanz für eine mögliche Praxisforschung zur Wirksamkeit der durchgeführten Behandlungen wurde jedoch bisher nicht genutzt. Hier soll diese Arbeit ansetzen. Sie verfolgt das Ziel, die bei Therapiebeginn standardmäßig gewonnenen Daten durch eine katamnestische Untersuchung zu ergänzen, um so Therapieeffekte ambulanter psychotherapeutischer Be-

handlungen unter Praxisbedingungen zu überprüfen und damit einen Beitrag zur Versorgungsforschung zu leisten. Aus diesem Anliegen lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

1. Lassen sich bei der hier untersuchten Patientinnenstichprobe Therapieeffekte nachweisen?
2. Nehmen Therapeutin und Klientinnen Therapieeffekte in ähnlicher Weise wahr?
3. Wirken sich Art und Ausmaß einer Störung auf die Dauer der Therapie aus, und unterscheiden sich Kurz- und Langzeittherapien hinsichtlich ihrer Therapieeffekte?
4. Ergeben sich unterschiedliche Therapieeffekte abhängig von Geschlecht, Alter und Bildungsgrad?
5. Ergeben sich unterschiedliche Therapieeffekte abhängig vom jeweiligen Störungsbild?

Aus den Fragestellungen ergeben sich die folgenden Hypothesen:

1. Prä- und Post-Testvergleiche der Outcome-Maße, ebenso wie die Katamnesebefragung belegen einen Therapieerfolg bei der untersuchten Stichprobe.
2. Therapeutin und Klientinnen weisen eine hohe Übereinstimmung bei der Beurteilung des Therapieerfolges auf.
3. a) Die Dauer einer Therapie ist abhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn.
b) Es bestehen keine Unterschiede in den Einschätzungen des Therapieerfolgs durch Therapeutin und Klientinnen für Kurz- und Langzeittherapien.
4. Es zeigen sich keine unterschiedlichen Einschätzungen des Therapieerfolgs hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildungsgrad.
5. Es zeigen sich keine unterschiedlichen Einschätzungen des Therapieerfolgs für unterschiedliche Störungsbilder.

2 Material und Methoden

Im Folgenden sollen die methodischen Grundlagen der Untersuchung dargestellt werden. Dazu wird zunächst eine differenzierte Beschreibung der untersuchten Praxis (2.1) gegeben. Die behandelte Stichprobe wird charakterisiert (2.2), eine detaillierte Analyse erfolgt hingegen im Ergebnisteil (3.1), da diese Teil des Ergebnisses der Versorgungsforschung ist. Im Kapitel 2.3 schließt sich eine Skizzierung des Untersuchungsdesigns an. Die Erhebungsinstrumente werden danach ausführlich erläutert (2.4). Abschließend finden sich die verwendeten statistischen Verfahren (2.5).

2.1 Praxisbeschreibung – Rahmenbedingungen der Psychotherapie

Die untersuchte Praxis liegt verkehrsgünstig in einem Vorort mit ländlich-kleinstädtischem Charakter einer süddeutschen Universitätsstadt von ca. 150 000 Einwohnern und kann mühelos aus einem Umfeld von ca. 30 km erreicht werden, auch aus dem angrenzenden Landkreis oder der Nachbarstadt. Beschäftigt sind die Praxisinhaberin als Psychotherapeutin und wechselnde studentische psychologische Praktikantinnen, von denen bis zu drei langfristig als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und in der Büroorganisation als Honorarkräfte tätig sind. Die Praxis kooperiert im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit zwei Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie. Familienangehörige übernehmen Hilfstätigkeiten wie Pflege der Software und IT-Kommunikation, Praxisreinigung und Materialbeschaffung.

Die Praxis ist ganztägig ausgelastet an zehn Monaten im Jahr. Im Untersuchungszeitraum 2001 bis 2006 wurden durchschnittlich pro Quartal 66 gesetzlich und 12 privat versicherte Klientinnen behandelt, insgesamt also 78. Das vorgegebene Stundenkontingent von max. 38 Therapiestunden pro Woche wird voll ausgeschöpft, d.h. die wöchentliche Arbeitszeit beträgt durch den erheblichen bürokratischen Aufwand, Fortbildung und die Leitung eines Qualitätszirkels, etwa 60 Arbeitsstunden. Lehrtätigkeiten in Klientenzentrierter Psychotherapie, Beratung, Supervision und externe Seminare sowie ehrenamtliche berufsständige Tätigkeiten kommen hinzu.

Die Praxis befindet sich in einer Wohnung in einem modernen Mehrfamilienhaus. Sie besteht aus einer Wartezone im Eingangsbereich, Küche, Bad, einem großen Therapie- und Gruppenraum sowie einem Büro, das auch als zusätzlicher Besprechungsraum genutzt werden kann. Zwei Balkone stehen ebenso zur Verfügung, wie ein Abstellraum im Keller als Archiv. Die Klientinnen können nach ihren Wünschen bereitgestellte kreative Materia-

lien, Musik oder Bücher verwenden. Sie bestimmen selbst über ihre Nutzung der Räumlichkeiten. So können sie zwischen verschiedenen Sitzgelegenheiten wählen oder über ihren körperlichen Aufenthalt im Raum entscheiden (sitzen, liegen oder sich bewegen).

Neue Anmeldungen erfordern grundsätzlich einen persönlichen Anruf der potentiellen Klientin. In der Regel übersteigt allerdings die Zahl der Therapieanfragen die Arbeitskapazität der Therapeutin: Wöchentlich ist mit etwa zehn Interessentinnen zu rechnen (täglich etwa zwei). Erstkontakte oder probatorische Sitzungen werden jedoch nicht durchgeführt, wenn kein Therapieplatz zu vergeben ist. Auch eine Warteliste wird nicht geführt, da hier bürokratischer Aufwand und Effekt in keinem Verhältnis stünden. Stattdessen werden prospektive Klientinnen an andere Behandlerinnen verwiesen, deren freie Kapazitäten in der Praxis bekannt sind.

Sollte gerade ein Therapieplatz frei sein, wird ein Erstgespräch vereinbart. Bei diesem erhalten die Klientinnen schriftliche Informationen über die Praxis, das therapeutische Vorgehen und die an sie bestehenden Erwartungen hinsichtlich der Erfüllung von Formalitäten. Weiterhin wird über die Durchführung von Supervisions- und anderen Qualitätskontrollmaßnahmen informiert. Dem Erstkontakt können bis zu vier weitere probatorische Sitzungen folgen. Diese dienen dazu, beidseitig einen Rapport zu beginnen, der als Erfolg versprechend erlebt wird. Die Entscheidungsfindung, ob ein Therapieantrag gestellt wird, erfolgt nach einer gemeinsamen Bewertung über das weitere Procedere und wird in dieser Praxis durch zusätzliche Ratingskalen zur therapeutischen Allianz unterstützt (im Umlauf befindliche Psychotherapeutenbeurteilungen; California Psychotherapeutic Alliance Scales (CALPAS; Gaston & Marmar, 1994; deutsch: Geider, 1997)). Für eine Antragstellung sind ein ärztliches Konsil, sowie eine umfangreiche Erhebungen psychometrischer und störungsspezifischer Daten erforderlich (Fragebogen zur Lebensgeschichte nach Lazarus, 1978; Strukturiertes Interview zum chronischen Schmerz (SICS; Kröner-Herwig, 2000, zit. nach: Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation der Universität Trier (2008) sowie z.B. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS; Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999) oder das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Beck, et al., 1961; deutsch: Hautzinger et al., 1995). Eine Biographische Anamnese und eine Verhaltensanalyse werden erstellt. Sodann ist durch die Therapeutin ein Gutachten zur Beantragung genehmigungspflichtiger Leistungen an den zuständigen Kostenträger zu stellen. Gesetzliche Krankenkassen bewilligen nach einer Befürwortung durch einen akkreditierten Gutachter als Kurzzeittherapie 25 Stunden ambulante Einzeltherapie. Langzeittherapie umfasst 45 Stunden und kann in zwei Schritten auf 60 bzw. 80 Stunden verlängert werden. Danach wird

die Patientin für zwei Jahre von einer ambulanten Psychotherapie derselben Erkrankung ausgeschlossen, es sei denn es findet ein Methodenwechsel statt.

Bevorzugt aufgenommen werden Klientinnen, die nach einer Therapiepause wieder vorstellig werden, oder Männer, um zu vermeiden, dass sich ein ausschließlich weibliches Klientel statuiert. Überlebende akuter Gewalterfahrungen werden innerhalb von drei Tagen erstversorgt, um die Chronifizierung einer akuten Belastungssituation zu verhindern, wenn Aussicht besteht, danach mit einem wöchentlichen Einzelgespräch auszukommen.

Akut Suchtkranke werden nicht behandelt, da diesen keine störungsspezifische kontrollierende Struktur angeboten werden kann.

Die Zuordnung der Klientinnen zu Kurz- oder Langzeittherapien erfolgt anhand von Schweregrad, Dauer und Intensität der psychischen Störung. Bei Komorbidität kann allerdings selbst ein Kontingent von 80 Stunden, das niederfrequent appliziert wird, nicht ausreichend für einen Therapieerfolg sein. In solchen Fällen von Chronifizierung ist es daher erforderlich, die eintretende Therapiepause zu überbrücken, um danach erneut Stunden zu beantragen. Kreative Lösungen sind dafür insbesondere gefragt, da psychisch schwerkranke Menschen in der Regel nicht zu einer Eigenfinanzierung von Stunden in der Lage sind, Therapeutinnen aber auch nicht unbezahlt arbeiten können. In solchen Fällen, die auch in dieser Stichprobe vorhanden sind, kommt es zu Langzeittherapien von über 80 Stunden. Das geschilderte Prozedere betrifft gesetzlich Versicherte, wird aber von den meisten Privatversicherungen in analoger Weise gehandhabt.

They all lived in a kind of hieroglyphic world, where the real thing was never said or done or even thought, but was only represented by a set of arbitrary signs.

E. Wharton

2.2 Stichprobe

Untersucht wurde das Gesamt von 184 Klientinnen, die im Zeitraum 2001-2006 eine Therapie abgeschlossen oder abgebrochen haben. Alle Klientinnen, die nach 2006 ihre Therapie fortsetzten, wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

Im Untersuchungszeitraum wurden auch 96 Probandinnen mit 1-3 Erstgesprächen vorstellig. Diese gingen jedoch nicht in die Untersuchung ein, da keine Fragebögen erhoben werden konnten.

Die Katamneseuntersuchung fand zu einem Zeitpunkt statt, an dem die untersuchten Klientinnen ihre Therapie unterschiedlich lange beendet hatten (unmittelbar oder bis zu fünf Jahre zuvor). Die Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Therapeutin zum Katamnesezeitpunkt erfolgte für die Gesamtstichprobe von 184 Probandinnen. Einige Patientinnen waren jedoch nicht bereit, die Katamnesefragebögen zu bearbeiten, andere waren unbekannt verzogen. Vier Klientinnen waren im Untersuchungszeitraum verstorben. Dadurch gingen nur die Daten von 76 Probandinnen ein (41,3 %). Bei einigen Hypothesen konnten nur 69 Fragebögen berücksichtigt werden (37,5 %), da nicht alle Probandinnen alle Erhebungsinstrumente bearbeitet hatten. Da diese jedoch unabhängig voneinander ausgewertet wurden, war es möglich, auch unvollständige Datensätze einzubeziehen. Die Problematik fehlender Daten bei den einzelnen Erhebungsinstrumenten war in der Untersuchung nicht besonders bedeutsam, wird jedoch bei der Beschreibung der jeweiligen Fragebögen behandelt.

2.3 Untersuchungsdesign

Im Bemühen, Therapieerfolg in einer ambulanten Psychotherapiepraxis zu erfassen, wurde die vorliegende Untersuchung als Prä-Post-Test konzipiert. Bei den Prätests konnte dabei auf die vorliegenden oben genannten Eingangserhebungen zurückgegriffen werden, die unter 2.4 näher erläutert werden. Die Posttests wurden im Herbst/Winter 2006/07 in einem einheitlichen Messzeitraum erhoben. Vor- und Nachteile dieses Vorgehens werden später (4.1.2) zu erörtern sein.

2.4 Erhebungsinstrumente

Die bei Therapiebeginn gewonnenen Daten der standardmäßig erhobenen (Test-)Verfahren sind sehr umfangreich, so dass nur ein Teil von ihnen für die Evaluation der Therapieeffekte genutzt wird. Vor Therapiebeginn bearbeiten die Klientinnen neben anderen Verfahren standardmäßig den umfangreichen Fragebogen zur Lebensgeschichte, der ursprünglich als „Life History Questionnaire“ von Lazarus (1976) veröffentlicht und von Zimmer und Echelmeyer als „Fragebogen zur Lebensgeschichte“ übersetzt und erweitert wurde (Lazarus, 1978). Dieses Instrument ermöglicht weitreichende Aussagen zur biographischen Anamnese der Klientinnen und leistet eine profunde Hilfestellung für die Verhaltensanalyse und den Therapieantrag an den Gutachter, der bei Langzeittherapien von mehr als 25 Stunden von der Behandlerin zu verfassen ist. Darüber hinaus bietet die

Bearbeitung, die ca. 1½ Stunden beansprucht, aber auch für die Klientinnen eine strukturierende Anleitung, mit der sie ihre Symptome systematisieren und im lebensgeschichtlichen Gewordensein einordnen können. Ein unspezifischer Effekt der Erhebung ist darin zu sehen, dass die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit, d.h. die Therapiemotivation, hierdurch bereits deutlich wird. Die Menge des mit dem LHQ erfassten Datenmaterials würde diese Untersuchung bei weitem sprengen. Daher sollen für diese Untersuchung nur ausgewählte Teile berücksichtigt werden: die Eigenschaftswörterliste, die Beschwerdeliste sowie die Einschätzung der Schwere des Problems und der Anzahl der beeinträchtigten Lebensbereiche durch die Klientinnen.

Ebenso wie der LHQ findet auch das Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung (FPI-R, Fahrenberg et al., 1989) im Rahmen der Psychotherapie-Eingangsdiagnostik bei allen Klientinnen Anwendung und wird daher auch hier genutzt.

In diese Untersuchung ging für die Erhebung der Befindlichkeit der Klientinnen zu Beginn der Therapie (Prätest) also die Eigenschaftswörterliste, Beschwerdeliste, sowie die Einschätzung der Symptomstärke durch die Klientin aus dem LHQ und der FPI-R ein. Für den Posttest füllten die Klientinnen neben einer erneuten Vorgabe der drei Prätest-Fragebögen zusätzlich einen Fragebogen zur Nachbefragung (Katamnesefragebogen) aus. Zusätzlich zu diesen Maßen schätzte die Therapeutin zum Katamnesezeitpunkt den Therapieerfolg ein. Die verwendeten Erhebungsverfahren werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

2.4.1 Ausgewählte Maße aus dem LHQ

In der Eigenschaftswörterliste (EWL) schätzen die Klientinnen 42 positive und negative Eigenschaften bzw. Gemütszustände im Hinblick auf ihr Vorhandensein bei sich ein, indem sie diese markieren; z.B. „wertlos“, „schuldig“, „einsam“, aber auch „intelligent“, „optimistisch“, „voller Hoffnung“.

Bei der Beschwerdeliste (BL) sollen sich Probandinnen wie bei der Eigenschaftswörterliste entscheiden, welche von 37 vorgegebenen psychosomatischen Symptomen und psychischen Problemen auf sie zutreffen. Items sind beispielsweise „Kopfschmerzen“, „Schwindel“, „schüchtern unter Leuten“ oder „Minderwertigkeitskomplexe“.

Nicht unterstrichene Items werden als nicht zutreffend gewertet. Missing Data können also nur dadurch entstehen, dass jemand eine ganze Liste nicht bearbeitet. Das gilt für beide Listen, die sich im Anhang unter 8.1. befinden.

Die Einschätzung der Schwere des Problems wird im LHQ durch eine fünfstufige Skalierung von den Klientinnen vorgenommen, und zwar zwischen „leicht störend“ und „total

unerträglich“. Die Anzahl der beeinträchtigten Lebensbereiche wird ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala von „keine“ bis „alle“ beurteilt.

Der LHQ inklusive der hier verwendeten Teile war ursprünglich einer rein qualitativen Auswertung zugeordnet. Zur Erfassung von quantitativen Unterschieden zwischen Prä- und Postmessung wurden die einzelnen Items der Eigenschaftswörter- und der Beschwerdeliste einer explorativen Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation) unterzogen (zur genaueren Beschreibung des Verfahrens siehe z.B. Backhaus et al., 2006; Bortz, 2005) und zu Subskalen zusammengefasst, die eine weitere quantitative Auswertung möglich machen. Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwerte > 1) wurde für die Eigenschaftswörterliste eine 14 Faktorenlösung, für die Beschwerdeliste eine 13 Faktorenlösung nahe gelegt, die 65 % und 62 % der Varianz aufklärten. Aus Gründen der inhaltlichen Interpretierbarkeit und besseren Übersichtlichkeit wurden jedoch für beide Listen 9 Faktorenlösungen gewählt, die für die Eigenschaftswörterliste 51 %, für die Beschwerdeliste 50 % der Gesamtvarianz erklärten. Eine solche Faktorenlösung wurde jeweils auch von einem entsprechenden SCREE-Test zur Bestimmung der optimalen Faktorenanzahl gestützt. Vier Items der Eigenschaftswörterliste (inadäquat, mache nichts richtig, verwirrt, im Konflikt) und 5 Items der Beschwerdeliste (Kopfschmerzen, Alpträume, Zittern, unfähig zu Entscheidungen, kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen) konnten keinem Faktor zugeordnet werden und wurden daher von der Auswertung ausgeschlossen. Die Zusammensetzung der Faktoren (Items mit Ladungen > .40) für die Eigenschaftswörterliste wird in Tabelle 1, die für die Beschwerdeliste in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 1: Zusammensetzung der 9 extrahierten Faktoren der Eigenschaftswörterliste

Faktoren	Items
Dysthymie	wertlos, Leben ist sinnlos, schreckliche Gedanken, deprimiert, gelangweilt, ohne Hoffnung, hat keine Zuversicht
Selbstbewusstsein und Optimismus	wertvoll, sympathisch, attraktiv, intelligent, optimistisch, vernünftig, voller Hoffnung
Gefühl körperlicher Unattraktivität	hässlich, deformiert, unattraktiv, abstoßend
Feindseligkeit	böse, feindlich, voller Hass, voll Ablehnung, aggressiv
Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit	inkompetent, naiv, liege moralisch falsch
Angst und Unsicherheit	ängstlich, selbstunsicher, optimistisch (negative Ladung), voller Hoffnung (negative Ladung)
Gefühl der Wertlosigkeit	nutzlos, ein Niemand, Leben ist sinnlos, dumm, neige zur Panik
Gefühl ungerechter Bewertung	schuldig, einsam, ungeliebt, missverstanden
Agitiertheit	getrieben, aggressiv, ruhelos

Tabelle 2: Zusammensetzung der 9 extrahierten Faktoren der Beschwerdeliste

Faktoren	Items
Unruhe und Schwäche	Schwächeperioden, nehme Beruhigungsmittel, Schlaflosigkeit, Spannungsgefühle, Depressionen, Unfähigkeit zur Entspannung
Selbstunsicherheit und Einsamkeit	Depressionen, schüchtern unter Leuten, Minderwertigkeitskomplexe, einsam, Schwierigkeiten sich zu amüsieren
Selbstschädigung	Ohnmachten, Alkoholsucht, Selbstmordgedanken, mag keine Wochenenden und Ferien, nehme oft Schmerztabletten
Vegetative Störungen	Herzklopfen, Magenstörungen, Verdauungsstörungen, Appetitlosigkeit
Angstprobleme	Schwindel, Panikgefühle, schüchtern unter Leuten, unfähig Freundschaften zu schließen
Konzentrations- u. Gedächtnisschwäche	Gedächtnisschwäche, Konzentrationsschwierigkeiten
Stress und Überbelastung	Schwindel, Konflikt, überehrgeizig, starkes Schwitzen
Schlechte Lebensverhältnisse	Nehme Drogen, schlechte Familienverhältnisse, kann Arbeit nicht längere Zeit behalten, finanzielle Probleme
Ärger und Konflikt	Ärgerzustände, Spannungsgefühle, Konflikt

2.4.2 FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung)

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar ist ein mehrdimensionales Selbsteinschätzungsinventar, das ein umfassendes Bild der Persönlichkeit abgeben soll. Die im Rahmen dieser Studie verwendete revidierte Version (Fahrenberg, Hampel, & Selg, 1989) umfasst zehn Standardskalen mit jeweils zwölf Items, die durch Faktorenanalysen konstruiert wurden. Zusätzlich beinhaltet der Fragebogen die beiden Skalen Extraversion und Neurotizismus mit je 14 Items, die getrennt von den Standardskalen entwickelt wurden. Alle Skalen sind als ein Kontinuum zwischen zwei Extrempolen konzipiert. Das FPI-R misst also solche Eigenschaften bzw. Persönlichkeitsmerkmale, die eher über längere Zeit stabil bleiben (traits), und nicht kurzfristige Befindlichkeiten (states), wie die Beschwerde- und Eigenschaftswörterliste. Daher sind Veränderungen auf diesen Skalen durch eine Psychotherapie in geringerem Ausmaß als bei EWL und BL zu erwarten. Hinzu kommt, dass bei manchen

Unterskalen des FPI-R (z.B. Aggressivität) eine mittlere Ausprägung als optimal zu betrachten ist, da die von den Autoren angegebenen Staninewerte so bemessen sind, dass 54 % der Normalbevölkerung zwischen den Staninewerten 4 und 6 liegen. Eine extrem hohe oder niedrige Ausprägung würde daher auf psychische Probleme hinweisen. Positive Veränderungen zeigen sich also nicht unbedingt durch das Erreichen von Extremwerten, sondern durch eine Tendenz zur Mitte. Individuelle Veränderungen von Klientinnen können sich außerdem bei den Berechnungen von Durchschnittswerten mitteln. Beispielsweise könnten sich Patientinnen auf derselben Skala von „aggressiv“ zu „wenig aggressiv“, aber auch gegenläufig von „zurückhaltend“ zu „sich durchsetzend“ verändern.

Zur Überprüfung des Therapieerfolgs werden in dieser Untersuchung trotz der geschilderten Einschränkungen Veränderungen der Mittelwerte auf den Unterskalen des FPI-R betrachtet. Veränderungen in die gewünschte Richtung können bei vorsichtiger Interpretation Hypothese 1 stützen.

Folgende Dimensionen werden mit dem FPI-R erfasst:

Lebenszufriedenheit und Selbstverwirklichung: Personen mit einer hohen Ausprägung auf dieser Skala bezeichnen sich als zufrieden mit dem eigenen Leben, mit ihrer Partnerbeziehung und ihrem Beruf. Sie blicken optimistisch in die Zukunft, akzeptieren eigene Schwächen und berichten von verständnisvollen menschlichen Beziehungen. Personen mit niedrigem Skalenwert grübeln viel über ihr Leben nach und haben das Gefühl, nicht verwirklicht zu haben, was in ihnen steckt. Sie haben oft eine bedrückte, depressive Stimmung.

Soziale Orientierung: Hohe Werte auf dieser Skala äußern sich in einer hohen Hilfsbereitschaft und Fürsorglichkeit, in Mitleid, Nachsicht und Sympathie für Benachteiligte und Schwache, Solidarität und Verständnis für Sorgen und Nöte der Mitmenschen. Probanden mit niedriger Ausprägung betonen die Verantwortung des Einzelnen für seine Lebensbedingungen bzw. sehen den Staat als für Sozialhilfe zuständig an.

Leistungsorientierung: Probanden mit hoher Ausprägung sind leistungsorientiert und leistungsmotiviert. Sie streben nach Erfolg, sind beruflich engagiert, auch auf Kosten des Privatlebens, und setzen sich Ziele, welche Zeitdruck und Ungeduld zur Folge haben. Sie neigen dazu, das Lebens- und Arbeitstempo zu beschleunigen, zeichnen sich aus durch geistige Beweglichkeit und eine geringe Ausprägung von Langeweile, Apathie und Desinteresse. Ein niedriger Skalenwert auf dieser Skala deutet auf wenig Ehrgeiz und Konkurrenzverhalten hin.

