

Praxisorientierte Psychotherapieforschung Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung

Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung 2014

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Praxisorientierte Psychotherapieforschung Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung

Koordinationsstelle Psychotherapieforschung
an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG

Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung 2014

Redaktion:

Gabriele Riess

Unter Mitarbeit von:

Elisabeth Breyer

Daniela Kern

Fachliche Begleitung:

Markus Hochgerner

Christian Korunka

Anton-Rupert Laireiter

Henriette Löffler-Stastka

Gerda Mehta

Brigitte Schigl

Michael Wieser

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Michael Kierein

Gabriele Jansky-Denk

Maria Sagl

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

Wien, im März 2015

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-85159-192-7

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

Vorwort	1
Eröffnung	3
Begrüßung.....	5
Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der GÖG	7
1 Key Notes (Plenumsvorträge).....	9
1.1 Praxisorientierte Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie – Zeichen eines Paradigmenwechsels? (Bernhard Strauß).....	9
1.2 Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Praxis – Erkenntnisse aus einer missglückten Praxisstudie (Anton-Rupert Laireiter).....	14
1.3 Was macht eine gute Therapeutin / einen guten Therapeuten aus, und lässt sich dafür etwas tun? (Ulrike Willutzki)	23
1.4 Kompetenzentwicklung von Psychotherapeuten und -therapeutinnen in Ausbildung (Svenja Taubner).....	27
1.5 Case Study Research for Psychotherapy (John McLeod).....	30
1.6 „Patient driven Psychotherapy“? – Die Perspektive der PatientInnen als vernachlässigte Dimension in Forschung und Praxis (Silke Brigitta Gahleitner)	39
2 Vorträge der Parallelsessions	41
2.1 Session 1: Wirkung und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie.....	41
2.1.1 Die AST-Studie: Therapiebeziehung und Therapie-Outcome	41
2.1.2 Kognitiv-psychoedukative Therapie im Vergleich zu Bibliotherapie bei bipolarer Störung: eine kontrollierte Gruppentherapie-Studie	44
2.1.3 Wirksamkeit eines ambulanten, verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsprogrammes: Eine Wartelistenkontrollengruppen-Studie	46
2.1.4 Österreichische Wirksamkeitsstudie zu Katathym Imaginativer Psychotherapie und Hypnose-Psychotherapie: Erste Ergebnisse nach einem Jahr	48
2.1.5 Forschungsprojekt Evaluation der Logotherapie und Existenzanalyse: Erste Ergebnisse	52
2.2 Session 2: Wirkung und Wirksamkeit stationärer Psychotherapie.....	55
2.2.1 Wirksamkeitsevaluierung an der Abteilung für stationäre Psychotherapie am Landeskrankenhaus Mauer	55
2.2.2 Psychotherapiemotivation und Therapieerfolg in der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation	58
2.2.3 Evaluierung der Behandlung von psychosomatischen Patientinnen/Patienten	61
2.2.4 Wie ist die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie messbar? Studie am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital Wien	62
2.3 Session 3: Rolle der Therapeuten – therapeutische Beziehung.....	65
2.3.1 Interpersonelle Distanz und therapeutisches Outcome in der Behandlung der Depression	65
2.3.2 Finding different therapeutic styles: How do therapists feel and react during their sessions with patients suffering from depression? ...	72
2.3.3 Wenn der Prozess misslingt – Ergebnisse einer empirischen Studie zu Therapie-Abbrüchen	75
2.4 Session 4: Ausbildung und Kompetenzentwicklung I.....	77
2.4.1 Übung macht den Meister – Das Rollenspiel als Mittel zur Erweiterung systemischer Kompetenz.....	77
2.4.2 Selbsterfahrung – ein schwer fassbares Phänomen?	79

2.4.3	Kompetenz zur Fallkonzeption von Psychotherapeut-Innen in Ausbildung.....	82
2.4.4	Was bewirkt Selbsterfahrung? – Die Rolle der Selbsterfahrung für die Entwicklung therapeutischer Schlüsselkompetenzen.....	84
2.5	Session 5: Therapeutische Prozesse	86
2.5.1	Intersession-Prozesse in der ambulanten Psycho-therapie – Ein Forschungsprojekt.....	86
2.5.2	Wendepunkte und Ordnungsübergänge in der stationären Psychotherapie.....	92
2.5.3	Körperleben als Prädiktor für Konzentrierte Bewegungstherapie.....	94
2.5.4	Psychoedukation für Patienten mit bipolaren Erkrankungen.....	96
2.6	Session 6: Spezielle Settings und Patientengruppen	100
2.6.1	Fallbericht: „Es hört nie auf“ – Beschreibung einer Krisensituation in der Behandlung eines Patienten mit Persönlichkeitsstörung an der Forensischen Ambulanz	100
2.6.2	„Surf your emotions“ – Ein Pilotprojekt mit Dialektisch- Behavioraler Therapie (DBT-A) bei Jugendlichen in Wien	102
2.6.3	Wirksamkeit von Laienhilfe für Migrantinnen und Migranten mit posttraumatischen Belastungsfolgen: Schlussfolgerungen auf unspezifische Effekte in der Psychotherapie und Forderung nach Psychotherapeuten und -therapeutinnen mit Migrationshintergrund	105
2.7	Session 7: Forschungsleitende Diskurse in der Psychotherapie.....	108
2.7.1	Warum es feministische Psychotherapiewissenschaften braucht.....	108
2.7.2	Zum Verhältnis Psychiatrie – Psychotherapie	111
2.7.3	Gestalt- und Systemische Therapie: Fremde oder Verwandte?.....	113
2.7.4	Einbindung neurobiologischer Annahmen in die Psychotherapieforschung am Beispiel der Ergebnisse zum Prozess- und Outcome-Monitoring	115
2.8	Session 8: Ausbildung und Kompetenzentwicklung II.....	118
2.8.1	Über den Tellerrand geschaut: Die Begegnung mit verschiedenen Methoden der Psychotherapie als Ausbildungselement	118
2.8.2	Entwicklung von Forschungskompetenz in der Psychotherapieausbildung.....	120
2.8.3	The training philosophy of International Psychotherapy students' favorite teachers	123
2.8.4	Zum Reifebegriff in der Psychotherapieausbildung. Eine qualitative Erhebung aus Expertensicht	126
3	Außer Programm	129
3.1	Akademisierung der Psychotherapie – Ausbildung aus der Sicht der Auszubildenden im Propädeutikum.....	129
Anhang 1 – Posterpräsentationen.....		133

Vorwort

Gabriele Rieß
(Gesundheit Österreich GmbH)

Liebe Leserin! Liebe forschungsinteressierte Psychotherapeutin!
Lieber Leser! Lieber forschungsinteressierter Psychotherapeut!