Gehemmtheit: Probanden mit hohem Skalenwert auf dieser Skala fühlen sich im sozialen Umgang gehemmt, sie möchten in Geselligkeiten lieber im Hintergrund bleiben und es fällt ihnen schwer, vor einer Gruppe zu sprechen. Sie sind leicht verlegen und erröten schnell. Personen mit niedrigem Skalenwert sind ungezwungen und kontaktbereit. Sie gehen leicht auf anderen zu und bewegen sich selbstsicher in Gruppen.

Erregbarkeit: Probanden mit hohem Skalenwert schildern sich leicht erregbar und reizbar. Sie lassen sich leicht aus der Ruhe bringen und können ihren Ärger nicht gut beherrschen. Sie reagieren auch bei unwichtigen Dingen empfindlich oder hastig. Ein niedriger Skalenwert steht für Gelassenheit; entsprechende Personen lassen sich nicht leicht provozieren oder hetzen.

Aggressivität: Personen mit hoher Ausprägung neigen zu aggressiver Durchsetzung (ggf. auch auf körperlicher Ebene). Ihnen kann es Spaß machen, anderen Menschen Fehler nachzuweisen oder grobe Streiche auszuüben; sie reagieren leicht wütend und unbeherrscht. Probanden mit niedrigem Skalenwert sind entweder mehr zurückhaltend, passiv und aggressiv gehemmt oder können sich so kontrollieren, dass es nicht zu aggressiven Reaktionen kommt.

Beanspruchung: Probanden mit hohem Skalenwert haben viele Aufgaben und erleben bei der Arbeit starke Anforderungen und Zeitdruck. Sie arbeiten viel und würden eigentlich gerne einigen ihrer Verpflichtungen entgehen. Die starke Anspannung kann zur Überforderung führen und sich in Nervosität, Mattigkeit, Erschöpfung und dem Gefühl, oft „im Stress“ zu sein, äußern. Probanden mit niedrigem Skalenwert können ihre Aufgaben bewältigen, ohne in Hetze oder Nervosität zu geraten. Die Skala erfasst jedoch nur die subjektiv erlebte Beanspruchung und sagt nichts über die tatsächliche Belastung oder objektive Belastbarkeit aus.

Körperliche Beschwerden: Personen mit hoher Ausprägung fühlen sich in ihrem körperlichen Allgemeinbefinden beeinträchtigt; sie klagen beispielsweise über Schlafstörungen, Wetterfühligkeit, Kopfschmerzen, Herzarrhythmien, Hitzewallungen, kalte Hände und Füße, Engegefühl in der Brust oder Tics. Personen mit niedrigem Skalenwert klagen wenig über Beschwerden.

Gesundheitssorgen: Probanden mit hohem Skalenwert versuchen, Ansteckungsrisiken zu vermeiden und sich durch ihren Lebensstil zu schonen; sie suchen relativ oft ärztlichen Rat, bleiben aber dennoch misstrauisch. Probanden mit niedrigem Skalenwert sind gesundheitlich unbekümmert und robust.

Offenheit: Diese Skala soll eine Beantwortung der Fragen in Richtung Sozialer Erwünschtheit aufdecken. Personen mit hohem Skalenwert geben selbstkritisch kleine Fehler und Schwächen zu (Zuspätkommen, gelegentliches Lügen). Personen mit niedrigem Skalenwert sind entweder sehr stark an konventionellen Umgangsformen orientiert, oder sie sind auf einen guten Eindruck bedacht. Es konnte gezeigt werden, dass sich bei unterschiedlichen Testinstruktionen (anonyme versus Bewerbungssituation der getesteten Personen) unterschiedliche FPI-R-Profilstrukturen ergaben. Die Unterschiede betrafen aber nicht alle Skalen in gleichem Maße (Fahrenberg et al., 1978). Amelang und Borkenau (1981) betonen, dass die Befunde bezüglich der Moderation der Validität der übrigen Skalen durch die SE-Skala uneinheitlich sind und deshalb bei hohen Werten bezüglich Sozialer Erwünschtheit nicht pauschal von einer Interpretation des gesamten Tests abgeraten werden darf.

Extraversion: Probanden mit hohem Skalenwert beschreiben sich als gesellig und impulsiv, sie gehen gern aus, schätzen Abwechslung und Unterhaltung, schließen schnell Freundschaften, sind lebhaft, gesprächig und schlagfertig, übernehmen auch gerne die Führung bei gemeinsamen Aktivitäten. Probanden mit niedrigem Skalenwert sind in Gesellschaft eher zurückhaltend und sind lieber für sich allein. Sie sind ruhig, ernst, wenig mitteilend, beherrscht statt impulsiv und wenig unternehmungslustig.

Neurotizismus/ Emotionalität: Personen mit hohem Skalenwert sind zum einen reizbar und erregbar, zum anderen fühlen sie sich abgespannt, matt und teilnahmslos. Ihre Laune wechselt oft, die Stimmung ist meist bedrückt oder ängstlich getönt. Sie grübeln viel und neigen zur Tagträumerei, fühlen sich kaum verstanden. Probanden mit niedrigem Skalenwert nehmen die Dinge gelassen, haben wenig Sorgen oder innere Konflikte, ihre Stimmung ist ausgeglichen.

Reliabilität des FPI-R

Um die Retestreliabilität der einzelnen Skalen zu ermitteln, wurde der Fragebogen einer Gruppe von Herz-Kreislauf-Patienten zu drei Messzeitpunkten vorgegeben. Die Reliabilitäten zwischen jeweils zwei der Zeitpunkte lagen zwischen $r = 0.52$ und $r = 0.85$. Das Cronbach's Alpha der Skalen lag zwischen $.73$ und $.83$ (Fahrenberg et al., 1978).

Die Interkorrelationen zwischen den Skalen fielen in einer bevölkerungsrepräsentativen Normierungsstichprobe unterschiedlich stark aus. Einige Skalen lassen deutliche Beziehungen untereinander erkennen. Die gemeinsame Varianz zweier Skalen (Erregbarkeit und Aggressivität) betrug jedoch maximal 20 % (Fahrenberg et al., 1978).

Validität des FPI-R

Es gibt eine Vielzahl an Studien zur Validierung des FPI, die meisten beziehen sich jedoch auf die Originalversion, nicht auf den FPI-R. Fahrenberg et al. (1978) konstatieren dennoch, dass die konstruktbezogene und faktorielle Validität des FPI-R als befriedigend angesehen werden könne.

Zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität des FPI-R wurden in der Normstichprobe die einzelnen Skalen mit Außenkriterien korreliert (Erhebung von Statusmerkmalen, Fremdeinschätzungen der Selbstsicherheit durch den Interviewer sowie Selbsteinschätzungen einer Vielzahl von Variablen wie z.B. der beruflichen Belastung, der Zufriedenheit mit Lebensbedingungen und Gesundheitszustand, Alkoholkonsum, Häufigkeit von Arztbesuchen, Psychotherapie). Diese Variablen hingen mit den Skalen des FPI-R entsprechend der Bedeutungen der jeweiligen Skalen zusammen, was auf eine gute Validität schließen lässt.

Schmidt und König (1986) korrelierten in einer Studie die selbsteingeschätzten FPI-Werte mit 7-stufigen Selbst- und Fremdeinschätzungen in Anlehnung an den FPI-Auswertungsbogen. Die mittlere Korrelation zwischen FPI-R und Fremdeinstufungen betrug $r = .38$ ($r = .45$ bei besserer Bekanntheit der Personen und $r = .30$ bei geringer Bekanntheit). Die deutlichsten Zusammenhänge ($r \geq .40$) ergaben sich für die Unterskalen Lebenszufriedenheit, Leistungsorientierung, Beanspruchung und Körperliche Beschwerden. Korrelationen mit Selbsteinschätzungen fielen noch höher aus (durchschnittlich $r = .55$). Selbst- und Fremdeinstufungen korrelierten zu $r = .50$ bei hoher und zu $r = .38$ bei niedriger Bekanntheit (durchschnittlich $r = .45$).

Die durchschnittlichen Ausprägungen der Skalen sind abhängig von Alter, Geschlecht und Schulabschluss der befragten Personen. Frauen haben höhere Werte auf den Skalen Soziale Orientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Körperliche Beschwerden und Emotionalität; niedrigere Werte in Leistungsorientierung und Aggressivität. Ältere Menschen haben höhere Werte auf den Skalen Körperliche Beschwerden und Gesundheitsorgen und niedrigere Werte in Aggressivität, Offenheit und Extraversion (ausgehend von partiellen Regressionskoeffizienten von mindestens $r = 0.15$). Zwischen Lebensalter und Leistungsorientierung und Beanspruchung ergaben sich nicht-lineare Zusammenhänge (höchste Ausprägung dieser Skalen im mittleren Lebensalter). Diese Abhängigkeiten wurden in differenzierten Normtabellen berücksichtigt, anhand derer die Testrohwerte in Staninewerte umgerechnet werden.

Zufällig unbeantwortete Items führen, solange sie einen kritischen Wert nicht überschreiten, bei der Auswertung des FPI-R nicht zu einer Ergebnisverfälschung. In die

vorliegende Untersuchung gingen Staninewerte und keine Rohdaten ein. Missing Data konnten also nur dann entstehen, wenn eine Person den kompletten Test nicht bearbeitete oder so viele Items offen ließ, dass keine Auswertung stattfinden konnte.

2.4.3 Nachbefragung

Zur Nachbefragung der Patientinnen wurde ein im Umlauf befindlicher Katamnesefragebogen verwendet, der zur Qualitätssicherung langjährig unsystematisch zum Einsatz kam im Sinne einer persönlichen Rückmeldung für die Therapeutin. Für diese Erhebung wurde er systematisch an alle Klientinnen versendet, die zwischen 2001 und 2006 ihre Therapie beendeten.

Hier sollten die Klientinnen auf einer Nominalskala angeben, was zur Beendigung der Psychotherapie führte: Eigener Entschluss, Entschluss der Psychotherapeutin, äußere Faktoren oder andere Gründe. Zu den äußeren Faktoren dürfte vor allem die genehmigte vorgegebene Stundenzahl zählen, auch wenn diese nicht dezidiert erfragt wurde. Auf je fünfstufigen Skalen bewerteten die Klientinnen, wie zufrieden sie mit dem Ergebnis der psychotherapeutischen Gespräche sind und wie sehr sie jetzt weitere Psychotherapie benötigen. Auch das psychische Befinden und das Ausmaß der Beeinträchtigung vor und nach der Psychotherapie, sowie die erlebte Veränderung wurden auf drei- bzw. fünfstufigen Skalen erfragt (siehe Fragebogen im Anhang unter 7.1.2). Den Klientinnen wurden die Fragen ohne numerische Skalierung vorgegeben. Diese wurde erst bei der Auswertung vorgenommen und ist für die Fragen, die in die Berechnungen eingingen, unten aufgeführt.

F2: Wenn Sie alles erwägen, wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der psychotherapeutischen Gespräche?

1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = etwas zufrieden, 4 = zufrieden, 5 = sehr zufrieden

F3: Wie sehr benötigen Sie jetzt weitere Psychotherapie?

1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = in gewissem Maße, 4 = sehr, 5 = in höchstem Grade

F7: Wie stark haben Sie sich Ihrer Meinung nach durch die Psychotherapie verändert?

1 = überhaupt nicht, 2 = sehr wenig, 3 = etwas, 4 = stark, 5 = sehr stark

F11: Wie gut kommen Sie im Großen und Ganzen jetzt zurecht?

1 = äußerst gut, 2 = gut, 3 = gleich gut wie schlecht, 4 = schlecht, 5 = sehr schlecht

Da die einzelnen Items unabhängig voneinander sind und kein Summenwert berechnet wurde, wurden auch die Antworten jener Probandinnen berücksichtigt, die nicht alle Fragen beantworteten. Daraus ergeben sich bei den Berechnungen zu den Therapieeffekten unterschiedliche Stichprobengrößen.

Zusätzlich zur Nachbefragung der Klientinnen wurde der Therapieerfolg durch die Psychotherapeutin auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt:

Outcome-Schätzung der Psychotherapeutin:

1 = nicht erfolgreich, 2 = wenig erfolgreich, 3 = erfolgreich, 4 = sehr erfolgreich

Die Einschätzung orientierte sich an dem therapeutischen Auftrag, der zu Therapiebeginn die Allianz begründete und in der Regel darin bestand, bestimmte Symptome zu reduzieren, bestimmte Verhaltensweisen auf- oder abzubauen, oder bestimmtes Erleben zu ermöglichen, zu reduzieren oder einen kontrollierten Umgang damit zu ermöglichen.

2.5 Statistische Verfahren

Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem Statistik-Programm SAS durchgeführt. Für die Analyse der untersuchten Stichprobe wurden Mittelwertberechnungen und Häufigkeitsanalysen durchgeführt. Neben Mittelwerten wurden immer auch die entsprechenden Standardabweichungen bestimmt.

Die Überprüfung der formulierten Hypothesen zu den Therapieeffekten sowie die Analyse von Selektionseffekten in der untersuchten Stichprobe erfolgten anhand inferenzstatistischer Verfahren. Für die statistische Absicherung möglicher Unterschiede zwischen den Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen an der Untersuchung wurden für die kontinuierlich verteilten Variablen (Alter, Anzahl der Sitzungen und Outcome-Einschätzung der Therapeutin) unifaktorielle Varianzanalysen, für die kategorialen Variablen (Geschlecht und Bildungsgrad) Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Für die statistischen Vergleiche der Prä- und Postmessungen (Hypothese 1) wurden t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt.

Die Effektstärken wurden nach folgender Formel berechnet (Caspar & Jacobi, 2004):

$$\frac{|\text{Mittelwert}_{\text{prä}} - \text{Mittelwert}_{\text{post}}|}{(\text{Streuung}_{\text{prä}} + \text{Streuung}_{\text{post}}) / 2}$$

Die Übereinstimmung von Therapeutinnen- und Klientinnenbeurteilung des Therapieerfolgs (Hypothese 2) ebenso wie der Zusammenhang des Ausmaßes der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn und der Therapiedauer (Hypothese 3a) wurden anhand korrelativer Analysen (Pearson Produkt-Moment Korrelation) bestimmt. Für die Hypothesen 3b bis 5, die Unterschiede in den Therapieoutcome-Einschätzungen für unterschiedliche Therapiedauer, unterschiedliche Störungsbilder sowie demographische Variablen untersuchen, wurden univariate (teilweise multifaktorielle) Varianzanalysen berechnet (für eine genauere Beschreibung der genannten Verfahren siehe z.B. Bortz, 2005).

Wir erkennen, wer wir sind, weil wir gleichzeitig uns im Verhältnis zu anderen anders sehen lernen.

J. Habermas

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Arbeit dargestellt. Das Kapitel gliedert sich in zwei Teile. Da es sich bei der untersuchten Population um eine anfallende Stichprobe handelt, die keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben kann, erscheint zunächst eine detaillierte Analyse der untersuchten Stichprobe sinnvoll und notwendig (3.1). Diese orientiert sich an strukturierenden Überlegungen. Die Stichprobe wird dadurch transparent gemacht und kann damit auch einen Anreiz für weitere vergleichende Praxisforschung bieten. Kapitel 3.2 behandelt die Ergebnisse der Hypothesenprüfung zu den Therapieeffekten.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden soll die angefallene Stichprobe ausführlich beschrieben werden, um so die realen Bedingungen dieser Praxisstudie transparent werden zu lassen und dem Mangel an Repräsentativität mit einer exakten Einzelfallschilderung zu begegnen. Die Daten wurden durch Biographische Anamnese oder die Beantwortung des LHQ erhoben

Die differenzierte Beschreibung der Stichprobe wurde durch folgende Fragen strukturiert:

1. Wie lässt sich die Stichprobe demographisch beschreiben (Geschlecht, Alter, Bildungs- und Familienstand)?
2. Wie viele der ambulanten Patientinnen befinden sich erstmalig in psychotherapeutischer Behandlung? Wie hoch ist der Anteil der bereits vorbehandelten Patientinnen?
3. Welche Stundenkontingente werden in welchem Zeitraum in Anspruch genommen? Wie viele Patientinnen brechen die Therapie ab?
4. Welche Störungen werden in der Praxis behandelt und wie häufig kommen diese jeweils vor?
5. Wie häufig finden sich neben einer psychischen Störung weitere psychische Erkrankungen (Komorbidität)?
6. Unterscheiden sich die durchschnittliche Anzahl der therapeutischen Sitzungen und die Therapiedauer bei unterschiedlichen Störungsbildern, bzw. bei Komorbidität?

3.1.1 Demographische Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 3 fasst die soziodemographischen Daten der untersuchten Klientinnen zusammen, die im Folgenden erläutert werden:

81 % der Probandinnen waren Frauen. Das Alter der Klientinnen bei Therapiebeginn reichte von Anfang 20 bis Ende 70, mit einem Mittelwert von 37,6 Jahren und einer Standardabweichung von 10,7 Jahren. Eine einzelne Klientin war bei Therapiebeginn 14 Jahre alt. Der Familienstand der Patientinnen ist dadurch gekennzeichnet, dass der überwiegende Teil der Klientinnen (61 %) in einer Partnerschaft lebt, 27 % leben allein, ca. 52 % haben Kinder, die sie allein (11 %) oder mit Partner (41 %) erziehen.

39 % der Klientinnen sind Akademikerinnen, 23 % haben ihre Schulbildung mit dem Abitur abgeschlossen. Alters- oder geschlechtsspezifische diagnostische Effekte sind in der untersuchten Stichprobe nicht feststellbar.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (N = 184)

Soziodemographische Variablen	Gesamtstichprobe (N = 184)	Depressive Episode (N = 57)	Rezidiv. Depr. Störung (N = 31)	Posttraum. Bel.reakt. (N = 41)	Persönlichkeitsstörung (N = 21)	Angst und Zwang (N = 20)	Störung des Körperbezugs (N = 14)	Komorbidität (N = 83)	Nur eine Diagnose (N = 101)
Alter									
M	38	38	39	37	38	35	36	38	37
SD	11	10	11	10	13	10	11	10	11
Range	14 - 78	22 - 78	22 - 59	14 - 62	19 - 68	21 - 57	21 - 61	19 - 61	14 - 78
Geschlecht									
männlich	35 (19%)	8 (14%)	7 (23%)	8 (20%)	3 (14%)	7 (35%)	2 (14%)	15 (18%)	20 (20%)
weiblich	149 (81%)	49 (86%)	24 (77 %)	33 (80%)	18 (86%)	13 (65%)	12 (86%)	68 (82%)	81 (80%)
Bildung									
Hauptschule	22 (12%)	6 (11%)	4 (13%)	7 (17%)	2 (10%)	3 (15%)	0	10 (12%)	12 (12%)
Realschule	48 (26%)	16 (28%)	7 (23%)	6 (15%)	7 (33%)	8 (40%)	4 (29%)	20 (24%)	28 (28%)
Abitur	43 (23%)	8 (14%)	10 (23%)	11 (27%)	6 (29%)	5 (25%)	3 (21%)	20 (24%)	23 (23%)
Studium	71 (39%)	27 (47%)	10 (23%)	17 (42%)	6 (29%)	4 (20%)	7 (50%)	33 (40%)	38 (38%)
Familienstand									
Partner u. Kinder	75 (41%)	23 (40%)	14 (45%)	19 (46%)	5 (24%)	9 (45%)	5 (36%)	32 (39%)	43 (42%)
allein erziehend	21 (11%)	8 (14%)	4 (13%)	7 (17 %)	0	2 (10%)	0	9 (11%)	12 (12%)
Partner o. Kinder	38 (21%)	8 (14%)	8 (26%)	9 (22%)	7(33%)	3 (15%)	3 (21%)	15 (18%)	23 (23%)
allein lebend	50 (27%)	18 (32%)	5 (16%)	6 (15%)	9 (43%)	6 (30%)	6 (43%)	27 (32%)	23 (23%)

3.1.2 Erst- und Vorbehandlungen

Für 76 Klientinnen (41 %) handelte es sich um eine Erstbehandlung. 41 Klientinnen (22 %) gaben eine, 67 (36 %) mehr als eine Vorbehandlung an, gewöhnlich anderer psychotherapeutischer Provenienz.

3.1.3 Sitzungsanzahl, Therapiedauer und Abbrecherinnen

Die untersuchten Klientinnen nahmen im Mittel 35 **Therapiesitzungen** bei einer Standardabweichung von 30 Sitzungen in Anspruch. Darin sind die probatorischen Sitzungen enthalten. Sinnvoller erscheint es allerdings, sich an den Stundenkontingenten zu orientieren, die bei den vorliegenden verhaltenstherapeutischen Therapiegenehmigungen vorgegeben werden: für Kurzzeittherapien 25 Sitzungen, für eine Langzeittherapie 45 Stunden, die auf Antrag noch einmal um 15 auf 60 Sitzungen und in begründeten Ausnahmefällen auf max. 80 Stunden verlängert werden können. Abbildung 4 zeigt die beanspruchten Stundenkontingente (siehe auch Tabelle 5). Daraus wird deutlich, dass $\frac{3}{4}$ der Klientinnen bereits nach maximal 45 Stunden ihre Therapie abgeschlossen hatten. In 14 Sonderfällen (8 %) wurde ein höheres Stundenkontingent als 80 Sitzungen erreicht. Dabei handelt es sich um Klientinnen mit chronischen Störungen und hoher Komorbidität, die langer Behandlungszeiten bedurften und zum Teil bis zu 14 Jahre vor dem Untersuchungszeitpunkt begonnen hatten. Zwischen den Stunden kam es zeitweilig zu versicherungsbedingten Therapiepausen von 2 Jahren. Im Maximalfall wurden 170 Stunden ausgewiesen.

3,8 % der Klientinnen nahmen als Teil ihres Behandlungskontingentes eine Gruppentherapie in Anspruch. Diese ging im Verhältnis 2:1 in das Gesamtstundenkontingent ein (d.h. zwei Gruppensitzungen werden als eine Einzelsitzung gewertet).

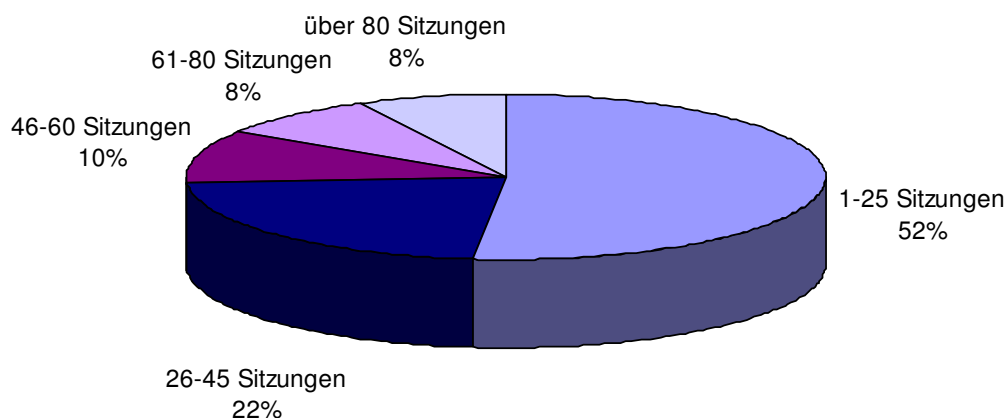


Abbildung 4: Anzahl der in Anspruch genommenen Therapiekontingente

Die **Therapiedauer** der Klientinnen ist unabhängig von der Anzahl absolvierter Sitzungen. Sie umfasste einen Zeitraum von 1-166 Monaten (das entspricht 13,8 Jahren), im Mittel 32 Monate (siehe Tabelle 5). Der Mittelwert der Behandlungsdauer erscheint jedoch wenig aussagekräftig. Ein sinnvollerer Erkenntnisgewinn ergibt sich aus einer Analyse in Jahres-schritten, aus der hervorgeht, wie viele Klientinnen welchen Zeitraum für ihre Therapie benötigten: 33 % der Klientinnen schlossen ihre Therapie bis zu einem Jahr nach Therapiebeginn ab, 23,5 % nach zwei Jahren und 14,2 % nach drei Jahren. Die restlichen 29,3 % der Therapien verteilen sich gleichmäßig auf einem Kontinuum bis zu 13,8 Jahren.