Der vorliegende *Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung am 7. und 8. November 2014 „Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung“* der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG bietet Ihnen Gelegenheit, die Plenarvorträge und die Beiträge der acht Parallelen Sessions Revue passieren zu lassen und sich so in die Thematik der Psychotherapieforschung zu vertiefen.

Alle Plenarvorträge und **Beiträge** wurden **von den jeweiligen Vortragenden zusammengefasst**, an die GÖG übermittelt sowie von der GÖG redigiert und herausgegeben.

Der vorliegende Tagungsband enthält daher alle Artikel, die zeitgerecht an die Redaktion übermittelt wurden. Inhalt und Darstellung obliegen den jeweiligen Autoren/Autorinnen. Die Vortragenden wurden von der Redaktion im Vorfeld gebeten, ihre Vorträge gegliedert nach Fragestellung, Forschungsdesign/-methodik, Ergebnissen und Machbarkeitsaspekten (in der klinischen Praxis) auf etwa zwei Seiten darzustellen. Dabei unterscheiden sich die Vorträge – gemäß den Zielsetzungen der Fachtagung, eine Brücke zwischen Forschungsprofis und -neueinsteigenden zu bauen – u. a. dahingehend, dass in den parallelen Sessions v. a. für „Forschungsanfänger/innen“ auch die Möglichkeit bestand, sich Tipps und Rückmeldung für die vorgestellte Forschungsarbeit zu holen.

Ziel der wissenschaftlichen Fachtagung war, aktuelle Entwicklungen der praxisorientierten Psychotherapiewissenschaft darzustellen. Dabei fanden verfahrensübergreifende Ansätze und Patientenorientierung sowie Studien zur Kompetenzentwicklung in der Psychotherapieausbildung eine besondere Beachtung. Weiteres Ziel war, das Spektrum der österreichischen Psychotherapieforschung anhand aktueller Forschungsprojekte (in den Parallelsessions) darzustellen. Informationen über Forschungsansätze und Methodik sowie Anregungen zur Umsetzung praxisnaher Psychotherapieforschung wollten die Forschungskompetenz von Forschungsinteressierten erweitern und stärken. Die Fachtagung bildete somit ein **Forum für den fachlichen Austausch** zwischen Psychotherapieforschungs- und Ausbildungsinstitutionen sowie interessierten Forschern/Forscherinnen in Österreich und wollte eine Brücke bauen zwischen Forschungsprofis und Forschungsinteressierten.

Die **Plenarvorträge** beleuchteten anhand von Good-Practice-Beispielen (neue) Paradigmen, methodische Zugänge und auch Aspekte der Umsetzbarkeit praxisorientierter Psychotherapieforschung.

Die **acht Parallelsessions** präsentierten eine breite Palette geplanter, laufender und abgeschlossener Projekte aus der österreichischen Psychotherapieforschung. In der Diskussion der Kurzvorträge und Posters standen vor allem Fragen der methodischen Umsetzung und der Machbarkeit im Vordergrund. Die Plenumsdiskussion rundete die Veranstaltung mit schlussfolgernden Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung ab.

Die **Koordinationsstelle Psychotherapieforschung** an der GÖG möchte – entsprechend ihrer Zielsetzung, die österreichische Psychotherapieforschung insbesondere in den Ausbildungsvereinen zu fördern – mit dem vorliegenden Tagungsband ein weiteres Nachschlagewerk bieten, das zeigt wie vielfältig Psychotherapieforschung (v. a. hinsichtlich der angewandten Forschungsmethoden) sein kann und sein muss. Außerdem dokumentiert der Tagungsband, wie breit das Spektrum der österreichischen Psychotherapieforschung bereits ist. Darüber hinaus stellt er – im Anschluss an den Tagungsband 2012 – eine Möglichkeit für interessierte Forschungseinsteiger/innen und Ausbildungsinstitutionen dar, sich hier konkrete Anregungen für die verstärkte Auseinandersetzung mit Wissenschaftlichkeit und Forschung sowie methodische Hilfestellungen für die Planung von Forschungsprojekten zu holen.

Möge die Lektüre neugierig machen und dazu anregen, wissenschaftliche Projekte im breiten Feld der Psychotherapieforschung zu initiieren!

Eröffnung

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser
(Bundesministerin für Gesundheit)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Psychotherapie ist eine zentrale Versorgungsleistung in unserem Gesundheitssystem. Die Ausübung der Psychotherapie obliegt in Österreich einem unabhängigen, selbstständigen, wissenschaftlich fundierten Heilberuf mit (europaweit herausragend) reglementierter, aufwendiger Ausbildung.

Als Gesundheitsministerin werde ich alles daran setzen, die hervorragende medizinische Versorgung für die Zukunft zu erhalten und gezielt weiterzuentwickeln. Psychotherapieforschung kann dabei helfen: Sie kann den Bedarf an Psychotherapie aufzeigen sowie die Qualität, Effektivität und Effizienz dieser zentralen Versorgungsleistung belegen und verbessern. Innovative Behandlungsansätze können untersucht und langfristig in die klinische Praxis integriert werden.

Psychotherapieforschung hilft somit, die Psychotherapie stärker in den Mittelpunkt des Versorgungsinteresses zu stellen, stärkt die Position der Berufsgruppe im Gesundheitswesen und trägt so letztlich dazu bei, das Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Ziel der wissenschaftlichen Fachtagung ist es, über aktuelle Entwicklungen sowie Good-Practice-Beispiele im Bereich der Psychotherapieforschung zu informieren und zu einer stärkeren Vernetzung und zum kollegialen Erfahrungsaustausch beizutragen. Denn wie in der psychotherapeutischen Behandlung ist auch für das Gelingen einer Fachtagung die Beziehung der Beteiligten zueinander von zentraler Bedeutung.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Veranstaltung und möchte Ihnen gleichzeitig meinen Dank für Ihr Engagement zum Wohle der Patientinnen und Patienten und zur Verbesserung und Stärkung der Psychotherapieforschung aussprechen.

Begrüßung

*Dr. Michael Kierein
(Bundesministerium für Gesundheit)*

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, Sie bei der Tagung „Praxisorientierte Psychotherapieforschung“ begrüßen zu dürfen. Es ist mir eine große Ehre, dass Frau Bundesministerin Dr. Sabine Oberhauser die Veranstaltung eröffnet. Weiters gilt mein Dank besonders der Gesundheit Österreich GmbH, die diese Tagung im Auftrag unseres Hauses durchführt.

Die Fachtagung „Praxisorientierte Psychotherapieforschung – Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung“ richtet sich an Sie als Vertreterinnen und Vertreter psychotherapeutischer Ausbildungseinrichtungen, klinischer und universitärer Einrichtungen und an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Feld, die Psychotherapieforschung betreiben.

Die Frage betreffend die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie und letztendlich auch, warum geforscht werden soll, darf ich hier in aller Kürze beantworten:

Bereits in der Berufsumschreibung des § 1 Psychotherapiegesetz ist festgehalten, dass die psychotherapeutische Behandlung mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden durchzuführen ist. So wurde bereits im Jahr 2005 mit der Evaluation der psychotherapeutischen (Kranken-)Behandlung im Rahmen der anerkannten wissenschaftlichen Psychotherapiemethoden begonnen.

Vor dem Hintergrund der Qualitätssicherungsziele des Psychotherapiebeirates führte das Gesundheitsressort eine Erhebung zum Stand der wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise der jeweiligen Psychotherapiemethoden in der (Kranken-)Behandlung durch. Ziel der Erhebung war, den aktuellen Ergebnisstand der Wirksamkeitsforschung übersichtlich darzustellen. Die Erhebung schließt formal an eine Untersuchung des damaligen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung an, das den Stand der Wirksamkeitsforschung in einzelnen Psychotherapiemethoden für den Zeitraum von 1982 bis 1992 erhob (Sbandi et al. 1993).

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde beauftragt, den gesamten Rücklauf zu verwalten, zu dokumentieren und anhand eines von der GÖG entwickelten Auswertungsschemas übersichtlich aufzubereiten. Dabei wurden ca. 150 Studien von 36 Ausbildungseinrichtungen ausgewertet, die die Wirksamkeit der jeweiligen Psychotherapiemethode in der (Kranken-)Behandlung belegen. Die jeweiligen Teilergebnisse des unveröffentlichten Berichtes „Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie in der (Kranken-)Behandlung“ aus dem Jahr 2010 wurden den einzelnen Fachspezifika zur Verfügung gestellt. Nach Feedback-Gesprächen und Vorlage weiterer Unterlagen wurde der Bericht im Jahr 2012 aktualisiert.

Die Wissenschaftlichkeit der jeweiligen Methode soll in Zukunft regelmäßig mit aktuellen Studien belegt werden. Dazu sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Studien erarbeitet werden, wie etwa die Festlegung einer entsprechenden Strukturvorgabe für die zukünftige Erfassung von Wirksamkeitsnachweisen.

Entscheidend ist, dass die psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen motiviert und gefördert werden – beispielsweise durch die Erhöhung von Forschungs-Know-how –, eigenständige, wissenschaftliche Forschungstätigkeit durchzuführen.

Im Jahr 2010 wurde daher der ‚Qualitätszirkel Psychotherapieforschung‘ installiert. Seinen Hintergrund bilden die gesetzlich verankerten Bestimmungen zu Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Ergebnis dieses Qualitätszirkels ist es, dass die ‚Koordinationsstelle Psychotherapieforschung‘ an der GÖG als eine Einrichtung zur Förderung der Psychotherapieforschung eingerichtet worden ist und Beratung für die Fachspezifika hinsichtlich ihrer Forschungstätigkeit anbietet.

Um mehr Psychotherapieforschung in die Fachspezifika zu bringen, werden von der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung Workshops und Tagungen initiiert. Der erste Workshop im November 2012 bezog sich auf „Psychotherapieforschung – wissenschaftliche Beratung und Vernetzung“ und hatte über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu verzeichnen.

Die nunmehrige Tagung soll Ihnen als forschungsinteressierte Praktikerinnen und Praktiker Impulse für eine stärkere Verknüpfung von Praxis und Wissenschaft geben.

Ich wünsche der Veranstaltung einen guten Verlauf!

Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der GÖG

Gabriele Rieß
(Gesundheit Österreich GmbH)

Die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung¹ wurde 2012 an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eingerichtet mit der Zielsetzung, die Psychotherapieforschung in Österreich, insbesondere in den psychotherapeutischen Ausbildungsvereinen, zu fördern. Sie wird von einem Expertengremium mit der Bezeichnung „Qualitätszirkel Psychotherapieforschung“ begleitet und beraten.

Die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung versteht Psychotherapieforschung gemäß ihres komplexen Forschungsgegenstandes innerhalb eines breiten, multiparadigmatischen und methodenübergreifenden Forschungsansatzes, d. h., quantitative Outcome-/Wirksamkeitsforschung wie auch qualitative Wirkfaktoren-/Prozessforschung werden gleichermaßen als sinnvoll und zielführend erachtet (vgl. *Definition von Studienarten* auf der Website der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung).

Gemäß diesen Grundsätzen wurde für die psychotherapeutischen Fachspezifika 2012 ein erster Workshop „Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung“² veranstaltet. Dieser hatte einführenden Charakter in die Psychotherapieforschung bzw. in das wissenschaftliche Arbeiten und Forschen in diesem Bereich: In mehreren Plenarvorträgen wurden Informationen über die Paradigmengeschichte der Psychotherapieforschung und Good-Practice-Beispiele mit Schwerpunkt auf Forschungsdesign und Methodik vermittelt. Parallele Workshops boten konkrete Anleitungen und Hilfestellungen bei (geplanten oder laufenden) Forschungsarbeiten an.

Mit der wissenschaftlichen Fachtagung 2014 „Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung“ hingegen will die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung aktuelle, internationale Entwicklungen und neue Paradigmen aufzeigen. Außerdem soll die Vielfalt der nationalen Forschungslandschaft sichtbar gemacht werden: Einem breit angelegten Call-for-Papers in allen fachrelevanten akademischen und klinischen Einrichtungen folgten zahlreiche Einreichungen.

In den Parallelen Sessions der Tagung können – gemäß der Zielsetzung der Koordinationsstelle, die Forschungsaktivität in den psychotherapeutischen Fachspezifika mit konkreten Coaching-Angeboten zu unterstützen – Forschungseinsteiger/innen ihre Forschungsdesigns präsentieren

1
<http://www.goeg.at/de/Bereich/Koordinationsstelle-Psychotherapieforschung.html>

2
vgl. Tagungsband Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung (GÖG/ÖBIG, 2012).
Download möglich von <http://www.goeg.at/de/Bereich/Koordinationsstelle-Psychotherapieforschung.html>

und zur Diskussion stellen. Somit soll eine Brücke gespannt werden zwischen Psychotherapie-
forschungsinstitutionen und klinischen Einrichtungen einerseits und Ausbildungsinstitutionen
sowie interessierten Forscher/innen andererseits und zwischen Forschung und Klinik/Praxis (im
Sinne von „scientist practioners“) – ganz im Sinne der Praxisorientierung und der Motivation für
weitere Forschung im Bereich der Psychotherapie.