Ein Therapieabbruch erfolgte bei 16 % der Stichprobe. Diese haben im Durchschnitt mit einer Therapiedauer von 11 Monaten im Vergleich zu 36 Monaten bei Nicht-Abbrechern geringere Verweildauern. Das Kriterium für Therapieabbruch bestand dabei im nicht abgesprochenen Fortbleiben einer Klientin, oder einer nach Einschätzung der Therapeutin vorzeitigen Beendigung, ohne dass eine ausreichende Symptomreduktion stabilisiert worden wäre. Vier Klientinnen (0,5 %) verstarben im Untersuchungszeitraum und gingen damit artifiziell als „Abbrecher“ in die Stichprobe ein.

3.1.4 Störungsbilder und deren Häufigkeit

Die Diagnosen der Stichprobe wurden nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10, Kapitel V (F) (Weltgesundheitsorganisation, 2004) codiert. Für diese Arbeit wurden, um Aussagen über Komorbiditäten treffen zu können, jeweils die Erst- bis Drittdiagnosen erfasst. Die Diagnosen erfolgten hierarchisiert, d.h. die Zuordnung der Erst- bis Drittdiagnosen basierte auf der zeitlichen Reihenfolge der Behandlung der Störungsbilder. In Anlehnung an die diagnostische Struktur der ICD-10 wurden die Diagnosen in Cluster strukturiert, um eine praktikablere Rechengrundlage zu schaffen. Dabei war das klinische Erscheinungsbild ausschlaggebend für die Gruppenbildung. In

Tabelle 4 werden die gebildeten Cluster und die dazugehörigen Diagnosen dargestellt.

Tabelle 4: Cluster der Diagnosen der untersuchten Patientinnen

Cluster	ICD-10	Diagnosen
Depressive Störungen		
depressive Episoden	F32.0	Leichte depressive Episode
	F32.1	Mittelgradige depr. Episode
	F32.2	Schwere depr. Episode
	F32.8	Sonst. depr. Episoden
	F32.9	Depr. Episode, nicht näher bezeichnet
rezidivierende depr. Störungen	F33.0	Rezidiv. depr. Stör., gegenwärtig leichte Episode
	F33.1	Rezidiv. depr. Stör., gegenwärtig mittelgr. Ep.
	F33.2	Rezidiv. depr. Stör., gegenwärtig schwere Ep.
	F33.4	Rezidiv. depr. Stör., gegenwärtig remittiert
	F34.1	Dysthymia
	F20.4	Postschizophrene Depression
Angst und Zwang		
Angst und Zwang	F40.0	Agoraphobie
	F40.1	Soziale Phobien
	F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
	F41.0	Panikstörung
	F41.1	Generalisierte Angststörung
	F41.2	Angst und Depression gemischt
	F42.0	Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken
	F42.1	Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen
	Posttraumat. Belastungsreaktionen	
Posttraumat. Belastungsreaktionen	F43.0	Akute Belastungsreaktion
	F43.1	Posttraumat. Belastungsstörung
	F43.2	Anpassungsstörung
	F44.7	Dissoziative und Konversionsstörung
	F62.0	Persönlichkeitsstör. nach Extrembelastung
Störungen des Körperbezugs		
Störungen des Körperbezugs	F45.0	Somatisierungsstörung
	F45.4	Somatoforme Schmerzstörung
	F45.9	Somatoforme Stör., nicht näher bezeichnet
	F48.0	Neurasthenie
	F50.0	Anorexia nervosa
	F50.2	Bulimia nervosa
	F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet
	F52.0	Mangel od. Verlust v. sexuellem Verlangen
	F52.1	Sex. Aversion u. mangelnde sex. Befriedigung
	F52.2	Versagen genitaler Reaktionen
	F52.3	Orgasmusstörung
	F65.5	Sadomasochismus
	F66.0	Sexuelle Reifungskrise

Persönlichkeitsstörungen	F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
	F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
	F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
	F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
	F60.5	Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstör.
	F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstör.
	F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
	F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
	F61.0	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstör.
	F63.2	Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
	F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
	F10.2	Psychische und Verhaltensstör. durch Alkohol
	F11.7	Psychische und Verhaltensstör. durch Opioide
	F23.1	Akute polymorphe psychot. Stör. mit Symptomen einer Schizophrenie

Ordnet man die Erstdiagnosen nach Häufigkeit, ergibt sich eine deutliche Überrepräsentation depressiver Störungen mit einem Anteil von 47,8 % (N = 88). Davon leiden 31 % (N = 57) unter einer depressiven Episode und 16,8 % (N = 31) unter rezidivierenden depressiven Störungen verschiedenen Ausprägungsgrades. Posttraumatische Belastungsreaktionen wurden bei 22,3 % (N = 41) der Klientinnen festgestellt, Persönlichkeitsstörungen bei 11,4 % (N = 21), Angst- und Zwangsstörungen bei 10,9 % (N = 20) und Störungen des Körperbezugs bei 7,6 % (N = 14). Abbildung 5 veranschaulicht die Häufigkeiten der Erstdiagnosen in der Stichprobe.

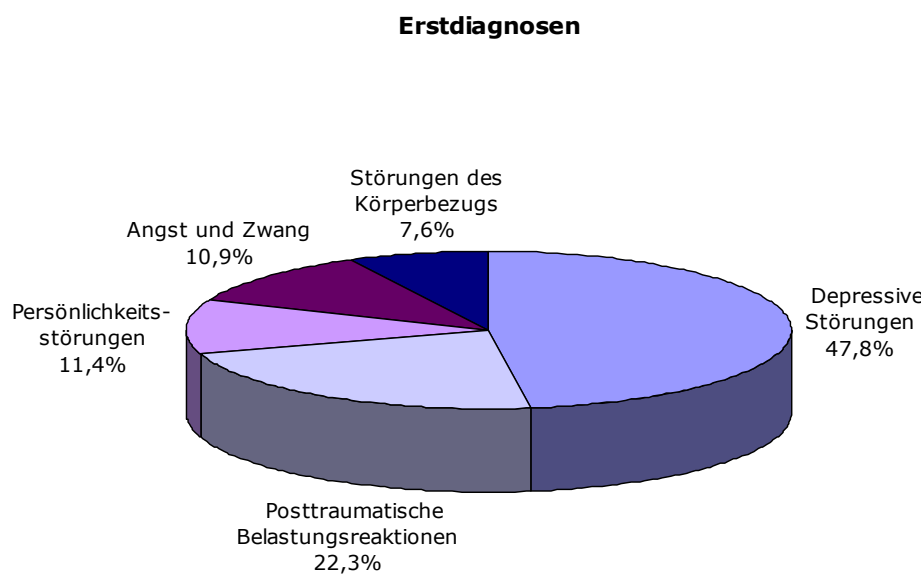


Abbildung 5: Erstdiagnosen in der Untersuchungsstichprobe

3.1.5 Komorbidität

An 83 Personen wurde als Additiv zur Erstdiagnose eine Zweitdiagnose vergeben (45 %). Daher müssen sich hier andere Häufigkeitsverteilungen zeigen: Mit 28,9 % (N = 24) überwiegen nun Persönlichkeitsstörungen, gefolgt von 25,3 % (N = 21) mit Posttraumatischen Belastungsreaktionen. Depressive Störungen bildeten auch hier einen wesentlichen Anteil mit 24,1 % (N = 20), davon 12,1 % (N = 10) depressive Episoden und 12,1 % (N = 10) rezidivierende depressive Störungen. Angst und Zwang (14,5 %; N = 12) sowie Störungen des Körperbezugs (7,2 %; N = 6) sind auch bei der Zweitdiagnose weniger häufig vertreten.

Abbildung 6 veranschaulicht die Häufigkeiten der Zweitdiagnosen in der Stichprobe.

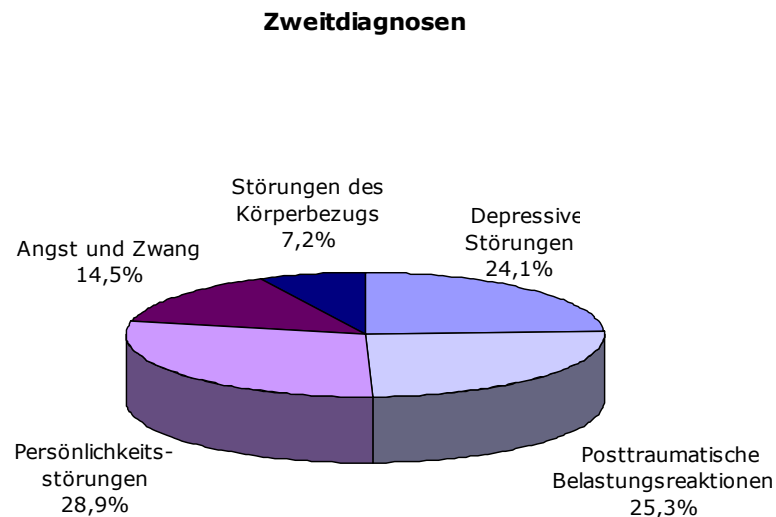


Abbildung 6: Zweitdiagnosen in der Untersuchungsstichprobe

Drittdiagnosen erhielten lediglich N = 19 Personen (10 %). Hierbei überwiegen die Persönlichkeitsstörungen mit 10 Personen (52,6 %). Die restliche Verteilung zu interpretieren, verbietet die geringe Anzahl von Probandinnen.

Betrachtet man die Häufigkeiten der Erst-, Zweit- und Drittdiagnosen separat, so wird die Stichprobengröße von N = 184 nicht überschritten. Eine Berücksichtigung von Mehrfachnennungen ohne hierarchische Gewichtung kann hingegen ein realeres Bild der Diagnosehäufigkeiten und der Behandlungswirklichkeit wiedergeben. Beachtet man Erst-, Zweit- und Drittdiagnosen nach ihrer absoluten Häufigkeit, ergibt sich ein N von 286 Diagnosen. Das hat zwar zur Folge, dass einzelne Patientinnen, nämlich die mehrfach diagnostizierten, höher gewichtet werden, erscheint aber dennoch sinnvoll. Die Verteilung gestaltet sich

dann wie folgt: Depressive Störungen bilden sich auch hier mit $N = 110$ am häufigsten ab (d.h. 60 % der Patientinnen litten an einer solchen Störung), gefolgt von posttraumatischen Belastungsreaktionen mit $N = 68$ (37 % der Patientinnen) und Persönlichkeitsstörungen mit $N = 52$ (28 % der Patientinnen). Angst und Zwang sind dagegen mit $N = 33$ (18 % der Patientinnen) weniger häufig in der Stichprobe vertreten, ebenso wie Störungen des Körperbezugs mit $N = 23$ (13 % der Patientinnen). Diese Prozentzahlen ergeben sich aus der Mehrfachgewichtung mancher Patientinnen in der Stichprobe und dürfen daher nicht addiert werden. Die angeführten Häufigkeiten werden auch in Abbildung 7 dargestellt.

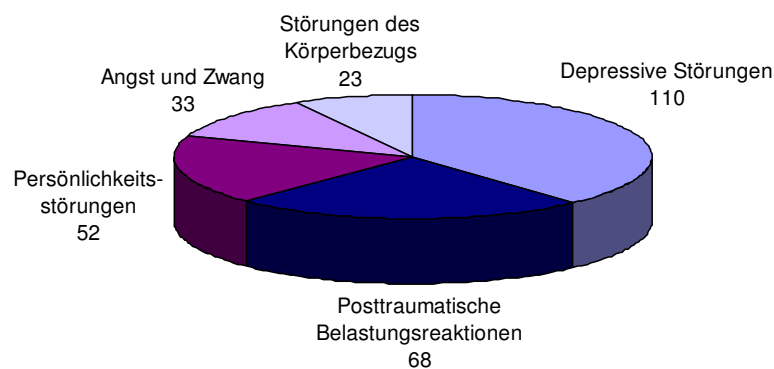


Abbildung 7: Absolute Häufigkeiten der Diagnosen in der Untersuchungsstichprobe

3.1.6 Zusammenhang von Störungsbildern und Komorbidität mit Sitzungsanzahl und Therapiedauer

Tabelle 5 informiert über Sitzungsanzahlen, Stundenkontingente und Therapiedauern der Klientinnen, getrennt nach deren Erstdiagnosen, wie sie zuvor geclustert wurden. In den letzten beiden Spalten finden sich Differenzierungen aufgrund von Komorbidität bzw. dem Vorliegen von nur einer Diagnose.

Wendet man sich den einzelnen Störungsclustern zu, so fällt zunächst auf, dass zwischen ihnen keine außerordentlichen Verschiedenheiten bezüglich der Anzahl der Sitzungen bestehen. Auffällig sind allerdings rezidivierende depressive Störungen, bei denen 60 % der Klientinnen über 25 Therapiestunden benötigen, bei einer durchschnittlichen Therapiedauer von 46 Monaten (fast vier Jahre). Deutlich abgehoben davon sind beispielsweise posttraumatische Belastungsreaktionen mit einer durchschnittlichen Therapiedauer von 25 Monaten (ca. zwei Jahren) und 63 % der Klientinnen, die bis zur 25. Stunde ihre Therapie

beendeten. Dabei nahmen sie durchschnittlich 12 Sitzungen weniger in Anspruch als rezidivierend depressive Klientinnen. Ähnlich stellt sich die Behandlungsstruktur von Angst- und Zwangsstörungen dar (durchschnittlich 30 Sitzungen in 23 Monaten bei einer 60 %igen Therapiebeendigung bis zur 25. Stunde).

Das Cluster „Störungen des Körperbezugs“ als Erstdiagnose verweist auf eine niedrige aber stetige Sitzungsanzahl bei einer relativ hohen Therapiedauer von ca. drei Jahren.

76 % der Klientinnen mit Persönlichkeitsstörungen schlossen die Therapie nach maximal 45 Stunden ab. Sie absolvierten durchschnittlich 37 Sitzungen bei einer durchschnittlichen Dauer von 33 Monaten, was einer niederfrequenten Behandlung von ca. einer Stunde monatlich entspricht. Ähnliches gilt für Klientinnen mit posttraumatischen Belastungsreaktionen als Erstdiagnose.

Beachtenswert erscheint die Bedeutung von Komorbidität: Klientinnen mit Einzeldiagnosen haben in durchschnittlich 28 Sitzungen in 28 Monaten ihre Therapie abgeschlossen, 60 % davon bis zur 25. und weitere 22 % bis zur 45. Stunde. Komorbide Klientinnen benötigten hingegen durchschnittlich 43 Sitzungen in 37 Monaten, also 9 Monate länger und 15 Sitzungen mehr. 41 % von ihnen schlossen bis zur 25., weitere 23 % bis zur 45. Stunde die Behandlung ab. Nach 45 Stunden hatten also 64 % der komorbiden Klientinnen, jedoch 82 % der Klientinnen mit Einzeldiagnosen die Therapie beendet.

Insgesamt zeigt sich, dass in der untersuchten Praxis ein niederfrequentes Vorgehen präferiert wird. Bezieht man nämlich die durchschnittliche Sitzungsanzahl der Gesamtstichprobe (35) auf deren durchschnittliche Therapiedauer (32 Monate), so kann man von einer Sitzung in vier Wochen ausgehen.

Tabelle 5: Anzahl therapeutischer Sitzungen und Therapiedauer getrennt für unterschiedliche Störungscluster (N = 184)

	Gesamtstichprobe (N = 184)	Depressive Episode (N = 57)	Rez. Depr. Störung (N = 31)	Posttraum. Bel.reakt. (N = 41)	Persönlichkeitsstörung (N = 21)	Angst und Zwang (N = 20)	Störung des Körperbezugs (N = 14)	Komorbidität (N = 83)	Nur eine Diagnose (N = 101)
Sitzungen									
M	35	38	41	29	37	30	32	43	28
SD	30	32	33	26	29	24	33	36	22
Range	2 - 170	5 - 170	5 - 130	2 - 115	5 - 105	4 - 105	7 - 142	2 - 170	4 - 105
Sitzungskontingente									
1 - 25	95 (52%)	27(47%)	12 (39%)	26 (63%)	9 (43%)	12 (60%)	9 (64%)	34 (41%)	61 (60 %)
26 - 45	41 (22%)	15 (26%)	8 (26%)	4 (10%)	7 (33%)	3 (15%)	4 (29%)	19 (23%)	22 (22 %)
46 - 60	19 (10%)	5 (9%)	3 (10%)	7 (17%)	1 (5%)	3 (15%)	0	12 (14%)	7 (7%)
61 - 80	15 (8%)	5 (9%)	5 (16%)	2 (5%)	2 (10%)	1 (7%)	0	7 (8%)	8 (8%)
über 80	14 (8%)	5 (9%)	3 (10%)	2 (5%)	2 (10%)	1 (7%)	1 (7%)	11 (13 %)	3 (3%)
Dauer in Monaten									
M	32	30	46	25	33	23	38	37	28
SD	33	29	45	25	28	30	43	36	30
Range	1 - 166	1 - 125	3 - 166	1 - 94	2 - 99	1 - 137	4 - 165	2 - 165	1 - 166

3.2 Psychotherapieeffekte in der untersuchten Klientinnenstichprobe

Im Folgenden sollen die zuvor (1.7) konzeptualisierten Hypothesen zu den Therapieeffekten überprüft werden (3.2.2 ff.). Eingangs werden jedoch zunächst mögliche Selektionseffekte untersucht, die die Aussagekraft der Ergebnisse beeinträchtigt haben könnten (3.2.1).

3.2.1 Überprüfung von Selektionseffekten

Um mögliche Selektionseffekte zu überprüfen, wurden die Teilnehmerinnen (N = 76) und Nicht-Teilnehmerinnen (N = 108) der Katamnesebefragung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen und Outcome-Schätzung der Psychotherapeutin verglichen. Zur Unterschiedsprüfung bei den kontinuierlich verteilten Variablen wurden unifaktorielle Varianzanalysen durchgeführt: Bezüglich des Alters der Patientinnen zeigten sich keinerlei signifikante Unterschiede ($F = 0.20$; $p = .65$; $df = 1$). Gleiches gilt für die Anzahl der absolvierten Sitzungen ($F = 1.74$; $p = .19$; $df = 1$). Die Outcome-Einschätzung der Therapeutin hingegen wies einen Zusammenhang mit der (Nicht-)Teilnahme an den Posttests auf: Die Therapien jener Klientinnen, die an der Katamnesebefragung teilnahmen, wurden von der Therapeutin besser bewertet und erhielten ein durchschnittliches Rating von 3,4 versus 2,7 ($F = 24.52$; $p < .0001$; $df = 1$).

Um mögliche Unterschiede der Geschlechterverteilung in den beiden Gruppen zu prüfen, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Dieser wies keine Signifikanz auf ($\chi^2 = .94$; $p = .33$; $df = 1$). Auch ein zweiter Chi-Quadrat-Test, der für die Bildungsabschlüsse der Patientinnen berechnet wurde, erbrachte kein signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 2.28$; $p = .52$; $df = 3$). Das bedeutet, dass sich die Probandinnengruppe, die an der Katamneseuntersuchung teilnahm, hinsichtlich Geschlecht und Bildungsstatus nicht von den Nicht-Teilnehmerinnen unterscheidet.

3.2.2 Belege für einen Therapieerfolg

Um die erste Hypothese zu prüfen („Prä- und Post-Testvergleiche der Outcome-Maße, ebenso wie die Katamnesebefragung, belegen einen Therapieerfolg bei der untersuchten Stichprobe“), wurden die Ergebnisse der Eigenschaftswörter- und Beschwerdelisten sowie des Freiburger Persönlichkeitsinventars bei der Prä- und Postmessung verglichen. Zusätzlich wurden Therapieeffekte mittels Katamnesefragebogen ermittelt. Die Einschätzungen der Klientinnen auf der Beschwerde- und der Eigenschaftswörterliste (BL und EWL) wurden, wie in Kapitel 3.4.1 beschrieben, zunächst einer Faktorenanalyse unterzogen. Für die extrahierten Faktoren, ebenso wie für die Unterskalen des FPI-R, wurden t-Tests zum Vergleich zwischen Prä- und Posttest berechnet. Für die drei Verfahren wurden zudem Effektstärken ermittelt. Die Ergebnisse sollen im Folgenden separat für EWL, BL und FPI-R erläutert werden. In die Vergleichsberechnungen zwischen Prä- und Posttest gingen nur die Daten jener Personen ein, von denen beide Messungen vorlagen. In den zugehörigen Tabellen werden jedoch der Vollständigkeit halber in einer separaten Spalte auch die Mittelwerte und Standardabweichungen der gesamten Stichprobe beim ersten Messzeitpunkt dargestellt.

Eigenschaftswörterliste (EWL)

Die Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche zeigen insgesamt in starkem Maße in die hypostasierte Richtung (siehe Tabelle 6). Bei den Faktoren, die „unerwünschte“ Eigenschaften beinhalten, verringerten sich die Mittelwerte (durchschnittlich geringere Zustimmung der Klientinnen zu den Items). Das betrifft die Faktoren „Dysthymie“, „Feindseligkeit“, „Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit“, „Angst und Unsicherheit“, „Gefühl der Wertlosigkeit“, „Gefühl ungerechter Bewertung“ und „Agitiertheit“. Die Veränderungen auf diesen Faktoren sind hoch signifikant, d.h. diese Gefühle nahmen durch die Therapie ab. Lediglich bei einem Faktor („Gefühl körperlicher Unattraktivität“) ist die Veränderung nur marginal signifikant, tendiert aber in die zu erwartende Richtung.

Beim Faktor „Selbstbewusstsein und Optimismus“ erhöhte sich der Mittelwert signifikant, was ebenfalls für einen Therapieerfolg spricht, im Sinne einer durchschnittlich höheren Zustimmung der Klientinnen zu positiven Eigenschaften.

Bis auf die Faktoren „Selbstbewusstsein und Optimismus“ und „Gefühl körperlicher Unattraktivität“ wurden insgesamt Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich (Einteilung nach Cohen, 1992) erzielt (siehe Tabelle 6). Beim Faktor „Agitiertheit“ wurde die höchste Effektstärke (.95) erreicht. Die mittlere Effektstärke über alle Faktoren hinweg betrug .66. Unter Ausschluss der Faktoren „Selbstbewusstsein und Optimismus“ und „Gefühl körperlicher Unattraktivität“ ergibt sich eine mittlere Effektstärke von .79.

Tabelle 6: Prä- und Post-Testvergleiche der Werte der Eigenschaftswörterliste (EWL)

EWL-Faktoren	Vor Therapie alle (N = 153)		Vor Therapie (N = 74)		Nach Therapie (N = 74)		t-Wert	p-Wert	ES
	M	SD	M	SD	M	SD			
Dysthymie	26.33	26.38	20.27	22.31	5.21	15.79	5.62	< .0001***	.79
Selbstbewusstsein und Optimismus	35.48	28.76	34.94	27.39	43.44	34.38	-2.00	.049*	.27
Gefühl körperl. Unattraktivität	13.40	23.83	7.09	14.64	3.72	12.19	1.79	.077	.25
Feindseligkeit	14.51	23.87	14.59	23.24	1.35	6.89	4.59	< .0001***	.87
Gefühl persönl. Unzulänglichkeit	17.43	23.28	14.86	21.47	2.25	8.42	5.13	< .0001***	.83
Angst und Unsicherheit	72.55	28.79	71.62	28.47	44.26	32.20	6.09	< .0001***	.90
Gefühl der Wertlosigkeit	16.67	22.94	10.14	16.51	3.04	9.21	3.87	.0002***	.55
Gefühl ungerichteter Bewertung	47.88	28.53	49.32	27.13	35.47	18.04	4.24	< .0001***	.61
Agitiertheit	37.25	33.76	31.08	32.33	7.66	17.05	6.11	< .0001***	.95

Anmerkung: * = signifikant (auf 5 %-Niveau); ** = hoch signifikant (auf 1 %-Niveau); *** = höchst signifikant (auf 0,1 %-Niveau)

Die zu Tabelle 6 genannten Erläuterungen werden durch Abbildung 8 nachfolgend veranschaulicht. Wie auch an den hohen Effektstärken sichtbar, fand besonders bei den Faktoren „Angst und Unsicherheit“, „Agitiertheit“ und „Feindseligkeit“ eine große Verbesserung statt.