1 Key Notes (Plenumsvorträge)

Freitag, 7. 11. 2014

1.1 Praxisorientierte Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie – Zeichen eines Paradigmenwechsels? (Bernhard Strauß)

Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Nach Jahrzehnten intensiver Psychotherapieforschung ist es mittlerweile mehr als gerechtfertigt zu konstatieren, dass Psychotherapie wirksam ist (vgl. etwa Lambert 2013). Die Wirkungen von Psychotherapie sind stabil, relativ nachhaltig und im Vergleich zu anderen Behandlungsmaßnahmen – etwa in der Medizin – durch relativ hohe Effektstärken gekennzeichnet (vgl. Margraf 2009). Allerdings ist auch festzuhalten, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie sicher noch besser sein könnte: In Psychotherapiestudien gibt es eine beträchtliche Selektion, d. h. oftmals sind die Ergebnisse nur begrenzt generalisierbar. In der klinischen Praxis finden viele Patienten nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen Zugang zur Psychotherapie. Psychotherapeutisch Tätige neigen offenbar selbst dazu, die Wirkung von Psychotherapie zu überschätzen. Das zeigt sich in Diskrepanzen zwischen Wirksamkeitsbeurteilungen durch Patient/in und Therapeut/in, aber auch in Bezug zu Prozessmerkmalen, wie etwa Einschätzungen der Qualität der therapeutischen Beziehung oder der Bedeutung relevanter Episoden einer Therapiestunde (vgl. Cooper 2008).

Aktuelle Trends in der Psychotherapieforschung

Es ist zu vermuten, dass sich – auch angesichts der Tatsache, dass sich unterschiedliche Methoden und Verfahren der Psychotherapie im Hinblick auf ihre Wirksamkeit nur relativ wenig unterscheiden – bald ein Ende der klassischen „Horse-Race-Studien“ abzeichnen wird, in denen zwei oder mehr therapeutische Verfahren miteinander verglichen werden. Sehr viel eher steht momentan im Interesse der Forschung, WODURCH das Therapieergebnis am besten vorhergesagt werden kann (z. B. Norcross 2011). Gleichermaßen bilden sich relativ neue Schwerpunkte, wie bspw. die Ausbildungsforschung oder die Versorgungsforschung, die u. a. das Ziel hat, den Zugang zur Psychotherapie zu verbessern. Zunehmend werden Nebenwirkungen und unerwünschte Effekte von Psychotherapie fokussiert, auch die Person des Therapeuten, von der wir mittlerweile wissen, dass sie doch sehr viel bedeutsamer ist, als lange Zeit angenommen wurde, und die praxisorientierte Forschung, die als ein neues Feld geradezu gefeiert wird (vgl. Castonguay et al. 2015a).

Es ist sicherlich ein wesentliches Ziel der Entwicklung neuer Forschungsstrategien, die Probleme und Defizite der jetzigen Psychotherapie zu beseitigen. Trotz einer prinzipiell guten Versorgung

müssen Patienten noch lange warten auf den Zugang zu einem Psychotherapieplatz. Bestimmte Patientinnen/Patienten – bspw. solche mit mangelnder Motivation, einem eher somatischen Krankheitskonzept, Stigmatisierungsangst, mit interkulturellen Problemen und hohem Alter (vgl. Kruse & Herzog 2012) – haben es besonders schwer, in Psychotherapie zu kommen. In der Bundesrepublik Deutschland ist die Zuweisung zu einem Psychotherapeuten sehr viel mehr abhängig von der Verteilung unterschiedlicher Therapierichtungen in geografischen Regionen als von Indikationsentscheidungen. Nicht zufällig hat der aktuelle Koalitionsvertrag der Bundesregierung explizit die Verbesserung der Versorgung als ein gesundheitspolitisches Ziel definiert.

Praxisorientierte Forschung

Castonguay et al. (2015a) haben kürzlich darauf hingewiesen, dass es in der Psychotherapieforschung seit langem einen „empirischen Imperialismus“ gäbe, bei dem von Seiten diverser Forschungseinrichtungen vorgegeben wird, wie evidenzbasierte Forschung auszusehen hat, in der Hoffnung, dass diese Forschung die psychotherapeutische Praxis beeinflusst („Top Down Forschung“). Ein Gegenmodell hierzu („Bottom-up“) wäre praxisbezogene oder -orientierte Forschung, bei der aus der psychotherapeutischen Praxis relevante Fragen entwickelt und spezifiziert werden, die dann durch Forschungseinrichtungen mit der notwendigen Kompetenz geklärt werden.

In einem Kapitel der jüngsten Auflage des ‚Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change‘ haben Castonguay et al. (2013) drei verschiedene Ansätze praxisorientierter Forschung definiert, nämlich

- » Patientenfokussierte Forschung (hierzu zählen bspw. Feedback-Untersuchungen, s. u.);
- » Praxisbasierte Evidenz (hierzu gehören z. B. große Datenbanksysteme, die auf etablierten und validierten Datenerfassungssystemen basieren, und genutzt werden, um Psychotherapeuten so etwas wie ein Benchmarking zu ermöglichen. Derartige Systeme sind bspw. das CORE-System in England, das OQ-45-System oder das Treatment Outcome Package (TOP);
- » Praxisforschungsnetzwerke (darunter versteht man störungsspezifische, aber auch störungsunspezifische Kooperationssysteme zwischen Praxiseinrichtungen und Forschungsinstitutionen (wie es an der Penn State Training Clinic modellhaft praktiziert wird, vgl. Castonguay et al. 2015b)

Als ein besonders viel diskutiertes und erprobtes Anwendungsfeld praxisorientierter Forschung gilt heute der Bereich der Feedbackforschung, der dazu beigetragen hat, dass sich die psychotherapeutische Praxisroutine tatsächlich verbessert hat (Übersicht bei Lambert 2007). Im Rahmen der Feedbackforschung wird auf die oben erwähnten Datenbanken zurückgegriffen, um den Psychotherapeuten/-therapeutinnen zurückzumelden, ob bestimmte Therapieverläufe erwartungsgemäß oder nicht erwartungskonform verlaufen. Die Forschung zum Feedback hat deutlich gezeigt, dass insbesondere problematisch verlaufende Therapien korrigiert werden können, wenn Psychotherapeuten/-therapeutinnen rechtzeitig Feedback erhalten.