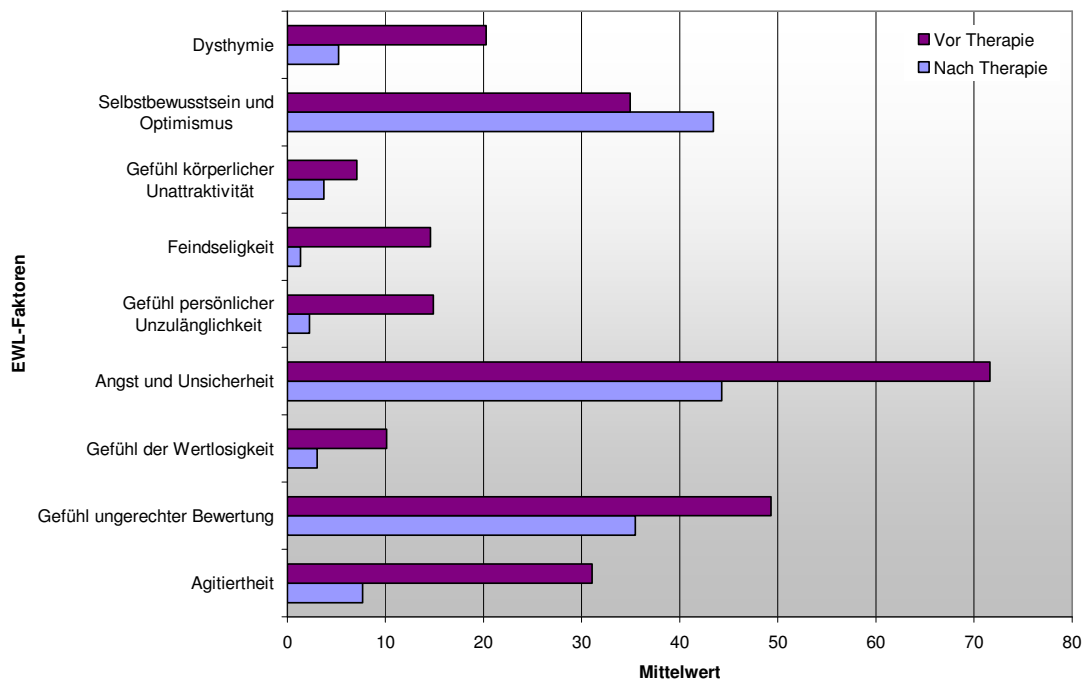


Abbildung 8: Prä-Post-Testvergleiche der Werte der Eigenschaftswörterliste (EWL)

Beschwerdeliste (BL)

Auch bei der Beschwerdeliste veränderten sich alle Faktoren in die gewünschte Richtung (siehe Tabelle 7). Insgesamt sind hier noch deutlichere Veränderungen zu verzeichnen als bei der Eigenschaftswörterliste. Fast alle Prä-Post-Vergleiche sind hochsignifikant. Einzig beim Faktor „Schlechte Lebensverhältnisse“ geht die Veränderung zwar tendenziell in die erwartete Richtung, ist aber nicht signifikant. Das überrascht wenig, da dieser Faktor stark von Umweltvariablen abhängt und insofern weniger durch eine Psychotherapie beeinflussbar scheint.

Die klinische Bedeutung der bestehenden Unterschiede zwischen Prä- und Postmessung wird durch die Effektstärken bestätigt: Die mittlere Effektstärke beträgt .73. Berechnet man die mittlere Effektstärke unter Ausschluss des Faktors „Schlechte Lebensverhältnisse“ erhöht sich diese auf .80. In sechs der neun Faktoren konnte eine Effektstärke im hohen Bereich nachgewiesen werden. Der Faktor „Unruhe und Schwäche“ erreichte mit 1.06 die größte Effektstärke.

Tabelle 7: Prä- und Post-Testvergleiche der Werte der Beschwerdeliste (BL)

BL-Faktoren	Vor Therapie alle (N = 153)		Vor Therapie (N = 74)		Nach Therapie (N = 74)		t-Wert	p-Wert	ES
	M	SD	M	SD	M	SD			
Unruhe und Schwäche	46.84	29.42	40.32	28.54	13.51	21.84	8.41	< .0001***	1.06
Selbstunsicherheit und Einsamkeit	42.22	30.22	33.51	26.92	12.70	20.83	6.07	< .0001***	.87
Selbstschädigung	10.98	17.76	8.11	13.21	2.70	9.55	3.20	.002**	.47
Vegetative Störungen	35.13	29.86	28.38	28.77	7.77	15.99	6.04	< .0001***	.92
Angstprobleme	27.61	27.08	24.32	23.76	9.80	14.81	5.42	< .0001***	.75
Konzentr.- u. Gedächtnisschwäche	45.42	43.06	35.81	41.81	12.84	29.91	4.96	< .0001***	.64
Stress und Überbelastung	25.00	26.75	19.93	24.12	6.08	11.56	5.08	< .0001***	.78
Schlechte Lebensverhältnisse	17.16	21.74	13.18	20.37	10.14	17.02	1.22	.227	.16
Ärger und Konflikt	46.19	35.28	38.74	34.91	13.06	22.63	7.24	< .0001***	.89

Anmerkung: * = signifikant (auf 5 %-Niveau); ** = hoch signifikant (auf 1 %-Niveau); *** = höchst signifikant (auf 0,1 %-Niveau)

Die zu Tabelle 7 genannten Erläuterungen werden durch Abbildung 9 nachfolgend veranschaulicht.

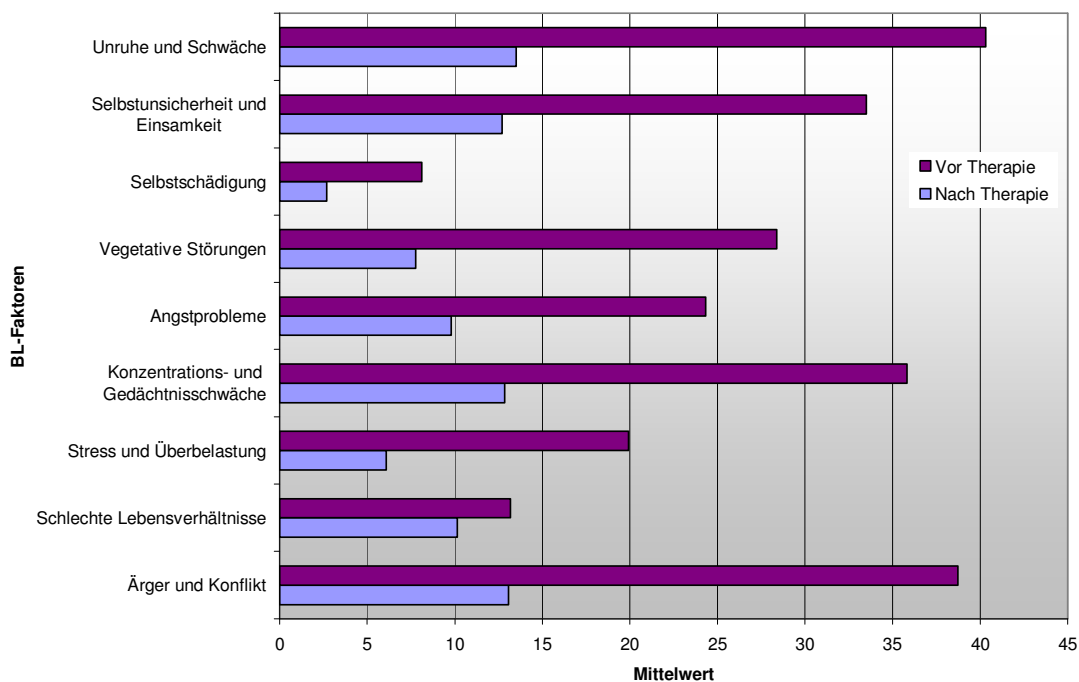


Abbildung 9: Prä- und Post-Testvergleiche der Werte der Beschwerdeliste (BL)

Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R)

Erwartungsgemäß untermauern die Ergebnisse aus dem FPI-R die positiven Ergebnisse aus der EWL und BL. Die Effekte erweisen sich jedoch als uneinheitlicher. Konstrukt entsprechend (siehe 2.4.2) fallen die Effekte in den meisten Dimensionen des FPI-R niedrig aus. Dagegen zeigen sich mittlere bis hohe Effekte in den Dimensionen „Lebenszufriedenheit“ (ES = .57), „Körperliche Beschwerden“ (ES = .80) und „Neurotizismus“ (ES = .74). Im t-Test zeigen neben diesen Faktoren die Dimensionen „Beanspruchung“, „Erregbarkeit“, „Soziale Orientierung“ und „Gehemmtheit“ signifikante bis höchstsignifikante Veränderungen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Prä- und Post-Testvergleiche der FPI-R-Werte

FPI-R-Unterskalen	Vor Therapie alle (N = 153)		Vor Therapie (N = 69)		Nach Therapie (N = 69)		t-Wert	p-Wert	ES
	M	SD	M	SD	M	SD			
Lebenszufriedenheit	3.03	1.53	3.33	1.49	4.30	1.91	-4.78	< .0001***	.57
Soziale Orientierung	5.80	1.64	5.87	1.67	5.51	1.40	2.07	.042*	.23
Leistungsorientierung	4.39	1.85	4.62	1.79	4.77	1.56	-0.73	.467	
Gehemmtheit	5.66	1.87	5.36	1.89	4.88	1.79	2.38	.02*	.26
Erregbarkeit	6.32	1.81	6.20	1.96	5.45	2.00	3.27	.002**	.37
Aggressivität	4.84	1.74	4.72	1.61	4.32	1.87	1.88	.064	
Beanspruchung	6.03	1.57	5.77	1.74	4.96	1.68	3.83	.0003***	.47
Körperliche Beschwerden	6.13	1.72	5.84	1.72	4.38	1.93	5.84	< .0001***	.80
Gesundheitssorgen	4.10	2.05	3.93	1.97	4.00	1.85	-0.40	.691	
Offenheit	5.76	1.80	5.41	1.90	5.39	1.99	0.07	.945	
Extraversion	4.33	1.81	4.49	1.70	4.58	1.64	-0.51	.611	
Neurotizismus	6.70	1.56	6.39	1.56	5.04	2.08	5.77	< .0001***	.74

Anmerkung: * = signifikant (auf 5 %-Niveau); ** = hoch signifikant (auf 1 %-Niveau); *** = höchst signifikant (auf 0,1 %-Niveau)

Die Erläuterungen zu Tabelle 8 werden durch Abbildung 10 nachfolgend veranschaulicht.

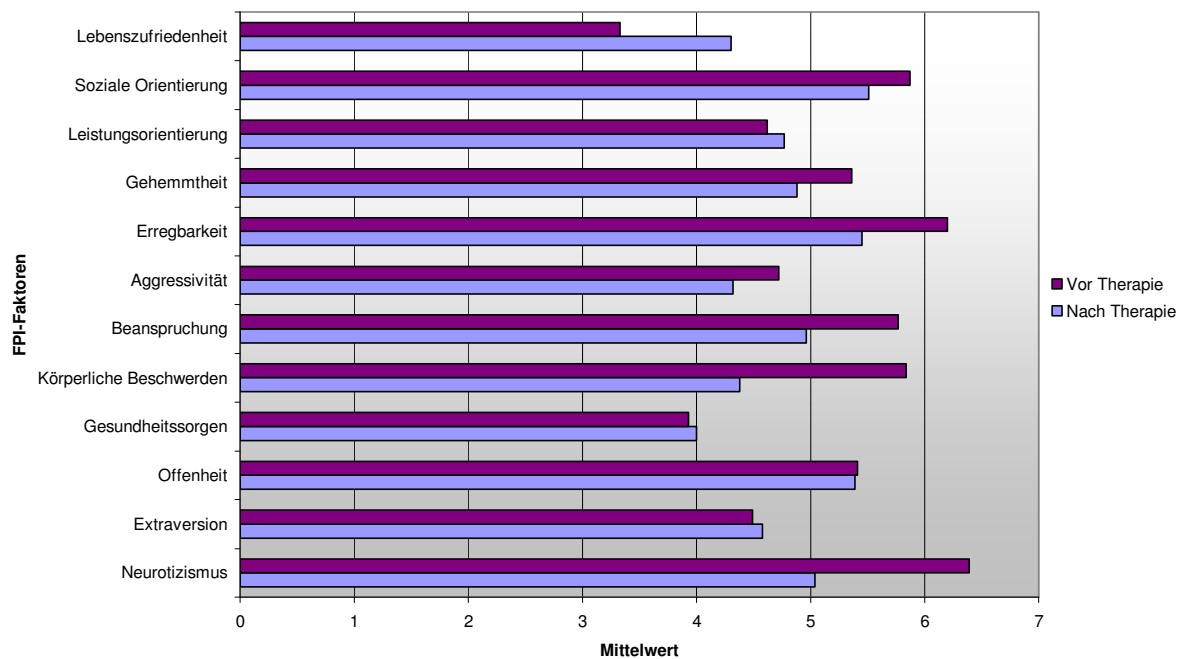


Abbildung 10: Prä- und Post-Testvergleiche der FPI-R-Werte

Ergebnisse der Katamnesebefragung

Die Ergebnisse der Prä-Post-Messung werden ergänzt durch den Katamnesefragebogen sowie die Einschätzungen des Therapieerfolgs durch die Therapeutin. Diese Katamnese-maße belegen, dass Therapeutin und Klientinnen den Therapieerfolg im Durchschnitt positiv bewerteten (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der Katamnese-maße

	M	SD
F 2: Zufriedenheit mit der PT	4.03	1.08
F 3: Notwendigkeit weiterer PT	2.05	1.01
F 7: Veränderung durch die PT	3.57	0.77
F 11: Gegenwärtige Alltagsbewältigung	2.11	0.78
Outcome-Einschätzung Therapeutin	3.00	0.90

3.2.3 Übereinstimmung zwischen Klientinnen und Therapeutin bei der Beurteilung des Therapieerfolgs

Um die zweite Hypothese zu überprüfen („Therapeutin und Klientinnen weisen eine hohe Übereinstimmung bei der Beurteilung des Therapieerfolgs auf“), wurden Korrelationen

berechnet zwischen der Beurteilung des Therapieerfolgs durch die Therapeutin (globale Outcome-Schätzung auf einer Skala von 1-4) und den Einschätzungen der Klientinnen (Katamnesefragebogen, Skalen von 1-5). Es zeigte sich eine hochsignifikante, negative Korrelation zwischen der Outcome-Schätzung der Therapeutin und der Qualität der Alltagsbewältigung durch die Klientinnen (siehe Tabelle 10). Die Richtung der Korrelation ist durch die gegenläufige Polung der Skalen begründet; die Einschätzungen gehen also in die hypostasierte Richtung.

Das Ausmaß, in dem Klientinnen weitere Therapie benötigen, hing hypothesenkonform signifikant negativ mit der Therapeutinneneinschätzung zusammen, wenn auch hier die Korrelation etwas geringer ausfiel. Bei positiver Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Therapeutin erleben sich also auch die Klientinnen tendenziell als weniger hilfsbedürftig.

Die Einschätzung der Klientinnen, wie sehr sie sich durch die Therapie verändert haben, korreliert positiv, also ebenfalls hypothesenkonform, mit der Einschätzung der Therapeutin. Die Zufriedenheit mit der Psychotherapie weist hingegen nur eine geringe und nicht signifikante Korrelation auf, d.h. die Zufriedenheit der Patientinnen mit der PT hing nicht von deren Therapieerfolg im Sinne der Therapeutinnen-Einschätzung ab.

Tabelle 10: Korrelationen zwischen der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeutin und Klientinnen

	Gegenwärtige Alltagsbewältigung (N = 75)	Notwendigkeit weiterer PT (N = 76)	Veränderung durch die PT (N = 75)	Zufriedenheit mit der PT (N = 76)
Outcome-Einschätzung Therapeutin	- .50 < .0001***	- .34 .003**	.40 .0004***	.19 .099

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte); ** = hoch signifikant (auf 1 %-Niveau); *** = höchst signifikant (auf 0,1 %-Niveau)

3.2.4 Zusammenhang der Therapiedauer mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn

Zur Prüfung von Hypothese 3a („Die Dauer einer Therapie ist abhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn“) wurden Korrelationen berechnet zwischen der Anzahl der Sitzungen und der Dauer der Therapie in Monaten mit der durch die Klientinnen eingeschätzten Schwere des Problems sowie der durch die Klientinnen eingeschätzten An-

zahl der beeinträchtigten Lebensbereiche. Die Korrelationen fielen entgegen den Erwartungen nur sehr gering aus. Nur eine der Korrelationen erwies sich als signifikant, was jedoch eher auf die Größe der Stichprobe als auf einen bedeutsamen Effekt zurückzuführen ist. Weder die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen, noch die Dauer der untersuchten Psychotherapien hingen also davon ab, wie schwer beeinträchtigt die Klientinnen sich zu Beginn der Therapie fühlten.

Tabelle 11: Korrelation zwischen Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn und Therapiedauer (N = 155)

	Schwere des Problems	Beeinträchtigte Lebensbereiche
Sitzungen	.16 <i>.05*</i>	.10 <i>.20</i>
Dauer in Monaten	.09 <i>.26</i>	.12 <i>.14</i>

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte); * = signifikant (auf 5 %-Niveau)

3.2.5 Unterschiede in der Einschätzung der Wirksamkeit der PT zwischen Kurz- und Langzeittherapien

Um Hypothese 3b zu prüfen („Es bestehen keine Unterschiede in den Einschätzungen des Therapieerfolgs durch Therapeutin und Klientinnen für Kurz- und Langzeittherapien“), wurden für die einzelnen Variablen des Katamnesefragebogens und für die Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Therapeutin univariate, unifaktorielle Varianzanalysen mit dem Faktor „Anzahl der Sitzungen“ (5 Stufen) berechnet. Die Hypothese wurde für die ersten drei Katamnesefragen der Klientinnen nicht zurückgewiesen. Allerdings zeigten sich sowohl bei der gegenwärtigen Alltagsbewältigung als auch bei der Therapeutinneneinschätzung signifikante Unterschiede. Langzeittherapien (über 25 Stunden) wurden durch die Therapeutin als effektiver bewertet als Kurzzeittherapien (1-25 Stunden). Demgegenüber zeigt die Frage nach der gegenwärtigen Alltagsbewältigung, dass Patientinnen mit mehr als 80 Sitzungen ihr Zurechtkommen schlechter beurteilen als die übrigen.

Tabelle 12: Einflüsse der Sitzungsanzahl auf den Therapieerfolg

Anzahl der Sitzungen	1-25		26-45		46-60		61-80		Über 80		F-Wert
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Zufriedenheit mit der PT	3.79	1.25	4.09	1.20	4.22	0.83	4.33	0.82	4.57	0.53	0.87 .49
Notwendigkeit weiterer PT	1.88	0.90	1.96	0.93	2.22	1.09	1.83	0.98	2.29	1.38	0.40 .81
Veränderung durch die PT	3.57	0.66	3.61	0.94	3.78	0.67	3.83	0.75	3.71	0.49	0.25 .91
Gegenwärtige Alltagsbewältigung	2.04	0.62	1.87	0.63	1.89	0.60	1.80	0.45	2.86	1.21	3.05 .02*
Outcome-Einschätzung Therapeutin	2.86	0.88	3.21	0.66	3.53	0.62	3.71	0.47	3.64	0.63	7.22 <.0001***

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte unter den F-Werten sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte);

* = signifikant (auf 5 %-Niveau); *** = höchst signifikant (auf 0,1 %-Niveau); df = 4

3.2.6 Unterschiede in der Einschätzung der Wirksamkeit der PT hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildungsgrad

Um die vierte Hypothese zu prüfen („Es zeigen sich keine unterschiedlichen Einschätzungen des Therapieerfolgs hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildungsgrad“), wurden univariate, dreifaktorielle Varianzanalysen für die einzelnen Variablen des Katamnesefragebogens und die Therapeutinneneinschätzung berechnet, jeweils mit den drei Faktoren „Alter“ (2 Stufen), „Geschlecht“ (2 Stufen) und „Bildungsgrad“ (4 Stufen). Im Folgenden werden jeweils die Ergebnisse der Varianzzerlegungen nach Typ III dargelegt, bei denen die Reihenfolge der Faktoren (im Gegensatz zu Typ I) unbedeutend ist. Mit der Typ III-Zerlegung sollen die reinen Effekte eines Faktors nach Abzug der Effekte der anderen Faktoren berechnet werden (Werner, 1997).

Tabelle 13 stellt die Ergebnisse bezüglich des Geschlechts dar: Es zeigte sich nur für den Faktor „Veränderung durch die Psychotherapie“ ein signifikanter Effekt, d.h. die untersuchten Männer schätzten ihre Veränderung im Durchschnitt stärker ein als die Frauen.

Bezüglich des Alters zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, wie die untenstehende Tabelle 14 verdeutlicht.

Tabelle 13: Katamnese Maße getrennt nach Geschlecht

	Männlich		Weiblich		F-Wert
	M	SD	M	SD	
Zufriedenheit mit der PT	4.06	<i>1.30</i>	4.02	<i>1.03</i>	0.01 .91
Notwendigkeit weiterer PT	1.71	<i>0.69</i>	2.15	<i>1.06</i>	2.32 .13
Veränderung durch die PT	3.94	<i>0.75</i>	3.47	<i>0.75</i>	4.83 .03*
Gegenwärtige Alltagsbewältigung	1.88	<i>0.49</i>	2.17	<i>0.84</i>	1.47 .23
Outcome-Einschätzung Therapeutin	3.03	<i>0.92</i>	2.99	<i>0.90</i>	0.03 .87

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte unter den F-Werten sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte);

* = signifikant (auf 5 %-Niveau); df = 1

Tabelle 14: Katamnese Maße getrennt nach Altersgruppen

	unter 36		über 36		F-Wert
	M	SD	M	SD	
Zufriedenheit mit der PT	4.08	<i>1.05</i>	3.97	<i>1.13</i>	0.18 .67
Notwendigkeit weiterer PT	1.92	<i>1.10</i>	2.18	<i>0.90</i>	1.05 .30
Veränderung durch die PT	3.66	<i>0.78</i>	3.49	<i>0.77</i>	0.61 .44
Gegenwärtige Alltagsbewältigung	2.03	<i>0.72</i>	2.19	<i>0.84</i>	0.68 .41
Outcome-Einschätzung Therapeutin	3.06	<i>0.84</i>	2.95	<i>0.95</i>	0.69 .41

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte unter den F-Werten sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte); df = 1

Tabelle 15 stellt die Unterschiede in den Katamnesemaßen bezüglich des Bildungsgrades der Klientinnen dar. Es zeigten sich signifikante Effekte in der Zufriedenheit mit der Psychotherapie, der gegenwärtigen Alltagsbewältigung und der Einschätzung der Therapeutin. Klientinnen mit abgeschlossenem Studium bewerteten ihre Zufriedenheit besonders hoch (4,4 auf einer Skala von 1-5).

Die „Gegenwärtige Alltagsbewältigung“ gelingt umso besser, je niedriger der Wert ist. Bei dieser Variable zeigte sich eine graduelle Abnahme mit ansteigendem Bildungsniveau, d.h. je höher der Bildungsgrad, desto besser kommen die Klientinnen nach der Therapie im Alltag zurecht.

Tabelle 15: Outcome-Maße getrennt nach Bildungsgrad

	Hauptschule		Realschule		Abitur		Studium		F-Wert
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Zufriedenheit mit der PT	3.63	<i>1.30</i>	3.84	<i>0.96</i>	3.60	<i>1.30</i>	4.41	<i>0.89</i>	2.90 <i>.04*</i>
Notwendigkeit weiterer PT	2.63	<i>1.19</i>	2.32	<i>1.16</i>	2.07	<i>1.10</i>	1.76	<i>0.74</i>	2.12 <i>.11</i>
Veränderung durch die PT	3.38	<i>0.52</i>	3.47	<i>1.02</i>	3.50	<i>0.85</i>	3.71	<i>0.63</i>	0.64 <i>.60</i>
Gegenwärtige Alltagsbewältigung	2.50	<i>0.76</i>	2.42	<i>0.77</i>	2.13	<i>0.64</i>	1.82	<i>0.77</i>	3.20 <i>.03*</i>
Outcome-Einschätzung Therapeutin	2.68	<i>0.99</i>	2.75	<i>0.81</i>	2.98	<i>0.80</i>	3.28	<i>0.91</i>	4.62 <i>.004**</i>

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte unter den F-Werten sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte);

* = signifikant (auf 5 %-Niveau); ** = hoch signifikant (auf 1 %-Niveau); df = 3

3.2.7 Differenzierung der Katamnesemaße nach Störungsbildern

Um die fünfte Hypothese zu prüfen („Es zeigen sich keine unterschiedlichen Einschätzungen des Therapieerfolgs für unterschiedliche Störungsbilder“), wurden auch hier univariate, unifaktorielle Varianzanalysen für die einzelnen Katamnesemaße berechnet, diesmal mit dem Faktor „Erstdiagnose“ (6 Stufen). Den F-Werten zufolge wird die Hypothese nicht

verworfen; es ergaben sich keine signifikanten Effekte. In der untersuchten Praxis hat also beispielsweise eine Person mit einer Depression nicht weniger Therapieerfolgsaussichten als eine Person mit einer Angststörung. Tabelle 16 veranschaulicht dieses Ergebnis.

Tabelle 16: Differenzierung der Katamnese Maße nach Störungsbildern

	Angst und Zwang		Depressive Episode		Persönlichkeitsstörung		Posttraum. Belast.-Reaktion		Rezidiv. depr. Störung		Störungen des Körperbezugs		F-Wert
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Zufriedenheit mit der PT	3.27	1.62	3.92	1.08	4.50	0.84	4.24	0.83	4.44	0.73	4.13	0.83	1.85 .11
Notwendigkeit weiterer PT	1.82	1.08	2.04	0.93	2.00	1.10	2.35	1.06	1.67	0.87	2.25	1.16	0.74 .59
Veränderung durch die PT	3.90	0.74	3.52	0.71	3.67	1.03	3.35	0.79	3.89	0.60	3.38	0.92	1.08 .38
Gegenwärtige Alltagsbewältigung	1.91	0.54	2.13	0.85	2.00	0.89	2.35	0.79	1.67	0.50	2.38	0.92	1.29 .28
Outcome-Einschätzung Therapeutin	2.85	0.88	3.02	0.92	2.81	0.87	3.27	0.84	3.03	0.87	2.57	1.02	1.71 .13

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte unter den F-Werten sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte); df = 5

Bei allen Störungsbildern bewerten sowohl Therapeutin als auch Klientinnen im Durchschnitt den Therapieerfolg positiv, wie bei Hypothese 1 bereits erläutert wurde: Die Zufriedenheit mit der Psychotherapie bewegt sich auf der fünfstufigen Skala zwischen 3,3 und 4,5 (5 = sehr zufrieden), die Notwendigkeit weiterer Psychotherapie zwischen 1,7 und 2,4 (1 = überhaupt nicht), die Veränderung durch Psychotherapie zwischen 3,4 und 3,9 (5 = sehr stark), die gegenwärtige Alltagsbewältigung zwischen 1,7 und 2,4 (1 = äußerst gutes Zurechtkommen), die Outcome-Schätzung der Therapeutin zwischen 2,6 und 3,3 (4 = sehr erfolgreich).

*Erst wenn ich weiß, was ich tue,
kann ich tun, was ich will.*

M. Feldenkrais

4 Diskussion

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Inanspruchnahme und Versorgungsrelevanz ambulanter Psychotherapie in einer niedergelassenen psychotherapeutischen Praxis untersucht. Zur Bewertung der Effektivität der durchgeführten Therapien wurden Prä-Posttest-Messungen durchgeführt und der Therapieerfolg durch die Therapeutin und die Klientinnen in einer Katamneseuntersuchung bewertet. Nach einer genauen Beschreibung der angefallenen Stichprobe wurden die den Messungen zugrunde liegenden Hypothesen zu den Therapieeffekten empirisch überprüft. Im Folgenden sollen daher die Methoden (5.1) und Ergebnisse (5.2) diskutiert und Antworten auf die formulierten Annahmen gegeben werden. Ein Bezug zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung und auch zur epidemiologischen Forschung wird hergestellt und Forschungsausblicke formuliert (5.3).

4.1 Diskussion der Methoden

Im Folgenden sollen zunächst kritische Bemerkungen zum Untersuchungsdesign, zur Datenerhebung und zu den verwendeten Methoden dargestellt werden, die Einfluss auf die Interpretation der Ergebnisse haben oder diese einschränken könnten.

4.1.1 Stichprobe

Bei der Stichprobe dieser Untersuchung handelt es sich um eine anfallende Stichprobe. Patientinnen der untersuchten Praxis kamen in vielen Fällen gezielt auf Empfehlung von kooperierenden Einrichtungen. Wie später darzulegen sein wird (4.2.1), bildet sie zudem nicht die Häufigkeitsstruktur psychischer Störungen der aktuellen epidemiologischen Studien ab, wohl aber die des GEK-Reports (siehe 1.2.1.). Dessen Aussagekraft für die Population aller Versicherten ist jedoch eingeschränkt. In ähnlicher Weise bleibt für die in dieser Praxis untersuchte Stichprobe offen, ob sie dem Klientel anderer ambulanter Psychotherapiepraxen entspricht. Diese Tatsachen verbieten eine Generalisierung der Studienergebnisse auf die Gesamtpopulation ambulanter Psychotherapiepatientinnen, d.h. Aussagen darüber, welche Effekte der hier untersuchten Psychotherapie sich in einer zufällig gezo-

genen Stichprobe ergeben würden. Eine Erhebung der Patientinnenpopulation vergleichbarer ambulanter Einrichtungen erscheint wünschenswert, um generalisierbare Aussagen treffen zu können, aufgrund der mangelnden finanziellen Ressourcen für solche Studien jedoch gegenwärtig unrealistisch. Damit verbunden war auch, dass sich die Studie auf die Untersuchung einer einzelnen Therapiepraxis (= eine Psychotherapeutin) beschränken musste und damit unklar bleibt, ob andere Therapeutinnen genauso erfolgreich oder unter anderen Bedingungen weniger oder sogar erfolgreicher therapiert hätten, oder wie wirksam andere Therapiemethoden gewesen wären.

Die Teilnahme an den Posttests geschah auf freiwilliger Basis, so dass diese Studie das Problem der verringerten Teilnahme der Probandinnen bei der Post-Messung zu berücksichtigen hat. Diese Problematik weisen zwar alle Studien auf, bei denen Prä-Post-Messungen vorgenommen werden, sie führt jedoch in der vorliegenden Untersuchung dazu, dass die Prätests von 184 Patientinnen eingingen, die in einem 6-Jahres-Zeitraum von 2001-2006 ihre Therapie beendeten, von dieser Ausgangsstichprobe aber nur 76 Patientinnen die Katamnesefragebögen bearbeiteten (41,3 %). Man könnte sich fragen, ob sich die Rücklaufquote von Studien umso mehr verringert, je länger der Zeitraum zwischen Therapiebeendigung und Post-Messung (Katamnese) ist. Diese beiden Zeitpunkte lagen in dieser Studie bis zu sechs Jahre auseinander. Das dürfte ein Grund dafür sein, dass 31 Patientinnen zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr erreichbar waren, da ihr Aufenthaltsort nicht mehr festgestellt werden konnte. Vier waren in der Zwischenzeit verstorben. Sie alle gingen nicht in die Katamneseuntersuchung ein, weil sie nicht von ihr erfahren haben. Ein systematischer Fehler kann also zumindest bei diesen Probandinnen ausgeschlossen werden. Zieht man diese 31 Patientinnen von den Nicht-Respondern ab, verbleiben $N = 73$ Klientinnen, die nicht an der Post-Messung teilgenommen haben (Ausgangsstichprobe minus Katamnese Teilnehmerinnen, unbekannt verzogene und verstorbene Klientinnen). Diese immer noch hohe Ausfallquote (39,7 %) könnte die Ergebnisse der Therapieerfolgsmessungen in Richtung auf ein zu positives Ergebnis verzerrt haben. Für diese Klientinnen lassen sich die Gründe für ihre Nichtteilnahme bei der Katamnese nicht ermitteln. Um mögliche Selektionseffekte zu überprüfen, wurden die Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen bezüglich verschiedener Faktoren verglichen. Dabei zeigte sich, dass sich die Patientinnen, die an der Katamneseuntersuchung teilnahmen, weder hinsichtlich ihrer Soziodemographika, noch hinsichtlich der in Anspruch genommenen Sitzungen von den Nicht-Teilnehmerinnen signifikant unterschieden. Die Therapeutinneneinschätzung des Therapieerfolgs hingegen differierte zwischen den beiden Gruppen: die Therapeutin bewertete

die Therapien der Teilnehmerinnen besser als die der Nichtteilnehmerinnen. Dieser Effekt erstaunt wenig: Es liegt nahe, dass mit der Gruppe der Personen, die sich an den Posttests beteiligten, wechselseitig eine bessere therapeutische Allianz zustande kam, die sich zum einen in Form eines besonders hohen Engagements und einer guten Compliance der betreffenden Klientinnen und zum anderen in Form einer besseren Bewertung der Therapie durch die Therapeutin zeigt. Eine Nicht-Teilnahme an den Posttests bedeutet jedoch nicht zwingend eine Unzufriedenheit mit der Therapie, wie die nur geringe Korrelation der Outcome-Einschätzung durch die Therapeutin mit der Einschätzung der Zufriedenheit mit der PT durch die Klientinnen in der untersuchten Stichprobe zeigt (3.2.4). Man könnte dennoch annehmen, dass Klientinnen über die Beendigung der therapeutischen Allianz hinaus eher eine Katamneseuntersuchung verweigern als massive Unzufriedenheit auszudrücken, zumal diese persönlich zuzuordnen gewesen wäre. Das spricht für die Annahme, dass Patientinnen, die sich an den Posttests beteiligten, einen positiven Bias aufweisen, so dass insgesamt höhere Therapieeffekte erreicht wurden, als bei einer Nachuntersuchung der gesamten Ausgangsstichprobe zu erwarten gewesen wäre. Die Rücklaufquote kann dennoch mit 41,3 % unter den Bedingungen einer schriftlichen Nachbefragung, des Katamnesezeitraums von bis zu sechs Jahren und dem Mangel an Anonymität insgesamt als ausreichend hoch eingeschätzt werden, um berechnete Aussagen hinsichtlich der in dieser Studie aufgestellten Fragestellungen zu machen.

4.1.2 Untersuchungsdesign und Durchführung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelte es um eine so genannte „Effectiveness“-Studie, also eine Studie zur Erfassung der Wirkung von Psychotherapie unter Praxisbedingungen (siehe 1.2). Als solche erfüllt sie eine Reihe von Bedingungen, die in RCT-Studien gefordert werden, nicht:

Es war in dieser Untersuchung, wie im Alltagssetting nicht ungewöhnlich, nicht möglich, eine unbehandelte Kontrollgruppe zu bilden. Obwohl die Prä-Post-Veränderungswerte wesentliche Verbesserungen erkennen lassen (siehe Tabellen 6 - 8), können die Verbesserungen daher nicht mit Sicherheit auf die Behandlung zurückgeführt werden.

Ebenso wenig ist es unter Praxisbedingungen realisierbar, Patientinnen randomisiert in die Therapie aufzunehmen. Auf die Nachteile einer gezielten Zuweisung von Patientinnen zur Psychotherapie, die durch Empfehlungen und Zuweisersysteme in der Praxis üblich ist, wurde bereits im vorangegangenen Kapitel hingewiesen. Selbst wenn jedoch zufällige Zu-

weisung durchgeführt und Klientinnen einer solchen zustimmen würden, würde dadurch die klinische Repräsentativität untergraben werden.

Auch der Forderung nach einer Manualisierung von Psychotherapie mit genauen Beschreibungen der Behandlungselemente wurde in dieser Studie nicht entsprochen. Vielmehr wurde versucht, das in der Praxis angewandte methoden-integrative Vorgehen transparent zu machen, das dem pragmatischen Vorgehen niedergelassener Therapeutinnen entspricht (siehe 1.3). Eine solche Verfahrensweise erlaubt die Qualitätskontrolle einzelner Behandlerinnen, kann aber nicht – wie Therapie nach Manual - standardisiert werden. Das erschwert die Vergleichbarkeit der Arbeit unterschiedlicher Behandlerinnen und schränkt damit die Generalisierbarkeit von Evaluationsergebnissen ein. Die Einmaligkeit der jeweiligen therapeutischen Beziehung zwischen dieser Therapeutin und dieser Patientin in diesem Setting würde nur dann generalisierte Aussagen erlauben, wenn viele ähnliche Studien verglichen werden könnten, die die Wirksamkeit von in der Praxis realisierter – nicht standardisierter – Psychotherapie überprüfen. Eine derartige Praxisforschung existiert jedoch bislang nicht und bleibt auf die Initiative Einzelner beschränkt, da dafür keine finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Die vorliegende Arbeit hat daher Pilotcharakter.

Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass auch manualisierte Psychotherapien weit davon entfernt sind, standardisiert zu sein. Sie müssen den auftretenden Bedürfnissen verschiedener Klientinnen in einer Weise angepasst werden, die in keinem Manual festgelegt werden kann, da sie von den Fertigkeiten der Therapeutin und der wechselseitigen kommunikativen Kompetenz abhängen (Stiles et al., 2007).

Ein weiterer Unterschied zwischen RCT-Studien und dieser Untersuchung besteht in der dort geforderten Festlegung der Dauer der Therapie sowie der Anzahl der Sitzungen. Die Anzahl der therapeutischen Sitzungen war hier bestimmt durch das vorgegebene Genehmigungskontingent der Versicherung oder/und durch die therapeutische Allianz, jedoch nicht durch eine zuvor als Untersuchungsbedingung festgelegte Anzahl. Dies führte dazu, dass Patientinnen eine sehr unterschiedliche Anzahl an Sitzungen wahrnahmen, so dass keine Aussagen darüber getroffen werden können, welchen Effekt die Therapie nach einer bestimmten, festgelegten Anzahl von Sitzungen durchschnittlich bewirkt.

An dieser Stelle müssen auch die unterschiedlichen Zeitpunkte der Katamnese bei den einzelnen Patientinnen nochmals erwähnt werden. Anders als in RCT-Studien wurden die Patientinnen nicht nach einem bestimmten einheitlichen Zeitabstand nach Beendigung ihrer Therapie befragt, sondern alle in einem einheitlichen Messzeitraum (Herbst/Winter 2006/07), unabhängig vom Zeitpunkt des Therapieendes. Dies führte dazu, dass einzelne

Patientinnen direkt nach der Therapie, andere nach einem, zwei, oder bis zu sechs Jahren untersucht wurden. Aufgrund dieser pragmatischen Durchführung geht eine Differenzierung der Effekte verloren, die mit unterschiedlichen Jahrgangskohorten abgebildet werden könnten, d.h. es lassen sich keine Aussagen darüber treffen, ob der durchschnittliche Effekt der Therapie abhängig von der Zeitdauer nach Therapieende unterschiedlich ausfällt. Darin bestünde eine systematische Fehlerquelle, die eine zulässige Interpretation der erhobenen Daten in der vorgenommenen Weise erschwert. Es wurde daher überprüft, ob die Bewertung des Therapieerfolgs von der Zeitdauer zwischen Therapieende und Katamneseerhebung abhängt. Dazu wurde eine neue Variable berechnet, die die Tage zwischen Therapieende und Katamnese misst. Es wurden Korrelationen zwischen dieser Variablen und den Outcome-Maßen berechnet, die in Tabelle 17 dargestellt sind.

Tabelle 17: Korrelationen zwischen Zeitraum der Therapiebeendigung und Outcome-Maßen

	Zufriedenheit mit der PT (N = 76)	Notwendig- keit weiterer PT (N = 76)	Veränderung durch die PT (N = 75)	Gegenwärtige Alltagsbewäl- tigung (N = 75)	Outcome- Einschätzung Therapeutin (N = 184)
Tage zwischen Therapieende und Katamnese	-0.09 <i>.45</i>	0.05 <i>.67</i>	-0.14 <i>.23</i>	-0.12 <i>.31</i>	-0.08 <i>.30</i>

Anmerkung: *kursiv* gedruckte Werte sind die Wahrscheinlichkeitswerte (p-Werte)

Die Korrelationen fallen äußerst gering aus und sind nicht signifikant. Das bedeutet, dass der Erhebungszeitpunkt bei der Einschätzung des Therapieerfolgs durch Therapeutin und Klientinnen nicht bedeutsam war und daher die Aussagen dieser Studie nicht beeinflusst. Gleichzeitig könnte der teilweise sehr lange Katamnesezeitraum eine Stärke der Studie darstellen, da er die Nachhaltigkeit der Therapieeffekte nahe legt. In der psychotherapeutischen Versorgungsforschung fehlen gerade solche Studien, die den Erfolg und die Nachhaltigkeit ambulanter Psychotherapien belegen. So wird beispielsweise im GEK-Report (2007) ein Zweijahreszeitraum nach Beginn der Therapie untersucht, um eine Kosten-Nutzen-Relation von Therapien einschätzen zu können. Bei Therapien, die innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen waren, dürfte es sich jedoch meist um Kurzzeittherapien gehandelt haben (Best, 2008). Ergebnisse zu abgeschlossenen Langzeittherapien fehlen hingegen. Diesem Problem wurde mit dem vorliegenden Untersuchungsdesign begegnet, in dem über einen Fünfjahreszeitraum ausschließlich abgeschlossene Therapien betrachtet wurden, so dass sich langfristige Effekte erkennen ließen.

Ein anderer Diskussionspunkt bezieht sich auf die „Verblindung“ von Daten in RCT-Studien. Diese nehmen eine Rollentrennung zwischen Diagnostikerin(nen) und Behandlerin(nen) vor. Therapeutin(nen) und Patientinnen geben ihre Therapiebeurteilungen unabhängig voneinander ab und haben somit keine Kenntnis über die gegenseitigen Einschätzungen. Ein solches Vorgehen war unter den gegebenen Untersuchungsbedingungen, in denen die Therapeutin gleichzeitig als Diagnostikerin die Auswertung der Fragebögen und Tests vornahm, nicht möglich. Klientinnen könnten aufgrund der mangelnden Anonymität in ihrer Einschätzung der Therapieeffekte wohlwollend berücksichtigen, dass ihre Rückmeldung der Therapeutin bekannt wird. Ebenso könnten die Einschätzungen der Therapeutin durch Kenntnis der Daten verfälscht werden. Solche systematischen Fehler könnten jedoch nur durch eine entsprechende Förderung von Projekten der Praxisforschung vermieden werden.

Ein weiterer Unterschied zu RCT-Studien zeigt sich in der Probandinnenauswahl: Werden dort überwiegend Patientinnen mit Einzeldiagnosen untersucht und solche mit Komorbidität häufig ausgeschlossen, wiesen 45 % der in dieser freien Praxis behandelten Patientinnen komplexe korbide Störungen auf. Hierin besteht eher eine Stärke der Untersuchung, da damit die Realität ambulanter Psychotherapie abgebildet wird (siehe 1.1.2).

Bisher wurde eine kritische Würdigung dieser Untersuchung in Abgrenzung zu RCT-Studien vorgenommen. Erforderlich erscheint jedoch auch eine Auseinandersetzung mit einem generelleren Problem jeglicher Outcome-Forschung, nämlich der Konzeptualisierung des Therapieerfolgs und der Entwicklung von Verfahren und Maßen zu dessen Erfassung. Die in der Literatur geforderte Erfassung der Effektivität von Psychotherapien anhand objektiver Kriterien, wie z.B. Arbeitsfähigkeit, Fehltag, Häufigkeit der Arztbesuche etc., war nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Die Validität solcher externaler Effektivitätsmaße wird in der Literatur durchaus kritisch betrachtet (Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2008; Best, 2008): Sie erlauben keine Aussagen über eine Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker Menschen durch ihre Psychotherapie oder über eine Reduktion, bzw. Remission psychischer Beschwerden und Symptome, die Anlass für die Psychotherapie gaben.

Die Outcome-Einschätzung in dieser Studie wurde durch die Therapeutin und die Klientinnen vorgenommen. Die Bewertung des Therapieerfolgs durch die Therapeutin erfolgte anhand eines subjektiven, aber praktikablen Globalmaßes. Eine solche Vorgehensweise, bei der die Therapeutin selbst sowohl ihr eigenes Vorgehen, als auch die von ihr behandel-

ten Klientinnen beforcht, ist nicht unproblematisch. Sie birgt das Risiko eines positiven Bewertungsfehlers. Dieser war jedoch durch das vorliegende Design nicht auszuschließen. Eine Minimierung dieser Fehlerquelle, hätte nur durch einen Zuwachs an Neutralität durch unabhängige, externe Rater sichergestellt werden können. Dies war bei dem durchgeführten Ex-post-facto-Design jedoch nicht möglich. In der Bemühung, validere Ergebnisse zu erzielen, wurde daher neben der Einschätzung durch die Therapeutin die Bewertung des Therapieerfolgs durch die Klientinnen differenzierter anhand mehrerer Erfolgsmaße (vier Katamnesefragen) erhoben. Solche subjektiven Maße haben sich aufgrund der oben beschriebenen Unzulänglichkeiten einer objektiven Erfassung des Therapieerfolgs, als ein übliches Mittel der Messung von Psychotherapieeffekten etabliert. Sie bringen jedoch ebenfalls grundsätzliche Nachteile mit sich, die bei ihrer Interpretation berücksichtigt werden müssen, wie die Anfälligkeit für Verzerrungen. So könnten Klientinnen bei der Katamneseerhebung die Beeinträchtigung durch ihre psychische Störung zu Behandlungsbeginn überbewerten und so die Verbesserung ihrer Beschwerden überschätzen. Daher wurden neben der direkten Veränderungsmessung (= Einschätzung der Veränderung zum Katamnesezeitpunkt) auch indirekte Veränderungsmessungen durch den Vergleich der Werte der Eigenschaftswörterliste und Beschwerdeliste, sowie des FPI-R vor der Therapie und zum Katamnesezeitpunkt vorgenommen. Auf diese Weise erfolgte insgesamt eine vielschichtige Analyse des Therapieergebnisses, die in Übereinstimmung mit der gängigen Forschungspraxis steht und daher als angemessen zu bewerten ist.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Gegenstand dieses Kapitels ist die Bewertung und Interpretation der Ergebnisse zu den untersuchten Fragestellungen und Hypothesen. Einleitend wird zunächst Bezug zu Ergebnissen epidemiologischer Studien genommen und daraus eine Diskussion der Repräsentativität der Stichprobe abgeleitet.

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Die differenzierte Deskription der Stichprobe wurde in den Ergebnisteil aufgenommen und verdeutlicht daher den Einzelfallcharakter dieser Praxisstudie. Sie orientierte sich an strukturierenden Fragen, die auch die Struktur des Folgenden vorgeben:

Bei der **demographischen Beschreibung** zeigte sich, dass Frauen mit 81 % des Klientels deutlich überrepräsentiert waren. Zwar befassen sich nach Dinger-Broda (2001) Frauen

verstärkt mit psychischen Aspekten ihrer Befindlichkeit, jedoch muss bei dieser Praxis berücksichtigt werden, dass ein selektiver Effekt auch dadurch zustande gekommen sein könnte, dass die Therapeutin in frauenspezifischen Netzwerken einen hohen Bekanntheitsgrad genießt. Empfehlungen erfolgen zum Beispiel durch Institutionen wie Frauennotruf, Frauenbeauftragte von Stadt und Universität oder professionelle Helferinnen der örtlichen Gesundheitsversorgung wie Institutsambulanzen. Andere wesentliche Zuweiserinnen, deren Kooperation möglicherweise einen überzufälligen Anteil von Frauen bewirkt, sind drei praktische Ärztinnen, sowie mehrere Psychiaterinnen, mit denen eine kontinuierliche konsiliarische Zusammenarbeit erfolgt. Des Weiteren finden sich diagnosespezifische Gründe für die Geschlechterverteilung des Klientels: Behandlungen nach (sexueller) Traumatisierung sind häufig.

Die Klientinnen gehörten einer breiten Altersverteilung an, mit einem Schwerpunkt in den mittleren Erwachsenenjahren. Eine einzelne Patientin war bei Therapiebeginn 14 Jahre alt und dominiert so den Altersrange nach unten. Da es sich nur um eine einzelne Person handelt, die bei der Größe der Stichprobe keine störenden Verfälschungen hervorruft, wurde die Klientin in der Stichprobe belassen. Solche Einzelfälle entstehen gelegentlich bei besonders dringenden Fällen durch die unzureichende Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche (siehe 1.3).