Das Projekt QS-PSY-BAY als Beispiel praxisorientierter Forschung

Das Projekt QS-PSY-BAY (Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie in Bayern) umfasst eine Studie, die ursprünglich von Praktikerinnen/Praktikern initiiert wurde mit dem Ziel, ein elektronisches Qualitätssicherungsinstrument im Rahmen der bundesdeutschen Richtlinienpsychotherapie zu erproben. In diesem Projekt, an dem als Drittmittelgeber die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sowie diverse Krankenkassen (VdEK) beteiligt waren sowie Forschungsinstitutionen (die Universitäten Mannheim und Jena), sollte überprüft werden, inwieweit eine regelmäßige Rückmeldung von behandlungsbedingten Veränderungen von Psychotherapeuten/-therapeutinnen angenommen wird und ob diese Rückmeldungen die Qualität ambulanter Psychotherapie sichern können. Das Besondere an dem Projekt war, dass hier übliche Fragestellungen der Psychotherapieforschung, wie etwa ein Schulenvergleich, explizit gar nicht „zugelassen“ waren (sog. Nichtziele), ebenso kein Vergleich von Therapeuten im Sinne eines Benchmarking. Es sollte auch nicht in erster Linie darum gehen, das aktuelle System in Frage zu stellen, sondern ggf. durch ein Feedback System zu erweitern.

In dem Projekt wurden Therapieverlaufsdaten von insgesamt 1.696 Patientinnen/Patienten gesammelt. Darüber hinaus liegen die Kassendaten von 80.762 Versicherten vor (allesamt mit einer psychiatrischen Diagnose, je 50 Prozent erhielten Psychotherapie bzw. keine Psychotherapie), die über den Zeitraum von mehreren Jahren sämtliche Leistungen im Bereich der stationären und der ambulanten ärztlichen Versorgung (inklusive Psychotherapie) sowie Kosten für Medikamente enthalten.

Das Hauptergebnis des Projektes wurde von Steffanowski et al. (2011) beschrieben. Die Autoren/Autorinnen konnten zeigen, dass sich über vier Hauptmesszeitpunkte (Erstkontakt, Therapiebeginn, Therapieende und Katamnese) deutlich positive Veränderungen ergaben und die Gesamteffektstärke bei Therapieende mit 1,57 bzw. ein Jahr später mit 1,59 zu beziffern war. Bei einer Intent to Treat Analyse, bei der die letzte verfügbare Messung benutzt wurde, ergab sich immer noch eine Gesamteffektstärke von 0,97, was letztendlich für die hohe Qualität der praxisbezogenen Versorgung spricht.

Das QS-PSY-BAY-Projekt hat noch eine ganze Reihe weiterer Ergebnisse erbracht (siehe dazu Altmann et al., 2015), auf die hier nur kurz hingewiesen werden kann, bspw. typische Therapieverläufe bei Depressionen, Ergebnisse zu Determinanten von Abbrüchen aber auch Determinanten von Verlängerungen ambulanter Psychotherapie sowie eine ganze Reihe von Analysen zur Frage der therapiebedingten Reduktion von Versorgungskosten, die im Großen und Ganzen gezeigt haben, dass Psychotherapie nicht nur therapeutisch, sondern auch volkswirtschaftlich nützlich sein kann. Insgesamt gesehen kam das QS-PSY-BAY-Projekt zu dem Schluss, dass ambulante Psychotherapie ein adaptiver bedarfs- und kostenorientierter Prozess ist, der im Ergebnis zur Verbesserung der Symptomatik, der Arbeitsfähigkeit sowie zur Reduktion von Versorgungskosten beiträgt. Angesichts der Ergebnisse könnten psychometrische Verfahren der Qualitätssicherung vermehrt eingesetzt werden, um Therapieverläufe verfahrenübergreifend zu beschreiben, Verläufe vorherzusagen, um das Risiko eines Abbruches besser abzuschätzen. Dies ist ein sicher wesentlicher Gewinn einer praxisorientierten Forschung, wie sie in dem genannten Projekt angewandt wurde.

Praxisorientierte Forschung birgt aber auch Probleme. Diese wurden gerade in einem gemeinsamen Beitrag mit den Autoren der sog. Techniker Krankenkassenstudie, einem weiteren Beispiel für praxisorientierte Forschung, zusammengefasst (vgl. Strauß et al. 2015). In diesem Beitrag wird eine Reihe von Hindernissen beschrieben, die sich speziell auf Kommunikationsprobleme zwischen den beteiligten Parteien beziehen, aber auch pragmatische Probleme, wie bspw. der hohe Aufwand an Zeit und Kosten.

Castonguay et al. (2015a) heben hervor, dass praxisorientierte Forschung klinisch relevant ist und damit Befürchtungen von Klinikern gegenüber Forschung ernst genommen werden, was die Verbesserung von Kommunikation fördert. Ohne Zweifel führen solche Strategien zu einer Verbesserung der Therapieergebnisse, zu einer größeren Individualisierung von Psychotherapie, zur Förderung des Fokus auf den Prozess bspw. durch Feedback. All dies trägt zu einer professionellen Entwicklung bei, aber auch zu organisatorischen Verbesserungen und zu einer Verbesserung der Versorgung (siehe oben). Praxisorientierte Forschung braucht eine von Praktikern akzeptierte Methodik der Qualitätssicherung, sie darf nicht punitiv sein, d. h. es muss a-priori klar definiert sein, welches die Ziele und die Nichtziele der Forschung sind. Berufspolitische, wissenschaftliche und praktische Aspekte sollten naturgemäß in einem Projekt vereint sein, das möglichst auch Therapierichtungen integrieren sollte (Strauß et al. 2015).

Zu beachten ist, dass gute praxisorientierte Forschung lange Vorbereitungszeiten braucht, ebenso eine lange Projektlaufzeit und eine sorgfältige logistische Planung, bei der die standardisierte Diagnostik sorgsam ausgewählt und genutzt werden sollte. Auch praxisorientierte Forschung ist, wenn Qualitätsansprüche erfüllt werden, kostenintensiv und ohne Drittmittel kaum denkbar. Sehr viel Zeit braucht die Auseinandersetzung mit den Befürchtungen von Praktikerinnen/Praktikern darüber, wie wissenschaftliche Ergebnisse potentiell interpretiert und notfalls auch missbraucht werden könnten. Nicht zuletzt gilt es natürlich, ethische und datenschutzrechtliche Aspekte zu betrachten.

Im Zusammenhang mit dem o. g. Projekt QS-PSY-BAY, war zu bemerken, dass es verschiedene Interessen gibt, die sich aber durchaus kombinieren lassen. Die Projektinitiatoren beispielsweise machten einen aktiven Vorschlag für eine Qualitätssicherungsprozedur, nicht zuletzt deshalb, um externen Regulationen zuvorzukommen. Gleichzeitig war an der Projektidee auszumachen, dass etwas gegen die Befürchtung von Sparmaßnahmen und Systemveränderungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland unternommen werden sollte. Die Geldgeber des Projektes – die kassenärztliche Vereinigung und der Verband der Ersatzkrankenkassen – hatten sicher ihre eigene Motivation, sei es die Verhinderung, evtl. aber auch gerade die Erkundung von Kostenersparnisstrategien. Die Wissenschaftler schließlich hatten Interesse an Prozess-, Ergebnis- und Kosteneffektivitätsfragen, die oftmals, aber keineswegs immer losgelöst sind von berufspolitischen Interessen.

Der praxisorientierten Forschung wird eine große Zukunft prophezeit (vgl. Castonguay et al. 2015b in einem soeben erschienenen Sonderheft der Zeitschrift *Psychotherapy Research*). In einem der Beiträge dieser Zeitschrift kommen Mc Aleavey et al. (2015) entsprechend zu dem Schluss: „Building patient oriented research partnerships is for those who dream big!“

Literatur

- Altmann, U.; Zimmermann, A.; Wittmann, W.W.; Steffanowski, A.; von Heymann, F.; Bruckmayer, E.; Pfaffinger, I.; Auch, E.; Loew, Th.; Fembacher, A.; Kramer, D.; Steyer, R.; Strauß, B. (2015): Therapeutischer und volkswirtschaftlicher Nutzen ambulanter Psychotherapie: Ergebnisse des QS-Psy-Bay-Projektes. *Psychotherapeut*, 50, im Druck.
- Castonguay, L. G., Youn, S. J., Xiao, H., Muran, J.C. & Barber, J.P. (2015): Building clinicians-researcher partnerships: Lessons from diverse natural settings and practice-oriented initiatives. *Psychotherapy Research*, 25, 166-184.
- Castonguay, L. G. Pincus, A. L. & McAleavey, A.A. (2015): Practice research network in a psychology training clinic. *Psychotherapy Research*, 25, 52-66
- Cooper, M. (2008): *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London, Sage.
- Kruse, J. & Herzog, W. (2012): Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/ psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland. Online: <http://www.kbv.de/html/10258.php>
- Lambert, M. J. (2007): What we have learned from a decade of research to improve outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Lambert M. J. (2013): The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: M. J. Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6. Ed., New York, Wiley, p. 169-249.
- Margraf, J. (2009): *Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung*. Berlin: Springer.
- McAleavey, A.A., Lockard, A.J., Castonguay, L.G., Hayes, J.A., & Locke, B. (2015): Building a practice research network: Obstacles faced and lessons learned at the center for collegiate mental health. *Psychotherapy Research*, 25, 134-151.
- Norcross, J. (2011): *Psychotherapy Relationships that work* (2nd. Ed.). Washington, American Psychological Association
- Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., Glahn, E. M., Bruckmayer, E., von Heymann, F., et al. (2011): Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 267-282.
- Strauß, B., Lutz, W., Steffanowski, A., Wittmann, W.W., Boehnke, J.R., Rubel, J., Scheidt, C.E., Caspar, F.; Vogel, H., Altmann, U., Steyer, R., Zimmermann, A., Bruckmayer, E., von Heymann, F., Kramer, D., & Kirchmann, H. (2015): Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25, 32-51.

1.2 Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Praxis – Erkenntnisse aus einer missglückten Praxisstudie (Anton-Rupert Laireiter)

Anton-Rupert Laireiter & Ulrike Kopetzky / Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie, AG Psychotherapie & Gerontopsychologie

Hintergrund: Angemessenheit von Studiendesigns in der Psychotherapieforschung

Seit dem mittlerweile als Klassiker anzusehenden Artikel von Seligman (1995) zur Consumer-Reports-Study, in dem dieser die randomisierten kontrollierten Effektstudien (RCTs) als Goldstandard in der Psychotherapieforschung kritisierte und Praxisstudien – von ihm als „effectiveness studies“ bezeichnet – als gleich wichtiges Paradigma in die Psychotherapieforschung einführte, hat sich die „Psychotherapie-Praxisforschung“ als legitimes zweites Standbein der Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung etabliert (Castonguay, Barkham, Lutz & McAleavey 2013; Lambert 2013). In Anlehnung an die Pharmaforschung wird im deutschen Sprachraum dafür häufig auch der Begriff der „Phase-IV-Forschung“ (Baumann & Reinecker-Hecht 2011) verwendet. Beide Begriffe beziehen sich auf die Tatsache, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie nicht nur unter kontrollierten (Labor-)Bedingungen zu untersuchen ist („Phase-III-“, bzw. „Efficacy-Forschung“; RCTs), sondern auch unter Praxis-, Alltags- oder „naturalistischen“ Bedingungen. Die Notwendigkeit dazu begründet Seligman mit den grundlegend anderen Bedingungen, denen Psychotherapie unter Alltags- oder naturalistischen Bedingungen im Vergleich zu den Laborbedingungen einer randomisierten Effektstudie ausgesetzt sei, so dass die Ergebnisse eines RCT nicht ohne weiteres auf die naturalistische Psychotherapie übertragen werden könnten (Problem der externen Validität der RCT-Forschung). Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der realen Versorgungssituation sei deshalb durch eigene Studien zusätzlich und neu zu belegen.

Wurde von Seligman als mögliches Design solcher Praxisstudien ein sogenanntes retrospektives Katamnesedesign groß angelegter Konsumentenbefragungen (Konsumentenstudien; vgl. Strizek et al. 2013) als Standard nahegelegt, so kam die darauf aufbauende Diskussion (s. Lambert 2013) zu der Erkenntnis, dass auch andere – herkömmliche – Designs der Psychotherapieforschung (bis hin zu praxisorientierten RCTs) für Praxisstudien geeignet seien (vgl. Baumann & Reinecker-Hecht 2011; Lambert 2013). Als besonders wichtig zur Sicherung der internen Validität erweisen sich auch hier prospektiv angelegte Studien mit Kontroll- und Vergleichsgruppen.

Im vorliegenden Beitrag wird zunächst über den Versuch einer Praxisstudie berichtet, der leider fehlgeschlagen ist. Nach der Darstellung des Studiendesigns und den Ergebnissen der Studie werden mögliche Gründe für ihr Fehlschlagen ebenso wie Lösungsmöglichkeiten für zukünftige Studien dieser Art diskutiert.

Studienplan und Design

Bei der geplanten Studie handelte es sich um eine Praxisstudie, die sich eines ambitionierten Themas annahm (Peikert et al. 2014): Es sollte geprüft werden, inwieweit zwei Gruppen von Therapeuten und Therapeutinnen unterschiedliche Effekte bei Patienten/Patientinnen mit Angst- und/oder depressiven Störungen generieren, nämlich Psychotherapeuten/-therapeutinnen in Ausbildung unter Supervision einerseits und fertige, bereits in die Psychotherapeutenliste eingetragene „Regeltherapeuten/-therapeutinnen“ andererseits. Zur Homogenisierung der Gruppen sollten beide der fachspezifischen Methode ‚Verhaltenstherapie‘ angehören.