Eine Mehrheit der Patientinnen leben in Partnerschaften und/ oder mit Kindern. 62 % von ihnen haben einen hohen Bildungsabschluss mit Abitur bzw. Studium. Der hohe **Bildungsgrad** erscheint nicht ungewöhnlich für eine Universitätsstadt und ein Klientel der in dieser Studie überwiegenden Altersgruppe. Er entspricht andererseits dem Bildungsgrad, der im Zusammenhang mit der Diskussion um die Behandlung von so genannten „YAVIS-Klientinnen“ (Akronym aus: Young, Attractive, Verbal, Intelligent, Successful; Scofield, 1964 nach Bastine, 1992) problematisiert wurde. Danach würden bestehende psychotherapeutische Behandlungsangebote vermehrt von Angehörigen der hohen sozialen Schichten mit guten Bildungsvoraussetzungen genutzt. Arme und Ungebildete würden dagegen eher medikamentös oder stationär behandelt.

Betrachtet man die Anzahl der **Vorbehandlungen**, so zeigt sich, dass 58 % der Klientinnen bereits eine oder mehrere erhalten hatten, in der Regel in anderen Psychotherapiemethoden. Möglicherweise ist für diese Patientinnen die Schwelle, eine neue Therapie zu beginnen niedriger, in der Hoffnung, in einer anderen Therapiemethode erfolgreicher zu sein als in der oder den vorausgehenden Behandlungen. Ob sich diese Erwartung im Einzelfall erfüllt hat, kann nicht ausgesagt werden.

Von den Therapien, die im Untersuchungszeitraum abgeschlossen wurden, entsprachen nach den **Stundenkontingenten** der gesetzlichen Krankenversicherungen (Faber und Haarstrick, 1994) 52 % Kurzzeittherapien (bis 25 Stunden), 22 % Normalfalltherapien (bis 45 Stunden), 10 % „Besonderen Fällen“ (bis 60 Stunden) und 8 % Therapien bis zur „Höchstgrenze im Ausnahmefall“ (bis 80 Stunden). In 14 Einzelfällen (8 %) wurde ein Stundenkontingent über 80 Sitzungen erreicht. Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2008) berichtet, dass bei allen vorhandenen Studien bzw. Zahlen zum Stundenumfang von Psychotherapien „25-stündige Kurzzeittherapien eher die Ausnahme darstellen“ (S. 13). Man könne annehmen, dass dort „unzureichend motivierte Patienten“ deutlich überrepräsentiert seien, dass aber die Versorgungssituation in der Behandlungsrealität von einem mittleren Stundenumfang von 50 bis 70 Stunden gekennzeichnet sei. In unserer Untersuchung interpretieren wir hingegen, dass es sich bei den Kurzzeittherapien (52 %) vermutlich eher um Patientinnen mit konkreten Problemmanifestationen handelt. Bei längerfristigen Therapien scheint es dagegen eher um Persönlichkeitsveränderungen zu gehen, die eines existentiellen Entwicklungsprozesses bedürfen, um der komplexeren Symptomatik gerecht zu werden. Auffällig war ebenso, dass Klientinnen mit Einzeldiagnosen weniger Sitzungen in Anspruch nahmen und daher häufiger mit einer Kurzzeittherapie auskamen (60 % vs. 41 %) als komorbide Klientinnen. Nach 45 Stunden hatten 64 % der komorbiden Klientinnen, jedoch 82 % der Klientinnen mit Einzeldiagnosen die Therapie beendet.

Die **Therapiedauer** ist hingegen unabhängig von der Anzahl der Therapiesitzungen. Es schlossen 33 % der Klientinnen ihre Therapie innerhalb eines Jahres ab; 23,5 % innerhalb von zwei Jahren, der Rest nach längerer Dauer. 16 % der Klientinnen brachen ihre Therapie ab. Diese verzerrten vermutlich die durchschnittliche Therapiedauer nach unten, da sie nur sehr kurze Verweildauern hatten (durchschnittlich 11 Monate bei **Abbrechen** vs. 36 Monate bei Nicht-Abbrechen).

Die Diagnosen der Stichprobe verweisen auf ein heterogenes Klientel. Sie wurden nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10, Kapitel V (F) (Weltgesundheitsorganisation, 2004) codiert und zu sechs Clustern geordnet. Es stellt sich die Frage, ob die Häufigkeit der in dieser Praxis behandelten Störungsbilder mit den in anderen Studien gefundenen Häufigkeiten psychischer Störungen verglichen werden kann. Die vorliegenden epidemiologischen Studien (z.B. Meyer et al., 2000; Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen, 2006) bieten Anhaltspunkte für die Prävalenz psychischer Störungen in

Deutschland und Europa. Wie bereits in Kapitel 1.1.2 beanstandet, existieren jedoch bis auf den GEK-Report (2007) kaum Praxisstudien, die Auskunft über Prävalenzen psychischer Störungen in ambulanten Settings geben und einen Vergleich mit der hier vorgestellten Stichprobe ermöglichen. Man kann dennoch fragen, ob sich bei der hier vorliegenden Praxisforschung eine **Verteilungsstruktur psychischer Erkrankungen** analog zu den existierenden Daten abbildet. Die in dieser Studie untersuchte Altersgruppe (14 – 78) entspricht - abgesehen von zwei Patientinnen (14 und 78) - dem Range der epidemiologischen Studien (18 – 68), so dass grundsätzlich Vergleiche zur Häufigkeitsverteilung verschiedener Störungen möglich erscheinen. Ein Vergleich wird jedoch dadurch erschwert, dass trotz einer Übereinstimmung in der Diagnostik anhand ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2004) in den verschiedenen Studien unterschiedliche Diagnosegruppen gebildet wurden, bzw. einzelne Störungen, wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen gar nicht erfasst wurden.

Im Vergleich wird deutlich, dass sich die Häufigkeitsstruktur, die sich in der vorliegenden Stichprobe zeigte, nicht mit der der epidemiologischen Studien deckt. Analog zur Epidemiologie zeigte sich zwar auch in dieser Praxis eine sehr hohe Prävalenz der depressiven Störungen, die (alle Diagnosen zusammen genommen) mit 60 % jedoch sogar höher ausfällt, als anhand epidemiologischer Studien zu erwarten gewesen wäre. Daneben ergaben sich eine Reihe von Unterschieden oder nicht vergleichbaren Zahlen. Suchtverhalten, wie z.B. Tabak- bzw. Alkoholabusus, wurde in dieser Praxis nicht behandelt, so dass ein Vergleich mit Studienergebnissen nicht möglich ist. Demgegenüber findet sich in der vorliegenden Stichprobe ein nicht unerheblicher Prozentsatz von Personen mit Persönlichkeitsstörungen, die jedoch in den epidemiologischen Studien nicht berücksichtigt wurden. Weiterhin ist unklar, wie die hohe Anzahl traumatisierter Klientinnen mit epidemiologischen Studien in Beziehung gesetzt werden kann. Posttraumatische Belastungsreaktionen werden dort meist nicht als eigene Kategorie angeführt, oder gar nicht erfasst. Nur Meyer und Kollegen (2000) geben die Lebenszeitprävalenz für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) in ihrer Stichprobe konkret an: 1,4 %. Demgegenüber sprechen Kessler und Kollegen (1995, zitiert nach Ehlers, 1999) von einer Lebenszeitprävalenz von 8 %, allerdings noch nach DSM-III-R. Wie bereits in Kapitel 4.1.1 geschildert, kann die vergleichsweise hohe Anzahl traumatisierter Klientinnen in dieser Praxis mit der Spezialisierung der Therapeutin und dem gut funktionierenden Zuweiserinnensystem erklärt werden. Insofern sind Abweichungen von der Häufigkeitsstruktur epidemiologischer Studien nicht verwunderlich.

Eindeutig interpretierbar erscheint einzig die Übereinstimmung dieser Studie mit epidemiologischen Ergebnissen hinsichtlich der **Komorbiditätsraten**. Hier wurden in den verschiedenen Studien Werte von 40 bzw. 37 % berichtet, während die Komorbidität in der vorliegenden Stichprobe 45 % betrug.

Besser als mit den Häufigkeitsangaben epidemiologischer Studien lassen sich die in dieser Psychotherapiepraxis gewonnenen Daten mit denen der Stichprobe des GEK-Reports (2007) vergleichen. Dieser erfasste die Verteilung der unterschiedlichen Störungsgruppen in der Population der GEK-Versicherten, die eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nahmen und entspricht damit besser der hier untersuchten Stichprobe.

Die berichtete Häufigkeit von depressiven Störungen von 60 % unter Berücksichtigung aller Diagnosen (Komorbidität) entspricht den Ergebnissen des GEK-Reports. Dieser berichtet eine Häufigkeit von 58 % bei Patientinnen in ambulanter Psychotherapie. Allerdings unterscheiden sich die Häufigkeiten bei den Erstdiagnosen. Hier weist die Stichprobe dieser Studie eine deutlich höhere Rate depressiver Störungen (47,8 %) als der GEK-Report (26 %) auf. Bei den Erstdiagnosen ergab sich dagegen eine nahezu vollständige Übereinstimmung der Störungsgruppe ICD-10 F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (hier bezeichnet mit „Posttraumatische Belastungsreaktionen“): 22,3 % in dieser Studie – 20,7 % im GEK-Report.

Auch wenn die Stichprobe des GEK-Reports hinsichtlich ihrer Repräsentativität in der Diskussion steht, stellt sie die einzige derzeit verfügbare, sinnvolle Vergleichsstichprobe dar. Die geschilderten Übereinstimmungen weisen darauf hin, dass das Klientel dieser Praxis, trotz ihrer genannten Besonderheiten, durchaus vergleichbar ist mit den bundesweiten Psychotherapiepatientinnen einer Ersatzkasse.

Die Stichprobenbeschreibung befasste sich abschließend mit der Frage, ob es einen **Zusammenhang von Störungsbildern und Komorbidität mit Sitzungsanzahl und Therapiedauer** gäbe. Dabei zeigte sich, dass Depressive mit durchschnittlich vier Jahren die längsten Therapiedauern benötigten. Posttraumatisch belastete Klientinnen oder solche mit einer Angst- oder Zwangsstörung beendeten hingegen nach durchschnittlich zwei Jahren ihre Therapie, bei einer geringeren Stundenanzahl. Es erscheint plausibel, dass es sich bei posttraumatischen Belastungsreaktionen, Angst und Zwang um Syndrome handelt, die in der Lebenswelt der Klientinnen eine relativ klar abgegrenzte Störung bedeuten. Es könnte sein, dass die anderen Störungscluster vermehrt interaktive Auswirkungen haben und dass diese Beziehungskomponenten einer längeren Therapiedauer und höheren Behandlungs-

frequenz bedürfen als Symptome, die verstärkt intraindividuell behandelbar sind. Die Ergebnisse widersprechen jedoch internalisierten Annahmen, nach denen Patientinnen mit posttraumatischen Belastungsreaktionen durchschnittlich längere Therapiedauern und höhere Stundenkontingente aufweisen. Dies gilt auch für Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen, die ihre Therapie durchschnittlich mit 37 Sitzungen in weniger als drei Jahren beendeten.

In den dargestellten Berechnungen wurden allerdings ausschließlich die Erstdiagnosen beachtet. Die auffallend niedrige Sitzungsanzahl und Therapiedauer beispielsweise der Klientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung relativiert sich, wenn man berücksichtigt, dass 23 Personen diese Diagnose als Zweitdiagnose hatten und aufgrund anderer Erstdiagnosen in die Berechnungen gingen. Es wäre möglich, dass Überlebende massiver Traumatisierungen zunächst andere Eingangssymptome äußern (siehe 1.6.3), jedoch aufgrund der Komplexität ihrer Symptome eine längere Behandlungsdauer mit höheren Stundenkontingenten benötigen.

Das Cluster „Störungen des Körperbezugs“ als Erstdiagnose weist eine niedrige aber stetige Sitzungsanzahl bei einer relativ hohen Therapiedauer von ca. drei Jahren auf. Dabei kann es sich jedoch um ein Artefakt handeln, da das Cluster aus Klientinnen mit sehr heterogenen Syndromen gebildet wurde.

Störungsunabhängig legt die durchschnittliche Therapiefrequenz von einer Sitzung in vier Wochen den Schluss nahe, dass in der untersuchten Praxis insgesamt niederfrequente Therapien durchgeführt wurden. Dieser Mittelwert verdeutlicht die hohen Anforderungen an Selbststrukturierung und Eigenverantwortung der Klientinnen, die offensichtlich in der Regel von diesen getragen werden können. Möglicherweise tragen die Vortherapien hierzu bei. Solche Klientinnen, denen eine mangelnde Strukturschwäche unterstellt wird, wie z.B. Suchtklientinnen, werden hingegen in diesem Setting nicht behandelt. Dieses Selektionskriterium wurde bislang empirisch nicht überprüft.

Die durchschnittlich niedrige Therapiefrequenz könnte jedoch die Realität verzerrt abbilden. Zum einen gehen in den Mittelwert auch solche Klientinnen ein, die seit vielen Jahren bedarfsabhängig mit zeitweilig langen Unterbrechungen Therapie diskontinuierlich in Anspruch nehmen. Solche Unterbrechungen, die die Klientinnen nicht zu vertreten haben, können durch die gesetzlich vorgeschriebene Pause nach 80 Sitzungen bedingt sein und sind bisweilen schwierig zu überbrücken. Zum anderen beginnen Klientinnen in der Regel eine Therapie gezielt aufgrund von Krisen und nehmen deshalb am Anfang der Behand-

lung häufigere Sitzungen in kürzerer Zeit in Anspruch als die Durchschnittswerte vermuten lassen. Da in dieser Untersuchung jedoch keine Therapieverläufe oder –prozesse analysiert wurden, kann dies nicht durch Verlaufskurven belegt werden. Die hiesigen Therapiefrequenzen scheinen aber durchaus vereinbar mit Best (2008), der vom „zielgerichteten und sparsamen Einsatz“ von PT spricht (S. 7) und betont, dass laut GEK-Report (2007) die Sitzungsfrequenz im ersten Quartal nach PT-Beginn deutlich höher ist gegenüber den Kontakten nach zwei Jahren: Die Sitzungsanzahl bei Langzeittherapien verringerte sich danach durchschnittlich von 8,3 Sitzungen im ersten Quartal auf 2,6 Sitzungen pro Quartal nach zwei Jahren, die Sitzungsanzahl von Kurzzeittherapien von 6,5 auf 0,8.

4.2.2 Therapieeffekte in der untersuchten Stichprobe

Um Aussagen über therapeutische Veränderungen bei den untersuchten Klientinnen treffen zu können, wurden Hypothesen zum Therapieerfolg formuliert und in der Stichprobe überprüft. Die folgende Diskussion orientiert sich an den Ergebnissen zu diesen Hypothesen.

Hypothese 1 („Prä- und Post-Testvergleiche der Outcome-Maße, ebenso wie die Katamnesebefragung, belegen einen Therapieerfolg bei der untersuchten Stichprobe“) kann aufrechterhalten werden. Fast alle Faktoren der BL und EWL veränderten sich in den Prä-Post-Vergleichen in die erwartete Richtung. Beim FPI-R zeigten sich bedingt durch die Polung der Subskalen weniger deutliche Effekte. Hier sind mittlere Werte als Optimum zu betrachten, so dass sich Veränderungen von unterschiedlichen Extrempolen her mitteln können. Zudem misst der FPI-R eher Persönlichkeitseigenschaften, die überdauernd sind und daher eher geringe Veränderungen erwarten lassen. Die Ergebnisse aus dem FPI-R weisen dennoch darauf hin, dass Klientinnen nach der Therapie im Durchschnitt sich als emotional stabiler erleben. Dabei sind sie zufriedener und zuversichtlicher, fühlen sich weniger belastet und angespannt und ihre körperlichen Beschwerden haben sich verringert. Die klinische Bedeutung der gefundenen Signifikanzen wird durch die ermittelten Effektstärken bestätigt. Zwar ergaben sich im Mittel für die EWL und die BL nur Effektstärken im mittleren Bereich nach der Klassifikation von Cohen (1992). Die Bildung solcher Durchschnittswerte über alle Faktoren hinweg erscheint jedoch nicht sinnvoll, da die sehr niedrigen Werte einzelner Skalen die ansonsten zumindest mittleren, zumeist jedoch hohen Effektstärken nivellieren. Dies wird deutlich, wenn man die mittlere Effektstärke der EWL um die Skalen „Selbstbewusstsein und Optimismus“ und „Gefühl körperlicher Unattraktivität“ und die der BL um den Faktor „Schlechte

Lebensverhältnisse“ bereinigt. Dadurch ergibt sich ein realistischeres Bild mit gemittelten Effektstärken von .79 und .80, die nach der Einteilung von Cohen (1992) hohe Effektstärken darstellen. Bei dem Bemühen, die hier erzielten Effektstärken mit solchen anderer Untersuchungen in Beziehung zu setzen, wird der Mangel an vergleichbaren Praxisstudien deutlich, die Effektstärken aus Prä-Post-Vergleichen bei der Anwendung eines integrativen psychotherapeutischen Vorgehens ermitteln. So bleibt nur ein Vergleich mit Effektstärken aus Studien mit monokausalem Vorgehen: Vergleicht man die hier erhobenen Werte mit Effektstärken von Untersuchungen zur Wirksamkeit der GT, wie z.B. der Metaanalyse von Elliott (2002) oder der Studie von Böhme & Teusch (2006), so werden zwar im Mittel niedrigere Effektstärken erreicht, bei einzelnen Subskalen, wie z.B. der Skala „Unruhe und Schwäche“ in der BL, jedoch Effektstärken in gleicher Höhe.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen von Grawe et al. (1995) ergibt ein ähnliches Bild. Diese ermittelten über alle Therapieverfahren (VT, GT, Psychoanalyse, siehe 1.4.5) hinweg eine durchschnittliche Effektstärke von 1.21. Die durchschnittlich erreichten Effektstärken der vorliegenden Untersuchung liegen unter diesem Wert, wobei sich auch hier einzelne Subskalen in vergleichbarer Höhe bewegen.

Die Klientinnenurteile der Katamnesebefragung sowie die Therapeutinneneinschätzung ergänzen die Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche. Sie weisen ebenfalls auf einen im Durchschnitt hohen Therapieerfolg hin.

Die **zweite Hypothese** („Therapeutin und Klientinnen weisen eine hohe Übereinstimmung bei der Beurteilung des Therapieerfolges auf“) kann nur teilweise aufrechterhalten werden. Zwar zeigten sich höchstsignifikante, mittlere Korrelationen zwischen der Outcome-Schätzung der Therapeutin mit der Qualität der Alltagsbewältigung durch die Klientinnen sowie deren Einschätzung, wie sehr sie sich durch die Therapie verändert haben. Mit dem Ausmaß, in dem Klientinnen weitere Therapie benötigen, korrelierte die Therapeutinneneinschätzung jedoch nur gering. Das hohe Signifikanzniveau dieser Korrelation ist durch die Größe der Stichprobe zu erklären. Die Korrelation der Outcome-Schätzung mit der Zufriedenheit mit der Psychotherapie fiel ebenfalls gering aus und wurde nicht signifikant. Diese Ergebnisse legen nahe, dass die Therapeutin sich bei der Einschätzung des Therapieerfolges eher durch die gegenwärtige Alltagsbewältigung und durch die Veränderung im Rahmen der Therapie leiten ließ, also durch Kenntnisse, die sie in der therapeutischen Beziehung über das gegenwärtige Leben der Klientin erfährt.

Die Ergebnisse zeigen zudem die Notwendigkeit einer Differenzierung der Therapieerfolgsmessung durch verschiedene Outcome-Maße, die jeweils andere Aspekte des Therapieergebnisses berücksichtigen.

Hypothese 3a („Die Dauer einer Therapie ist abhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn“) muss zurückgewiesen werden: Das Ausmaß der Beeinträchtigung der Klientinnen zu Therapiebeginn hatte keine Auswirkungen auf deren Therapiedauer, weder zeitlich betrachtet, noch bezüglich der Anzahl der Sitzungen in diesem Zeitraum. Dieses Ergebnis erstaunt und läuft impliziten Therapieprozessannahmen zuwider, die davon ausgehen, dass subjektiv stark beeinträchtigte Klientinnen besonders aufwändige Therapien mit hoher Stundenanzahl und langer Dauer bedürfen. Vermutlich würde eine Einschätzung der Komplexität der Störung durch die Therapeutin zu Therapiebeginn einen valideren Prädiktor für die Therapiedauer und die Anzahl der therapeutischen Sitzungen darstellen als die subjektive Bewertung der Beeinträchtigung durch die Klientinnen. Bewertet man Komorbidität als ein Maß für Komplexität, so deuten die hier erhobenen Daten in diese Richtung.

Man könnte auch hypostasieren, dass hier Auswirkungen einer klientenzentrierten therapeutischen Grundhaltung sichtbar werden. Wenn Klientinnen ihre Probleme zu Therapiebeginn als besonders beeinträchtigend und schwer einschätzen, so appellieren sie damit an die Hilfsbereitschaft (das Helfersyndrom?) der Therapeutin und fordern Schonung und Schutz ein. Dieser Appell wird in einem klientenzentrierten Vorgehen mit empathischem Verstehen beantwortet, es wird ihm jedoch inhaltlich nicht entsprochen. Stattdessen werden die Selbststeuerungsmechanismen („Selbstaktualisierung“) und die Autonomie der Klientinnen betont und diese dazu angeleitet, ihre Ressourcen zu aktivieren. Dieses könnte sie dazu motivieren, sich aus einer Opferhaltung in Richtung auf eine aktivere Problembewältigung zu bewegen. Der Vergleich mit hierarchischer strukturierten therapeutischen Beziehungssettings, die den Klientinnen eine höhere Abhängigkeit erlauben, könnte diese Fragestellung erhellen.

Hypothese 3b („Es bestehen keine Unterschiede in den Einschätzungen des Therapieerfolgs durch Therapeutin und Klientinnen für Kurz- und Langzeittherapien“) kann nur für drei der vier Outcome-Maße der Klientinnen aufrechterhalten werden. Bei diesen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Kurz- und Langzeittherapien. Die Outcome-Schätzung der Therapeutin jedoch fiel in Widerspruch zu Hypothese 3b mit zuneh-

mender Sitzungsanzahl positiver aus. Es wäre zwar möglich, dass die Therapeutin hier einen Bias aufweist und den Therapieerfolg von Klientinnen, die sie bereits länger kennt, als positiver bewertet. Vielleicht sind aber längere Therapiedauern tatsächlich von Vorteil, um mehr Veränderung bei den Klientinnen zu ermöglichen, insbesondere bei komplexer Komorbidität. Diesem Ergebnis scheint die Bewertung der gegenwärtigen Alltagsbewältigung durch die Klientinnen zu widersprechen, die mit zunehmender Sitzungsanzahl offenbar schlechter gelingt (das betrifft vor allem Klientinnen mit Therapiekontingenten von über 80 Sitzungen). Die Untersuchung erlaubt jedoch keine Aussagen über das Ausgangsniveau der Alltagsbewältigung der Patientinnen. Sollte bei komplexeren Störungen insgesamt eine pathogenere Lebensbewältigung vorliegen, so könnten auch geringe Verbesserungen subjektiv bedeutsame Schritte beinhalten. Dafür spricht die numerische, jedoch nicht signifikante, erhöhte Zufriedenheit der Patientinnen mit der PT, sowie die Veränderung durch diese, die mit zunehmender Stundenanzahl zu verzeichnen ist.

Die **vierte Hypothese** („Es zeigen sich keine unterschiedlichen Einschätzungen des Therapieerfolgs hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildungsgrad“) konnte nicht vollständig aufrechterhalten werden. Hypothesenkonform zeigten sich keine unterschiedlichen Therapieerfolgseinschätzungen abhängig vom Alter der Klientinnen. Auch Geschlechterunterschiede waren wenig bedeutsam. Allerdings schätzten Männer im Durchschnitt ihre Veränderung durch die PT signifikant höher ein als Frauen. Bedeutsamer erscheinen jedoch die Unterschiede der Beurteilung des Therapieerfolgs abhängig vom Bildungsgrad der Patientinnen. Dieser hatte Auswirkungen auf drei der fünf Outcome-Maße der Katamnese: auf die Einschätzungen der Zufriedenheit mit der Psychotherapie, auf die gegenwärtige Alltagsbewältigung und auf die Outcome-Einschätzung der Therapeutin. Höher gebildete Klientinnen schnitten bei diesen Variablen besser ab. Hierfür könnten verschiedene Gründe verantwortlich sein: die Ähnlichkeit zum Bildungsgrad der Psychotherapeutin könnte dazu geführt haben, dass die Therapeutin sich in dieses Klientel besonders empathisch einfühlen konnte. Ebenso wäre es möglich, dass Personen mit höherem Bildungsgrad vermehrt andere Ressourcen zur Verfügung stehen, die durch die PT (re-)aktiviert werden können oder deren Wirkung verstärken. Auch könnten gebildete Klientinnen informierter darüber sein, was in Psychotherapien geschieht und dadurch von vornherein realistischere Vorstellungen haben als weniger gebildete Klientinnen. Ihre Erwartungen würden damit eher mit denen der Psychotherapeutin übereinstimmen, nämlich Hilfe zur Selbsthilfe anstatt konkreter

Handlungsanweisungen zu erhalten. Sie wären folglich zufriedener, da sie eher das bekommen, was sie erwarten.

Hypothese fünf („Es zeigen sich keine unterschiedliche Einschätzungen des Therapieerfolgs für unterschiedliche Störungsbilder“) kann aufrechterhalten werden. Die Therapieerfolgsaussichten der Klientinnen sind unabhängig vom Störungsbild.

Für die Zukunft planen gleicht dem Fischen in einem trockenen Loch: Nie läuft etwas, wie du es dir wünschst, also gib all deine ehrgeizigen Pläne auf. Wenn du unbedingt an etwas denken musst – dann denk an die Ungewissheit deiner Todesstunde.

Sogyal Rinpoche

4.3 Perspektiven der Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung geschieht seit über 50 Jahren fast ausschließlich im stationären Setting. In der Literatur wird immer wieder auf die mangelnde Praxisforschung zur Versorgungslage psychischer Störungen verwiesen. Die Zunahme psychischer Erkrankungen, auf die epidemiologischen Studien hinweisen, wird in Zukunft aus gesundheitsökonomischen Gründen Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie erfordern. Die gültige, gesetzlich beschlossene Qualitätssicherung beschränkt sich derzeit auf ein Bemühen um allgemeine Standards für ein professionelles Vorgehen, wie z.B. die Erhebung einer biographischen Anamnese, Empfehlungen zur Verwendung diagnostischer Instrumente und die Kontrolle angemessener fachlicher Weiterbildung. Die Ergebnisqualität der Behandlerinnen wird damit jedoch nicht untersucht. Die Erhebung von Daten zum Therapieerfolg und der Versorgung psychischer Störungen könnte hier eine sinnvolle Erweiterung der Qualitätssicherung darstellen. Fydrich weist darauf hin, dass die PT viele Jahre gebraucht habe, um in das System der sozialrechtlich geregelten Gesundheitsversorgung integriert zu werden. „Daher ist es auch das Recht der Solidargemeinschaft der Versicherten und der einzelnen Patienten, über Qualität und Erfolg unserer Arbeit informiert zu werden“ (nach Bühring, 2008, S. 19). RCT-Studien und Versorgungsforschung sollten dabei nicht gegeneinander gestellt, sondern ergänzend betrachtet werden, da beide von Bedeutung seien. Praxisforschung, deren interne Validität eingeschränkt ist, würde zu einer Erhöhung der externen Validität und damit der Aussagekraft von RCT-Studien führen.

Fydrich (nach Bühring, 2008, S. 18) unterscheidet zwischen „epidemiologischer Forschung“ („Diskrepanz zwischen der Prävalenz psychischer Störungen und der Versorgung“), „organisationsbezogener Forschung“ (Einfluss administrativer Rahmenbedingungen oder Sparmaßnahmen auf die Versorgung, z.B.: Werden genehmigte Stundenkontingente ausgeschöpft, nur weil sie bewilligt wurden?), „Outcome-Forschung“ (Katamnesen nach 6 Monaten bis einem Jahr, da man sehr wenig darüber wisse, wie lange die Wirkung einer Therapie anhält) und „Outcome-Prozessforschung“ (Fragen nach der therapeutischen Allianz, Therapiemodulen oder Prozessstadien der Veränderung).

Die hier vorliegende Einzelfalluntersuchung einer ambulanten Praxis nimmt aufgrund ihrer Konzeptualisierung einen Platz zwischen organisationsbezogener und Outcome-Forschung ein. Sie liefert einen Beitrag zu der geforderten Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Auch wenn sie aufgrund ihrer Konzeption als Einzelfallstudie keine Repräsentativität für sich beanspruchen kann, so ist sie doch als Beispiel einer methodenintegrativen Pragmatik beachtenswert und evaluiert bedarfsorientierte Fragestellungen. Damit stellt die Studie einen ersten Schritt zu einer Erfassung der breit gefächerten Realität ambulanter Psychotherapie dar und kann als eine Art Pilotstudie für weitere Qualitätsuntersuchungen über Psychotherapie in niedergelassenen Praxen interpretiert werden.

Weitere vergleichbare Studien in ambulanten psychotherapeutischen Praxen wären erforderlich, um die hier gefundenen Ergebnisse besser einordnen und bewerten zu können. So erlauben erst Vergleichsdaten aus der Erhebung einer großen, zufälligen Stichprobe von Psychotherapiepraxen eine Einschätzung der Häufigkeitsstruktur psychischer Störungen in der ambulanten Versorgung sowie der Wirksamkeit der angewendeten Psychotherapie. Wünschenswert für zukünftige Studien erscheinen dabei möglichst lange Katamnesezeiträume sowie vergleichbare, aussagekräftige Erfolgskriterien. Dabei erscheint es sinnvoll, objektive Kriterien des Funktionsniveaus von Klientinnen im Alltag zu Selbsteinschätzungen und Therapeuteneinschätzungen in Beziehung zu setzen und zu berücksichtigen.

Untersuchungen wie diese Studie, die sich mit der Qualität und dem Erfolg ambulanter Psychotherapie befassen, so wünschenswert sie sein mögen, sind jedoch aufwendig und teuer und werden bislang für ambulante Praxen nicht finanziert. Gerade hier liegt ein Dilemma von praktisch tätigen Psychotherapeutinnen, ohne deren Mitarbeit eine versorgungsnahe Forschung nicht möglich sein wird. Auf dem Weg zu einer umfassenden empirischen Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie werden daher voraussichtlich noch eine Reihe von Hürden zu überwinden sein. Hier geht der Appell zu deren Überwindung ebenso an universitäre Forschungsprojekte, die Praxisforschung fördern und begleiten

könnten, wie an die Krankenkassen, die an der Sicherung einer effektiven Versorgung psychischer Störungen interessiert sein dürften.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Inanspruchnahme und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie am Beispiel einer psychotherapeutischen Praxis und leistet damit einen Beitrag zur Versorgungsforschung. Eine ausführliche Analyse der in der Praxis behandelten Patientinnen sollte Aufschluss über die Häufigkeitsverteilung psychischer Störungen sowie über Durchschnittswerte soziodemographischer und therapiebezogener Variablen in einem realistischen ambulanten Setting geben. In Abgrenzung zur aktuell üblichen Psychotherapieforschung nach den Standards von Randomisierten Kontrollstudien (RCT), verfolgte die Studie sodann das Ziel, ökologisch validere Aussagen über die Wirkung von Psychotherapie, wie sie in der Praxis realisiert wird, zu treffen. Sie stellt damit eine Art Pilotprojekt für eine umfassendere Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie dar.

In die Untersuchung gingen Daten von insgesamt 184 Klientinnen ein, die im Zeitraum 2001-2006 eine Psychotherapie in der untersuchten ambulanten Praxis abgeschlossen oder abgebrochen hatten. Die Testverfahren zum Zeitpunkt vor Therapiebeginn umfassten eine Eigenschaftsliste, eine Beschwerdeliste und ein Item zur Einschätzung der Symptomstärke aus dem LHQ, sowie den FPI-R. Zum Zeitpunkt der Katamnese erhielten die Patientinnen zusätzlich zu diesen Maßen einen Katamnesefragebogen. 76 Patientinnen gingen in die Katamnese-Stichprobe ein. Die Therapeutin schätzte den Therapieerfolg unabhängig von den Einschätzungen der Patientinnen für sämtliche Patientinnen auf einer fünfstufigen Skala ein. Daten zu den soziodemographischen und therapiebezogenen Variablen (z.B. Anzahl der Therapiesitzungen) wurden aus den Patientinnenakten entnommen.

Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der behandelten Klientel um eine Stichprobe handelt, die erwartungsgemäß mit denen epidemiologischer Studien schwer vergleichbar ist. Dies ist zum einen auf methodische Unterschiede zurückzuführen, zum anderen spiegeln sich darin die Ergebnisse anderer Versorgungsstudien wider, die zeigen, dass sich die Prävalenzen psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung nicht mit denen in Versorgungseinrichtungen decken. Im Vergleich mit der Stichprobe des GEK-Reports (2007) finden sich dagegen bezogen auf die vorhandenen Störungsbilder eindeutige Parallelen. Diese deuten darauf hin, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe um eine für die ambulante Versorgung repräsentative Stichprobe handeln könnte. Weitere Studien wären nötig, um

Erkenntnisse über die tatsächliche Inanspruchnahmestruktur in der ambulanten Versorgung zu gewinnen.

Bei der Evaluation der Therapieeffekte zeigte sich, dass die hier beforschten Psychotherapien im Durchschnitt als sehr erfolgreich bewertet wurden und zwar unabhängig von Störung und Alter. Männer und Frauen unterschieden sich in der Beurteilung des Therapieerfolgs nur in einer von vier Variablen (die Veränderung durch die PT wird durch die Männer höher eingeschätzt). Der Bildungsgrad der Patientinnen scheint mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang zu stehen, wobei unklar bleibt worauf dieser Zusammenhang begründet ist. Überraschenderweise erwies sich die Therapiedauer als unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn. Langzeittherapien wurden von der Therapeutin als erfolgreicher beurteilt als Kurzzeittherapien. Auffällig erscheinen Therapien mit mehr als 80 Stunden Dauer, bei denen sich die Klientinnen im Vergleich mit allen anderen Gruppen in der Alltagsbewältigung am deutlichsten beeinträchtigt erlebten.

6 Literaturverzeichnis

- Amelang, M. & Borkenau, P. (1981). Untersuchungen zur Validität von Kontroll-Skalen für Soziale Erwünschtheit und Akquieszenz. *Diagnostica*, 27, 295-312.
- Arnold, J. (1993). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf*. Dissertation Universität Wuppertal FB3.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.
- Bastine, R. (1998). *Klinische Psychologie, Band 1* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.). *Klinische Psychologie, Band II* (S. 179 – 308). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck A. T., Ward C. & Mendelson M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression* (Hrsg. von M. Hautzinger). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Behr, M. (2007). Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Spieltherapeutische Konzepte und Praxis eines personenzentriert-interaktionellen Vorgehens. In J. Kriz, & T. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 151-166). Weinheim: Beltz.
- Best, D. (2008). Stellungnahme der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zum GEK-Report 2007, Schwerpunkt ambulante Psychotherapie. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 8 (1), 3-7.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 229-269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2005). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (7. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer.

- Binder, U. (2007). Psychotisches Leben als psychotherapeutische Herausforderung. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 255-268). Weinheim: Beltz.
- Bischkopf, J. & Greenberg, L. (2007). Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie. In J. Kriz, & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 109-122). Weinheim: Beltz.
- BKK Bundesverband (2006). *BKK Gesundheitsreport 2006: Demographischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen*. <http://www.bkk.de> (31.08.2008).
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B. & Hensel, T. (2002a). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. I: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B. & Hensel, T. (2002b). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. II: Anwendung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Böhme, H. & Teusch, L. (2006). „Die Fakten sind freundlich“: Effektivität der Gesprächspsychotherapie unter stationären Bedingungen. *Person, 1*, 21-28.
- Borgart, E.-J., Okon, E. & Meermann, R. (2007). Sozialmedizinische Aspekte im Rahmen ambulanter Fachpsychotherapie. *Forum Psychotherapeutische Praxis, 7 (1)*, 29-36.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bozarth, J. D. & Wilkins, P. (Eds.) (2001). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Volume 3: Unconditional Positive Regard*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Brodley, B. & Brody, A. (1990). *Understanding Client-Centered Therapy through interviews conducted by Carl Rogers*. Panel Fifty Years of Client-Centered-Therapy: Recent Research, at the APA Convention in Boston, Mass.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt, 72*, 20-30.
- Bühning, P. (2007). Menschen mit Depressionen – Nur eine Minderheit wird optimal behandelt. *Deutsches Ärzteblatt, 11*, 505.
- Bühning, P. (2008). Das Gespräch: Der Erfolg von Psychotherapie ist messbar. Die Bedeutung der Versorgungsforschung in der Psychotherapie nimmt zu. Über die Themen der Versorgungsforschung, ihren Sinn und die Abgrenzung zur klinischen Forschung. *Deutsches Ärzteblatt – PP, 1*, 18-20.

- Bundesministerium der Justiz (1998). *Psychotherapeutengesetz (PsychThG)*.
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psychthg/gesamt.pdf> (31.08.2008).
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2006). Pressemitteilung: *Psychotherapie – eine der erfolgreichsten Behandlungen des 21. Jahrhunderts*.
<http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/139287.html> (31.08.2008).
- Cameron, R. (2004). Psychological contact. In J. Tolan (Ed.), *Skills in Person-Centred Counselling and Psychotherapy* (S. 87-109). London: Sage.
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2005). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung, Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 395-412). München: CIP-Medien.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2005). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 194-226). New York: John Wiley & Sons.
- Coelho, H. F., Canter, P. H. & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (6), 1000-1005.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- DAK Versorgungsmanagement (2005). *DAK-Gesundheitsreport 2005*.
<http://www.presse.dak.de> (31.08.2008).
- Danner, M. & Matzat, J. (2007). Zur Weiterentwicklung der Psychotherapie aus Patientensicht – oder: das Unbehagen im Gemeinsamen Bundesausschuss. *Forum Psychotherapeutischer Praxis, 7* (2), 76-77.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz PVU.
- Dinger-Broda, A. (2001). Gesundheitsversorgung und Rehabilitation psychosomatisch erkrankter Frauen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S. 717-735). Göttingen: Hogrefe.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L. & Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (3), 468-477.

- Eckert, J. (2006). Gesprächspsychotherapie im stationären Rahmen. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis* (S. 409-414). Heidelberg: Springer.
- Eckert, J. (2007). Zum Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 7(2), 67-72.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Papenhausen, R., Talmon-Gros, S., Tönnies, S., Seifert, R. & Spehr, W. (1987). Zur Diagnose von Borderline-Störungen: Überprüfung der Gütekriterien des Diagnostischen Interviews für Borderline-Störungen (DIB). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37, 68-74.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Wuchner, M. (2000). Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50 (3/4), 140-146.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ekers, D., Richards, D. & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38, 611-623.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. (S. 57-81). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004a). *Learning Emotion focused Therapy. The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004b). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 493-539). New York: John Wiley & Sons.
- Faber, F. R. & Haarstrick, R. (1994). *Kommentar Psychotherapierichtlinien*. Stuttgart: Jungjohann.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. 5., ergänzte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Selg, H. & Hampel, R. (1978). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. 1. Aufl. 1970, 2. Aufl. 1973, 3., ergänzte Aufl. 1978*. Göttingen: Hogrefe.
- Fehringer, C. (2006). Ja, so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute. (W. Busch) – Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen. *Person*, 2, 176-186.

- Feuerstein, H.-J. (2005). Coaching und Focusing: Konzeptionen und Methoden. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3, 179-183.
- Feuerstein, H.-J. & Müller, D. (2000). Focusing und erlebensbezogene Methode – eine Einführung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 2, 96-103.
- Fiedler, P. (1997). Die Zukunft der Verhaltenstherapie lag schon immer so ziemlich genau in der Mitte... zwischen Phänomen- und Störungsorientierung. Ein zusammenfassender Kommentar. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 131-159). Lengerich: Papst.
- Fiedler, P. (2001). „Störungsspezifisch“ versus „Allgemein“? Wie Mythen und Vorurteile über die Psychotherapieschulen eine sinnvolle Integration behindern. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51, 406-412.
- Fiedler, P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (1), 4-12.
- Fiedler, P. (2006). Psychotherapie in der Entwicklung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38, 269-282.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147-162). Wien: Springer.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007a). Gesprächspsychotherapie der Depression. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 233-247). Weinheim: Beltz.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007b). Die störungsbezogene Perspektive in der Gesprächspsychotherapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 227-232). Weinheim: Beltz.
- Frenzel, P. (1992). Die Technik. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 207-240). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Frohburg, I. (2004b). Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). *Psychotherapeutenjournal*, 4, 320-326.
- Frohburg, I. (2004c). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (3), 196-208.
- Frohburg, I. (2007). *Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Fydrich, T. & Kommer, D. (2004). Das Psychotherapeutengesetz: 53 Jahre davor, 5 Jahre danach. *Verhaltenstherapie*, 14, 35-41.
- Gaston, L. & Marmar, C. R. (1994). The California Psychotherapy Scales. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance - theory, research and practice* (S. 85-108). New York: Wiley.
- Geider, F. J. (1997). *Die Messung therapeutischer Allianz: Dimensionierung und Konstruktvalidierung einer deutschen Version der California Psychotherapeutic Alliance Scales (CALPAS)*. Dissertation, Universität Heidelberg.
- GEK (2007). *GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2007*. <http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Report-Ambulant-aerztliche-Versorgung-2007.pdf> (31.08.2008).
- Gendlin, E. T. (1994). *Experiential psychotherapy*. New York: Guilford.
- Gendlin, E. T. (1998a). *Focusing: Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Reinbeck: Rowohlt.
- Gendlin, E. T. (1998b). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München, Pfeiffer.
- Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- GPT-Verbände (ÄGG, DPGG & GwG) (2006). Gemeinsame Stellungnahme zum Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss/ Unterausschuss Psychotherapie. Download bei <http://www.psychotherapeuten-journal.de> (31.08.2008).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession (4. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K. & Plog, U. (1976). *Differentielle Psychotherapie I und II. Differentielle Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie*. Bern: Huber.
- Greenberg, L. (2001). *Emotion-Focused Therapy. Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Greenberg, L. (2005). Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick. *Therapeutenjournal*, 4, 324-337.
- Greenberg, L., Rice, L. N. & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Hauth, S. & Merry, T. (Eds.) (2001). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Volume 2: Empathy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Hautzinger, M. (1995). *Beck-Depressions-Inventar BDI* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2000). Verhaltens- und Problemanalyse. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 40 – 46). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2004). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie*. München: CIP-Medien.
- Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (2005). Therapieevaluation – eine Sach- und Beziehungsklärung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 5-11.
- Heidenreich, T., Michalak, J. & Eifert, G. (2007). Balance von Veränderung und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 475-486.
- Heisig, U. & Littek, W. (2003). Der schwierige Weg zur Profession – Zur Lage der niedergelassenen Psychotherapeuten im Jahr 2 der neuen Zeit. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 7-19.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 467-508). New York: Wiley.
- Hentze, K.-O. (2005). *Die Stellung der TK-Regelung in der psychotherapeutischen Versorgung* (Vortrag auf dem 2. Berliner Landespsychotherapeutentag). Unveröffentlicht, persönliche Mitteilung.

- Hentze, K.-O. (2006). *Die unendliche Geschichte der bisherigen Entwicklung des Verfahrens zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie*. 6. GwG-Fortbildungstage, Mainz, Persönliche Mitteilung.
- Hentze, K.-O. (2007). *Chronologie der Gesprächspsychotherapiebewertung – die unendliche Geschichte*. Download bei <http://www.psychotherapeutenjournal.de> (31.08.2008).
- Hoffmann, N. (2000). Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Therapietechniken. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 3-8). Berlin: Springer.
- Hofmeister, B. (in press). The Person Centered Approach in Germany: To Cut a Long Story Short. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (S. 259-287). New York: Wiley.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung*. München: Barth.
- Kanfer, F. H. & Schmelzer, D. (2005). *Wegweiser Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Keil, W. (2001). Klientenzentrierte Therapietheorie. In P. Frenzel, W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 119-146). Wien: Facultas.
- Klein, M. & Galliker, M. (2007). Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapiefor- schung. Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personzentrierter Psycho- therapie. *Person*, 2, 127-139.
- Kommer, D. & Wittmann, L. (2002). Auf dem Weg zu einer Bundespsychotherapeuten- kammer – Historische Ausgangspunkte und Perspektiven für eine Bundesvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichentherapeu- ten. *Psychotherapeutenjournal*, 0, 22-35.
- Könning, J. (2007). Die Versorgungssituation im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsy- chotherapie in der Bundesrepublik. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 7 (2), 62-66.

- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Papst.
- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Kriz, J. (2003). Mechanistischer Humanismus statt humanistischer Systemtheorie? *Person*, 1, 82-84.
- Kriz, J. (2004). Personzentrierte Systemtheorie. Grundfragen und Kernaspekte. In A. v. Schlippe & J. Kriz (Hrsg.), *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln* (S. 13-67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz, J. & Slunecko, T. (Hrsg.) (2007). *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes*. Wien: Facultas.
- Kröner-Herwig, B. (2004). *Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Expertise zur empirischen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Verhaltenstherapie*. Tübingen: dgvt.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2005). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2008). *Newsletter 2 (1)*. http://www.lpk-bw.de/archiv/lpk_newsletter/lpk_nl_2008_1.pdf (31.08.2008).
- Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Lazarus, A. A.; übersetzt und erweitert von D. Zimmer und L. Echelmeyer (1978). *Fragebogen zur Lebensgeschichte*. Tübingen: dgvt.
- Legewie, H. (2000). Goldstandard für die Psychotherapieforschung: Kontrollierte oder ökologisch valide Studien?. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 2, 125-128.
- Lietaer, G. (2007). Im Dialog mit anderen Paradigmen. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes. *Gesprächspsychotherapie und Beratung*, 1, 5-6.
- Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H. & Benkert, O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland.

- Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt*, 67, 205-215.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Lohmann, T. & Wendler, S. (2006). Nachhaltige Qualitätssicherung zeigt positive Ergebnisse. *Nexus*, (Hrsg. *Nexus-Klinik, Baden-Baden*) 1, 1-3.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Margraf, J. (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1*. Berlin: Springer
- Margraf, J. & Hoffmann, S.-O. (2003). Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG zur Verhaltenstherapie. <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.73.74> (31.08.2008).
- Mathers, C. D. & Loncan, D. (2005). Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: Data sources, methods and results, WHO. http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/ (31.08.2008).
- McCullough, J. P. (2006). *Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP*. München: Urban & Fischer.
- Meichenbaum, D. (2003). *A clinical handbook/practical therapist manual. For assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo: Institute Press.
- 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.
- Minsel, W. R. (1974). *Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Wien: Böhlau.
- Mundt, C. & Backenstraß, M. (2001). Perspektiven der Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 11-19.
- Mundt, C. & Backenstraß, M. (2005). Psychotherapy and Classification: Psychological, Psychodynamic, and Cognitive Aspects. *Psychopathology*, 38, 219 – 222.
- Norcross, J. C. & Goldfield, I. L. (Eds.) (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* (S. 270-376). Oxford: John Wiley & Sons.

- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2005). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 307 – 389). New York: John Wiley & Sons.
- Parfy, E., Schuch, B. & Lenz, G. (2003). *Verhaltenstherapie – Moderne Ansätze für Theorie und Praxis*. Wien: Facultas.
- Perrez, M. & Baumann, U. (2005). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Perry, M. (2000). Modelldarbietung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 264-269). Berlin: Springer.
- Pörtner, M. (2005). *Alt sein ist anders*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in Person-centered/ experimental therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychosis*. Westport (CT): Praeger.
- Prouty, G., Pörtner, M. & VanWerde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rabbata, S. (2007). Prävention psychischer Störungen – die Forschung ist weiter als die Politik. *Deutsches Ärzteblatt*, 4, 155.
- Reddeman, L. & Engl, V. (2003). *Imagination als heilsame Kraft zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reinecker, H. (1999). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 87-146). Tübingen: dgvt.
- Reinecker, H. (2005a). *Grundlagen der Verhaltenstherapie (3. Auflage)*. Weinheim: Beltz.
- Reinecker, H. (2005b). Verhaltenstherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie – ein integratives Lehrbuch* (S. 260-305). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Reinecker, H., Lakatos, A. & Kaimer, P. (2004). In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/ zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 59-77). München: CIP-Medien.
- Reinecker, H. & Schweiger U. (2005). *Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie*. Vorgelegt vom Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie e.V., <http://www.bbpp.de/pdf-dateien/dvt-gwg.pdf> (31.08.2008).