Neben der Wirksamkeit der beiden Therapiearten sollten auch Prädiktoren der Wirksamkeit untersucht werden (z. B. Alter und Geschlecht von Patient/in und Therapeut/in, Störungsintensität, Dauer der Therapie, Ausmaß an Supervision/Intervention etc.). Die Evaluation der psychotherapeutischen Behandlungen sollte sowohl kurz- (Prä-Post-Vergleich) wie auch längerfristig (Follow-up sechs Monate nach Therapieende) erfolgen. Neben einer Responder-Analyse (Analyse erfolgreicher Absolventen/Absolventinnen) war auch eine „Intention-to-treat-Analyse“ (ITT-Analyse) geplant, indem auch Patienten/Patientinnen in die Studie aufgenommen werden sollten, die die Behandlung frühzeitig abgebrochen haben.

Insgesamt sollten jeweils 30 Therapeuten/Therapeutinnen aus beiden Gruppen an der Studie teilnehmen und die jeweils ersten drei bis vier Patienten oder Patientinnen in diese aufnehmen, so dass insgesamt 60 Therapierende mit ca. 180 bis 240 Patienten/Patientinnen die Studienstichproben ausmachen würden (Einschlusskriterien: 18–60 Jahre, Einzeltherapie im ambulanten Setting, primär Angst- und/oder depressive Störungen; Ausschlusskriterien: gleichzeitige stationär-psychiatrische Therapie, akute schizophrene, bipolare oder schizoaffektive Störung, aktiver Substanzkonsum und -Abhängigkeit, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Demenz oder andere Störung, die das kognitive Urteilsvermögen beeinträchtigt). Wir gingen davon aus, etwa 120 bis 150 Responder und etwa 60 bis 90 Non-Responder zu erhalten. Die Studie war für eine Dauer von ca. vier Jahren geplant und sollte im Rahmen einer Dissertation durchgeführt werden.

Die für die Evaluation nötigen Daten sollten sowohl aus Patienten- wie auch aus Therapeutenperspektive zu zwei bzw. drei Messzeitpunkten erhoben werden. Die Patientinnen und Patienten sollten zu Beginn, am Ende und zum Follow-up-Zeitpunkt das Brief Symptom Inventory (BSI) nach Derogatis (Franke 2000), eine Depressions- und Angstskala, eine Beschwerdenskala, das ICD-10-Symptomrating (ISR; Tritt et al. 2008) und die WHO-Quality-of-Life-Scale in der Kurzform (WHO-QOL-BREF) sowie zum Therapieende und zum Follow-up-Zeitpunkt zusätzlich noch eine Skala zur direkten Veränderungsmessung und einen Zielerreichungsbogen bearbeiten.

Die Therapeutinnen und Therapeuten sollten zu Therapiebeginn ein Störungsscreening zur Diagnostik und zusätzlich zu Therapiebeginn und Therapieende eine Depressions- und Angstskala in der Fremdbeurteilung, den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank (1995) sowie ein Verfahren zur Erfassung interpersonaler Probleme durchführen. Weiters sollten sie zu Therapieende die Therapieergebnisse aus ihrer Sicht ebenso wie die Therapiezielerreichung direkt einschätzen (Referenzen und die detaillierte Aufstellung der Verfahren können beim Erstautor angefordert werden).

Durchführung der Studie

Zur Durchführung der Studie wurden zunächst umfangreiche Vorarbeiten geleistet: Die Studie wurde zuerst in einem Anschreiben allen etwa 500 im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM) ausgebildeten Verhaltenstherapeuten und –therapeutinnen vorgestellt; dabei wurde um Mitarbeit geworben. Zusätzlich wurde die Studie allen ca. 100 zum Zeitpunkt des Studienbeginns zugelassenen Psychotherapeutinnen/–therapeuten in Ausbildung unter Supervision auf ähnliche Weise nahegebracht und um Mitarbeit geworben. Weiters wurde die Studie auf den Jahrestagungen sowie den Sitzungen der regionalen Arbeitskreise der AVM vorgestellt und dabei um Mitarbeit geworben, mit potenziell Interessierten wurden wiederholte Treffen durchgeführt. Studienteilnehmer/innen wurden von der Doktorandin fundiert in die Studie eingeführt und in der Anwendung der Messverfahren geschult. Zusätzlich unterstützte sie begleitende bei der Datenerhebung. Es fanden regelmäßige Kontakte und Besprechungen über den Fortgang der Studie mit dem Vorstand der AVM statt.

Ergebnisse und Stand

Trotz dieser intensiven Vor- und begleitenden Arbeiten der Studienleitung war der Stand der Studie nach zwei Jahren ernüchternd: Es lagen ca. 25 vollständige Datensätze zur Erstmessung aus Patienten- und Therapeutesicht vor, ca. fünf vollständige Datensätze zur Postmessung und noch keiner zum Follow-up. Zudem erwies es sich als unmöglich, Daten zum „Therapieende“ von Abrechnern/Abrechnerinnen zu erhalten. Diese verweigerten in der Regel eine Kontaktaufnahme und die neuerliche Bearbeitung der Fragebögen. In dieser Situation entschied die Doktorandin, das Projekt nicht weiter zu verfolgen und ihre Energien in ein anderes investieren zu wollen, was mit dem Ende der Studie gleichzusetzen war. Ein Versuch, die Datenerhebung über die AVM allein weiterzuführen, scheiterte an der mangelnden Verfügbarkeit einer dafür verantwortlichen Person und letztlich auch an den fehlenden finanziellen Mitteln.

Fragen und Reflexion

Angesichts dieser Situation stellt sich eine Reihe von Fragen, die im Folgenden diskutiert werden sollen – auch um nachfolgenden Forschenden für Praxisstudien die Möglichkeit zu geben, davon zu profitieren. Die grundsätzliche und Ausgangsfrage lautete, haben wir etwas falsch gemacht und wenn ja, was haben wir falsch gemacht? Diese Frage kann natürlich nicht generell mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden, sondern sie umfasst verschiedene Facetten, die jeweils unterschiedlich zu beantworten sind. Aus gegenwärtiger Sicht haben wir nicht den Kardinalfehler als solchen begangen, aber doch eine Reihe von Bedingungen zu wenig berücksichtigt oder falsch eingeschätzt, so dass das Ergebnis aus der Summe der Probleme doch verständlich wird. Die Facetten der allgemeinen Frage sind der Übersicht halber zusammen mit den möglichen Antworten in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 1:

Mögliche Studienprobleme (operationalisiert als kritische Fragen) und mögliche Antworten