- Reinsch, U. (2007). Wie viel Offenheit verträgt der Personzentrierte Ansatz, ohne sein Profil zu verlieren? Integration verhaltenstherapeutischer Techniken in personenzentriertes Handeln. *Gesprächspsychotherapie und Beratung*, 1, 17-19.
- Reisch, M., Rayman, T. & Nübling, R. (2007). Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen/ psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 129-138.
- Reisel, B. & Fehringer, C. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 335-352). Wien: Springer.
- Retzlaff, R. (2007). Kommentar zum Artikel von D. Russell Crane „Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie“. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 25-26.
- Riedel-Heller, S. G., Luppä, M. & Angermeyer, M. C. (2004). Psychiatrische Epidemiologie in Deutschland. Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 31, 288-297.
- Rogers, C. R. (1958). The characteristics of a helping relationship. *Journal of personal guidance*, 37, 6-16.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science, Volume 3* (S. 124-256). New York: McGraw-Hill. (Deutsch (2008): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung. München: Ernst Reinhard Verlag.)
- Rogers, C. R. (1964). Toward a science of the person. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and phenomenology. Contrasting bases for modern psychology* (S. 109-140). University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1972): *Die nichtdirektive Beratung*. München: Kindler. (Original: Rogers, C. R. (1942): *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1973a). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler (Original: Rogers, C. R. (1959). *Client-Centered Therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1973b). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett. (Original: Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Mifflin)
- Rogers, C. R. (1974). *Encountergruppen*. München: Kösel.

- Rogers, C. R. (1980). Entwicklung und gegenwärtiger Stand meiner Ansichten über zwischenmenschliche Beziehungen. In GwG (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 11-24). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 75-77.
- Rogers, C. R. (1983). *Die Klient-zentrierte Gesprächspsychotherapie* (4. Aufl.). Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C. R. (1991). Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmidt (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 238-256). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C.R. (1992). Die beste Therapieschule ist die selbst entwickelte. Wodurch unterscheidet sich die Personzentrierte Psychotherapie von anderen Ansätzen? In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. W. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 21 – 38). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Rogers, C. R. (2000). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (13. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (2002). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. *Psychologia An International Journal of Psychology in the Orient (Kyoto University/ Japan)*, 3(4), 208-221. (Deutsch (1984): Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In Arbeitsgemeinschaft personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.), *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft* (S. 52-72). Wien: Deuticke.)
- Rogers, C. R. & Tillich, P. (1966). *Paul Tillich and Carl Rogers - a dialogue*. San Diego: San Diego State College. (Deutsch (1991): Paul Tillich und Carl Rogers im Gespräch. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Personzentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 257-273). Mainz: Grünewald.)
- Rogers, C. R. & Sanford, R. (1984). Client-Centered Psychotherapy. In H. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, IV* (S. 1374-1388). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. & Schmid, P. F. (1991): *Personzentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünewald.

- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (2003). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (6. Aufl., hrsg. von Faber, F. R. & Haarstrick, R.). München: Urban & Fischer.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2007). Klärungsorientierte Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 286-294). Weinheim: Beltz.
- Sachse, R. & Maus, C. (1987). Einfluss differentieller Bearbeitungsangebote auf den Explizierungsprozess in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 75-86.
- Sanders, P. (2004). *The tribes of the person-centered nation. An introduction to the schools of therapy related to the Person-centered Approach*. Ross-on-Wye: PCC Books.
- Sanders, P. (2006). *The Person-Centred Counselling Primer*. Herefordshire: PCCD Books.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schildt, H. (2007). Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten/ KJP. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 118-128.
- Schmidt, J. U. & König, F. (1986). Untersuchungen zur Validität der revidierten Form des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R. *Diagnostica*, 3, 197-208.
- Schmid, P. F. (1992a). Der Therapeut. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*. (S. 39-69). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1992b). Das Leiden. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 83-125). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie- ein Handbuch. I. Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis – ein Handbuch. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75-106). Wien: Springer.

- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen: Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *Person, 1*, 5-21.
- Schmid, P. F. & Keil, W. (2001). Zur Geschichte und Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes. In P. Frenzel, W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/ Personenzentrierte Psychotherapie* (S. 15-32). Wien: Facultas.
- Schmidt-Falck, G. (2004). Möglichkeiten des Umgangs mit schwierigen Schülern. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 1*, 15-21.
- Schulte, D. (1999). Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 45-85). Tübingen: dgvt.
- Schulz, W. (2000). Therapeut-Patient-Beziehung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual (4. Auflage)* (S. 9-14). Heidelberg: Springer.
- Segal, Z., Williams, V. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy – The Consumer Reports Study. *American Psychologist, 50*, 965-974.
- Singer Kaplan, H. (2006). *Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. & Clark, D. M. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46* (8), 1051-1061.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM) – Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stavemann, H. (2002). *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung. Eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger*. Weinheim: Beltz.
- Stipsits, R. (1999). *Gegenlicht. Studien zum Werk von Carl Rogers*. Wien: WUV.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine, 36*, 555-566.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2007). Wirksamkeit Personenzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service praktiziert werden. *Person, 11*(2), 105-113.

- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51(1), 5-14.
- Stumm, G. & Keil, W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Sulz, S. (1991). *Das Verhaltensdiagnostiksystem*. München: CIP Medien.
- Sulz, S. (2000). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption – Bericht an den Gutachter und Antragstellung*. München: CIP Medien.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG Verlag.
- Swildens, H. (2006). Personzentrierte Psychotherapie mit älteren Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 9-16.
- Swildens, H. (2007). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 123-137). Weinheim: Beltz.
- Takens, R. J. (2005). Rogers' Interviews with Gloria and Kathy Revisited: A micro-analysis of the client-therapist interaction. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 4(2), 77-89.
- Tausch, R. (1974). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Tausch, R. & Tausch, A. M. (1990). *Gesprächspsychotherapie. Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben (9. erw. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Techniker Krankenkasse Hamburg (Hrsg.) (2006). *Gesundheitsreport 2006*. <https://www.tk-online.de> (31.08.2008).
- Teusch, L. & Finke, J. (Hrsg.) (1993). *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung*. Heidelberg: Asanger.
- Teusch, L., Finke, J. & Gastpar, M. (Hrsg.) (1994). *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen – Neue Konzepte und Anwendungsfelder*. Heidelberg: Asanger.

- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. *Nervenarzt*, 39 (1), 31-39.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13 (3), 307-322.
- Tschuschke, V. (2005a). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin – Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Tschuschke, V. (2005b). *Stellungnahme im Auftrag des Berufsverbandes Psychologischer PsychotherapeutInnen (BDP) zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie)*. http://www.vpp.org/meldungen/05/50609_tschuschke.pdf (31.08.2008).
- Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. G. (2008). Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 93-100.
- Vogel, H. (1999). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In H. Reinecker, M. Borg-Laufs, U. Ehlert, D. Schulte, H. Sorgatz & H. Vogel (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 15-43). Tübingen: dgvt.
- Wassmann, R. (2006a). Merkmale der Verhaltenstherapie. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 9-12). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wassmann, R. (2006b). Grundlagen der Problem- und Verhaltensanalyse. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden – Anwendungsgebiete* (S. 35 – 42). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, I., Kalagerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (4), 773-781.
- Weber, A., Hörmann, G. & Kölnner, V. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Der Erhalt oder die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit müssen als gesamt-gesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. *Deutsches Ärzteblatt/PP*, 4, 169-171.

- Weinberger, S. (2004). *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe*. Weinheim: Juventa.
- Weltgesundheitsorganisation (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Dilling, H., Mombour, W & Schmidt, M. H. (Hrsg.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Werner, J. (1997). *Lineare Statistik*. Weinheim: Beltz PVU.
- Wiedemann, G. & Arissen, G. (2006). Soziales Kompetenztraining. In A. Batra, R. Wassmann & G. Buchkremer (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete* (S. 134-145). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wilken, B. (2006). *Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109(1)*, 150-155.
- Wiltshko, J. (2007). Experiencing-Theorie und Fokussing-Therapie. Konzepte und Methoden im Umgang mit strukturgebundenem Erleben. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 95-108). Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch- epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal, 0*, 6-15.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology, 15*, 357-376.
- Wittchen, H.-U. (2006). Psychische Störungen in Deutschland und der EU - Größenordnung und Belastung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 38 (1)*, 189-201.
- Wyatt, G. (Ed.) (2001). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Volume 1: Congruence*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wyatt, G. & Sanders, P. (Eds.) (2002). *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Volume 4: Contact and Perception*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation der Universität Trier (2008). *Verzeichnis Testverfahren geordnet nach Kurznamen* (15. aktualisierte Auflage). http://www.zpid.de/pub/tests/verz_teil2.pdf (31.08.2008).

- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie?. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 97-104.
- Zurhorst, G. (2005). Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 13-16.

7 Anhang

7.1 Verwendete Erhebungsinstrumente

Auf den folgenden Seiten sind die in der Untersuchung verwendeten Fragebögen dargestellt. Der FPI-R wurde in Originalform verwendet und wird deshalb aus urheberrechtlichen Gründen nicht abgedruckt.

7.1.1 Verwendete Teile des Fragebogens zur Lebensgeschichte

Teil II, Frage 5: Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwerwiegend Sie Ihr Problem halten:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leicht störend	mittel- schwer	sehr schwer	extrem schwer	total unerträglich

Teil II, Frage 6: Sind andere Lebensbereiche durch dieses Problem beeinträchtigt?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gar nicht	wenige	einige	viele	alle

Teil III, Frage 23: Unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

Wertlos, nutzlos, ein Niemand, Leben ist sinnlos, inadäquat, dumm, inkompetent, naiv, mache nichts richtig, schuldig, böse, liege moralisch falsch, schreckliche Gedanken, feindlich, voller Haß, ängstlich, getrieben, selbstunsicher, neige zur Panik, aggressiv, häßlich, deformiert, unattraktiv, abstoßend, deprimiert, einsam, ungeliebt, mißverstanden, gelangweilt, ohne Hoffnung, ruhelos, verwirrt, hat keine Zuversicht, im Konflikt, voll Ablehnung, wertvoll, sympathisch, attraktiv, intelligent, optimistisch, vernünftig, voller Hoffnung.

Anderes:

Teil III, Frage 25: Unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

Kopfschmerzen, Schwindel, Schwächeperioden, Herzklopfen, Magenstörungen, Ohnmachten, Verdauungsstörungen, nehme Beruhigungsmittel, Appetitlosigkeit, Ärgerzustände, Schlaflosigkeit, Alpträume, Panikgefühle, Alkoholsucht, Spannungsgefühle, Konflikt, Zittern, Depressionen, Selbstmordgedanken, nehme Drogen, Unfähigkeit zur Entspannung, überehrgeizig, schüchtern unter Leuten, mag keine Wochenenden und Ferien, Minderwertigkeitskomplexe, unfähig zu Entscheidungen, unfähig Freundschaften zu schließen, Gedächtnisschwäche, einsam, schlechte Familienverhältnisse, kann Arbeit nicht längere Zeit behalten, nehme oft Schmerztabletten, Schwierigkeiten sich zu amüsieren, finanzielle Probleme, Konzentrationsschwierigkeiten, starkes Schwitzen, kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen.

Notieren Sie bitte jegliche weiteren Probleme:

7.1.2 Fragebogen zur Nachbefragung

Name:

Datum:

1. Was führte zur Beendigung Ihrer Psychotherapie?

Mein Entschluss

der Entschluss meiner Psychotherapeutin

äußere Faktoren:
(bitte kurz beschreiben)

.....

.....

andere Gründe:
(bitte kurz beschreiben)

.....

.....

2. Wenn Sie alles erwägen, wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis Ihrer psychotherapeutischen Gespräche?

- sehr unzufrieden unzufrieden etwas zufrieden zufrieden sehr zufrieden

3. Wie sehr benötigen Sie jetzt weitere Psychotherapie?

- überhaupt nicht ein wenig in gewissem Maße sehr in höchstem Grade

4. Hatten Sie nach der Psychotherapie das Bedürfnis nach weiteren psychotherapeutischen Gesprächen bei anderen Psychotherapeuten?

- Ja, sehr stark gelegentlich nein, gar nicht

5. Wie lange fühlten Sie schon das Bedürfnis nach psychotherapeutischer Hilfe, bevor Sie mit dieser Therapie begannen?

- weniger als ½ Jahr weniger als 2 Jahre
 weniger als 1 Jahr weniger als 4 Jahre
 weniger als 1 ½ Jahre mehr als 4 Jahre

6. **Wie sehr fühlten Sie sich vor Beginn der Psychotherapie durch Ihre Schwierigkeiten beeinträchtigt?**

äußerst stark sehr stark stark mittel stark wenig stark

7. **Wie stark haben Sie sich Ihrer Meinung nach durch die Psychotherapie verändert?**

überhaupt nicht sehr wenig etwas stark sehr stark

8. **Litten Sie zur Zeit des Psychotherapiebeginns unter Angsterlebnissen?**

Ja Nein

9. **Wie stark war der innere Drang bei Ihnen, etwas gegen Ihre Schwierigkeiten zu unternehmen?**

äußerst stark sehr stark relativ gering sehr gering äußerst gering

10. **Hatten Sie vor Beginn der Psychotherapie einen Arzt aufgesucht?**

Ja Nein

11. **Wie gut kommen Sie im Großen und Ganzen jetzt zurecht?**

äußerst gut gut gleich gut wie schlecht schlecht sehr schlecht

12. **Vorausgehende und nachfolgende Psychotherapien:**

Wie viele und welche (z.B. Verhaltens – oder Gestalttherapie oder Psychoanalyse)

.....
von welcher jeweiligen Dauer

.....
hatten Sie vor dieser Behandlung?

Wie viele Psychotherapien

und welche (z.B. Verhaltens – oder Gestalttherapie oder Psychoanalyse)

.....
von welcher jeweiligen Dauer

.....
hatten Sie nach Abschluss dieser Behandlung?

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich der Ergebnisse von Meyer et al. (2000) und Jacobi et al. (2004) zur Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in Deutschland.....	6
Abbildung 2: Verhaltensgleichung (nach Sulz, 1991).....	39
Abbildung 3: Elemente der gegenwärtigen Verhaltenstherapie	45
Abbildung 4: Anzahl der in Anspruch genommenen Therapiekontingente	82
Abbildung 5: Erstdiagnosen in der Untersuchungsstichprobe	85
Abbildung 6: Zweitdiagnosen in der Untersuchungsstichprobe	86
Abbildung 7: Absolute Häufigkeiten der Diagnosen in der Untersuchungsstichprobe.....	87
Abbildung 8: Prä-Post-Testvergleiche der Werte der Eigenschaftswörterliste (EWL).....	92
Abbildung 9: Prä- und Post-Testvergleiche der Werte der Beschwerdeliste (BL).....	94
Abbildung 10: Prä- und Post-Testvergleiche der FPI-R-Werte.....	96

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammensetzung der 9 extrahierten Faktoren der Eigenschaftswörterliste.....	71
Tabelle 2: Zusammensetzung der 9 extrahierten Faktoren der Beschwerdeliste	72
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung (N = 184).....	81
Tabelle 4: Cluster der Diagnosen der untersuchten Patientinnen.....	84
Tabelle 5: Anzahl therapeutischer Sitzungen und Therapiedauer getrennt für unterschiedliche Störungscluster (N = 184)	89
Tabelle 6: Prä- und Post-Testvergleiche der Werte der Eigenschaftswörterliste (EWL)....	91
Tabelle 7: Prä- und Post-Testvergleiche der Werte der Beschwerdeliste (BL).....	93
Tabelle 8: Prä- und Post-Testvergleiche der FPI-R-Werte.....	95
Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der Katamnesemaße.....	96
Tabelle 10: Korrelationen zwischen der Beurteilung des Therapieerfolges durch Therapeutin und Klientinnen	97
Tabelle 11: Korrelation zwischen Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn und Therapiedauer (N = 155)	98
Tabelle 12: Einflüsse der Sitzungsanzahl auf den Therapieerfolg	99
Tabelle 13: Katamnesemaße getrennt nach Geschlecht	100
Tabelle 14: Katamnesemaße getrennt nach Altersgruppen	100
Tabelle 15: Outcome-Maße getrennt nach Bildungsgrad.....	101

Tabelle 16: Differenzierung der Katamnesemaße nach Störungsbildern.....	102
Tabelle 17: Korrelationen zwischen Zeitraum der Therapiebeendigung und Outcome- Maßen	107

8 Danksagung

Herr **PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Matthias Backenstraß**, leitender Psychologe der Klinik für Allgemeine Psychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg, hat mir trotz seiner Belastungen in der Forschung und Patientenversorgung der Psychiatrischen Universitätsklinik wertvolle Unterstützung durch seine Hilfsbereitschaft und Geduld entgegengebracht. Die zahlreichen intensiven Gespräche und die richtige Mischung aus konstruktiver Kritik und Ermunterung waren für meine Forschungen von unschätzbbarer Hilfe. Ich danke ihm für die großzügige Möglichkeit, diese Arbeit zu erstellen.

Herr **Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Peter Fiedler**, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg, hat sich freundlicherweise als Gutachter zur Verfügung gestellt.

Dr. phil. Dipl.-Psych. Franz Josef Geider, Akademischer Oberrat an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, hat durch intensive Diskussionen und tatkräftige Hilfe die methodische Auswertung begleitet.

Neben der Patientenversorgung diese ambulante psychotherapeutische Praxis zu beforschen erforderte nicht nur den Verzicht auf Freizeit, sondern auch einen erheblichen Verzicht auf das für den Lebensunterhalt nötige Einkommen bei gleichzeitig zusätzlich entstehenden Kosten. Dieses Projekt geriet in eine Krise, als unvorhersehbar eine gehbehindernde Schmerzerkrankung sich so verschlimmerte, dass ein Hüftimplantat mit langfristiger Rehabilitation erforderlich wurde. Zusätzlich setzte eine Studentin die Praxis und das Haus, in dem diese sich befindet, versehentlich unter Wasser. In dieser Zeit massiver körperlicher, emotionaler und materieller Bedrohung haben mich der Rückhalt und die liebevolle Ermutigung folgender Personen getragen:

Frau **Dipl.-Psych. Liesa Büche**, Frau **Dipl.-Psych. Daniela Doege** und Frau **Dipl.-Psych. Gabi Pinther** haben als zuverlässige, engagierte und unermüdliche Mitarbeiterinnen der Praxis durch ihre kollegiale Unterstützung den Prozess meines Forschungsvorhabens beflügelt und mich durch ihre konkreten Rückmeldungen angetrieben. Die Freude und Solidarität bei unserem gemeinsamen Tun haben mir Kraft verliehen.

Bernd Hofmeister, Sonderschullehrer, hat mich von alltäglichen Verpflichtungen befreit. Meinen Kindern **Nina, Johannes und Moritz Hofmeister** danke ich für ihre Ermunterung zu akademischem Erfolg im vorgerückten Lebensalter.

9 Lebenslauf



Dipl.-Psych. Beate Hofmeister

Persönliche Daten

04.12.1949 geboren in Levesen/ Niedersachsen
Vater: Dr. med. Wilfried Harder, Landarzt
Mutter: Otilie Harder, geb. Güldenpfennig,
Praxis- und Familienmanagerin (fünf Kinder)
27.02.1971 Heirat, drei Kinder (26.08.1984, 14.04.1986, 23.02.1989)

Bildung

1956 - 1961 Volksschule Helpsen, Niedersachsen
1961 - 1969 Gymnasium Adolfinum Bückeburg, Niedersachsen
05.06.1969 Abitur

Universitärer Werdegang

SS 1970 - SS 1977 Studium der Psychologie an der Ruperto Carola Heidelberg
10.10.1972 Vordiplom in Psychologie
02.08.1976 Diplom in Psychologie
01.04.1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin

Weiterbildung

1976 - 1980 Verhaltenstherapie (Fachkundenachweis, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DGVT 05.01.1981)
1975 - 1981 Gesprächspsychotherapie / Klientenzentrierte Psychotherapie, Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, GwG (Gesprächspsychotherapeutin GwG 23.01.1981)
1980 - 1982 Familientherapie (Stierlin)
20.08.1983 Klinische Psychologin im Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP)
03.11.1995 Supervisorin BDP
11.11.1998 Supervisorinnenliste GwG (Umsetzung § 12 PsychThG)
12.03.2003 Supervisorin GwG

2003 - 2005 Psychotraumatologie (Reddemann)
2003 - dato Körperpsychotherapie (Downing, Bercei u.a.)
14.12.1992 Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologin BDP
16.05.1998 Fachpsychologin für Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie BDP/
DGPs

Berufliche Praxis

1972 - 1990 **Berufsförderungswerk der Stiftung Rehabilitation Heidelberg:**
1972 - 1974 Werkstudentin, Koautorin von Manualen zur programmierten psychologischen Gutachtenerstellung
1975 - 1990 Klinische Psychologin, Vollzeittätigkeit im Angestelltenverhältnis
1990 - dato **Psychotherapeutin in freier Praxis in Heidelberg**

- Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
- Mitglied in der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

2004 - dato Kooperation im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Zentrum für Psychologische Psychotherapie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (ZPP)
2007 - dato Kooperation im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Institut für Fort- und Weiterbildung in Klinischer Verhaltenstherapie e. V. (IFKV) Bad Dürkheim
2003 - dato Moderation eines Qualitätszirkels in der Landespsychotherapeutenkammer

Akademische Lehrtätigkeiten

1980 - dato **Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie, Köln (GwG):**

- Ausbilderin (Lehrbefugnis für Theorie, Supervision und Selbsterfahrung) in Gesprächspsychotherapie/ Klientenzentrierter Psychotherapie (22.01.1985)
- Ausbilderin in Beratung / Counselling (03.07.1985)

In beiden Ausbildungsgängen Postgraduiertenausbildung von 356 PsychologInnen und SozialarbeiterInnen (zweijährige Weiterbildungsgänge mit mindestens 300 Ausbildungsstunden)

- Ausbilderin in Partner-, Familien- und Lebensberatung (05.02.1997)
- Ausbilderin in Supervision (18.03.1997)
- Ausbilderin in Personal-, Team und Organisationsentwicklung (24.02.2000)

1985 - dato

Institut für Personzentrierte Psychologie (IPP) Heidelberg:

- Gründerin (mit Carl R. Rogers), Direktorin, Lehrtherapeutin
- Weiterbildung von 98 Personen (überwiegend SozialarbeiterInnen und PsychologInnen) in Klientenzentrierter Psychotherapie und Beratung (fünfstufige Ausbildungsgänge mit mindestens 1600 Ausbildungsstunden)
- Internationale und interkulturelle Lehrtätigkeit an kooperierenden Einrichtungen in Europa

Ehrenämter

1998 - dato

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg:

Vertreterin der VertragspsychotherapeutInnen im Berufungsausschuss für Psychotherapieangelegenheiten im Zulassungsbezirk Nordbaden

2004 - dato

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg:

Nicht-Juristische Beisitzerin des Landesberufsgericht, 2. Senat

2004 - 2007

Betreuung eines demenzkranken Geschwisterpaares (geb. 1920 und 1928)

Interessen

1980 - dato

Engagement in Frauenprojekten gegen (sexualisierte) Gewalt

1985 - dato

Mitarbeit und Organisation von Internationalen Personzentrierten Cross-Cultural- Communication Workshops (150- 300 TeilnehmerInnen)

2003 - dato

Fachbeirat von *Person*, Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Eigene Publikationen

Hofmeister, B. (1984). Behinderungsbewältigung als Trauerarbeit – Erfahrungen aus Psychotherapien mit Schwerbehinderten. *Psychologische Hilfen für Behinderte, Weissenhof, Weinsberg, 1984, 3*, 141-145.

Hofmeister, B. (1987). Carl Rogers` Influence on the Birth of My Children. *Person-Centered Review, 2 /3*, 315-328.

Hofmeister, B. (2008). Burn-out? Vorbeugen ist besser als ausbrennen! *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung,4*,190-195.

Hofmeister, B. (in press). The Person Centered Approach in Germany: To Cut a Long Story Short. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*.