Fragen/Probleme	Antworten/Lösungsvorschläge
1. War die Datenerhebung zu breit geplant?	Vermutlich ja. Es wurden vermutlich zu viele Instrumente ausgewählt, was auf Therapeuten/Therapeutinnen und Patienten/Patientinnen abschreckend gewirkt haben kann; es wäre vermutlich sinnvoller gewesen, die Datenerhebung auf ein bis zwei globale und zwei spezifische Verfahren zu begrenzen.
2. War die Dauer der Studie zu knapp bemessen? 2.a. Wurde die Studie zu früh beendet?	<u>Ad 2.:</u> Möglicherweise: Praxisstudien benötigen Zeit; aus heutiger Sicht wäre die Studie auf mindestens sechs Jahre anzulegen gewesen. Allerdings kann man eine Doktorandin auf so lange Zeit nicht verpflichten, sodass andere Formen der Datenerhebung und Studiendurchführung – z. B. über bezahlte eine Fachkraft (senior scientist) – zu wählen wären. <u>Ad 2.a.:</u> Aus heutiger Sicht wurde die Studie in der realisierten Art nicht zu früh beendet; dies war in Ordnung so; sie hätte aber unter modifizierten Bedingungen mit einem schmäleren Design und mit Unterstützung einer bezahlten Fachkraft (s. o.) weitergeführt werden können.
3. War die Studie im Verein genügend gut angekündigt und unterstützt?	Was die Ankündigung und Bekanntmachung betrifft, wäre die Frage mit einem klaren „Ja“ zu beantworten. Allerdings ist aus heutiger Sicht zu bemängeln, dass der Vorstand die Studie nicht „aus vollem Herzen“ unterstützte; auch die Lehrtherapeuten/-therapeutinnen und Supervisoren/Supervisorinnen standen nicht wirklich dahinter. Bei zukünftigen Projekten dieser Art müsste auf die Unterstützung dieser Personengruppen (Vorstand, Lehrende, Forschungsbeauftragte etc.) weitaus mehr Bedacht genommen werden, ebenso wie deren Aufgaben jeweils viel klarer definiert werden sollten. Sinnvoll erscheinen insbesondere schriftlich festgelegte Absprachen.
4. Wurde der Aufwand falsch oder zu gering eingeschätzt?	Diese Frage muss mit einem definitiven „Ja“ beantwortet werden. Für die Studiendurchführung und deren Unterstützung wären zusätzlich finanzielle Mittel nötig gewesen, ebenso wie Hilfspersonen und deren Bezahlung für die Datenerhebung und die Betreuung der Therapeuten/Therapeutinnen nötig erschienen wären.
5. Wurden die Wünsche und Bedürfnisse der „beforschten“ Therapeuten/Therapeutinnen und Patienten/Patientinnen adäquat berücksichtigt?	Vermutlich nein! Verschiedene Therapeuten und Therapeutinnen äußerten im Vorfeld der Durchführung den Wunsch, in die Planung mit einbezogen zu werden, ebenso wie sie über die Ergebnisse der Erhebungen informiert werden wollten, was in beiden Fällen nicht mehr möglich war. Für zukünftige Studien dieser Art sollten beide Punkte berücksichtigt und ermöglicht werden (Castonguay 2011).
6. Auf welche Weise hätten Praktiker/innen besser an die Studie „gebunden“ werden können?	Aus gegenwärtiger Sicht wären hier folgende Punkte zu nennen: 1. Finanzielle Aufwandsentschädigung 2. Frühzeitige Einbindung in Planung und Entwicklung der Studie als Partner/innen 3. Mehr Zeit für Entscheidungen lassen; offenbar werden nicht innerhalb eines Monats drei bis fünf Patienten/Patientinnen in eine Therapie aufgenommen bzw. braucht es mehr Zeit, bis sich daraus drei bis fünf forschungsgerechte Therapien ergeben. 4. Praktikern/Praktikerinnen ist die Angst zu nehmen, durch die Mitarbeit an der Studie „durchleuchtet“ zu werden. 5. Ergebnisse der Statusmessungen wie auch der Outcomes der Therapien sollten den mitarbeitenden Therapeuten/Therapeutinnen im Sinne von Feedbacks zur Verfügung gestellt werden. 6. Sowohl bei den mitarbeitenden Praktikern/Praktikerinnen wie auch im Verein und in der Ausbildung wäre mittelfristig ein forschungsförderliches Klima einzufordern, zu entwickeln und zu unterstützen.
7. Gibt es verhaltenstherapie-spezifische Gründe und Erklärungen?	Möglicherweise! In der Verhaltenstherapie – zumindest hört man das häufig in vereins-internen Diskussionen – besteht die allgemeine Meinung, dass diese die psychotherapeutische Orientierung sei, die am breitesten und umfangreichsten beforscht sei, und dass die Wirksamkeit der verwendeten Methoden nicht nur im Labor, sondern auch in der Praxis ausreichend beforscht sei, so dass es keiner weiteren (Praxis-)Studien mehr bedürfe. Dass dieses Argument falsch ist, wird mittlerweile nicht nur von Psychotherapieforschern, sondern auch von vielen Praktikerinnen/Praktikern erkannt. Es wirkt aber immer noch als Hemmfaktor für die Durchführung eigener Praxisstudien.

Quelle und Darstellung: A.R. Laireiter

Ist die ambulante Psychotherapie / sind niedergelassene Psychotherapeuten/-therapeutinnen forschungsfeindlich?

Im Zusammenhang mit dem Scheitern unserer Studie haben wir uns auch mit dieser Frage beschäftigt – vor allem auch deshalb, weil man dieses Argument in Diskussionen mit Versicherungen, Kassen, Kollegen/Kolleginnen und Forschungseinrichtungen immer wieder hört. Es gibt keine Studien zu dieser Frage, daher kann man sie rational und seriös nicht beantworten. Diese Meinung besteht allerdings vielerorts. Es gibt aber auch Beispiele gut funktionierender Kooperationen mit Praktikern und Praktikerinnen und somit von Praxisforschung. Warum und wie diese Beispiele von Praxisforschung gut funktionieren, sieht man bei der Betrachtung internationaler Beispiele:

- » Die Studien werden durch große Versicherungsunternehmen getragen oder zumindest von ihnen gesponsert (z. B. TK-Studie, vgl. Wittmann et al. 2011), d. h. es besteht ein starkes Anreizsystem (z. B. Verzicht auf das Einbringen von Therapieanträgen), finanzielle Power (Therapeutinnen/Therapeuten werden für Ihre Mitarbeit bezahlt) oder eine starke Forderung seitens der Versicherer oder Sozietät (z. B. zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems).
- » Die Studien resultieren aus einem Zusammenschluss von engagierten Praktikern/Praktikerinnen, die Forscher/innen für die Durchführung der Studie engagieren (vgl. Castonguay 2011; Castonguay et al. 2013).
- » Die Studie resultiert aus dem expliziten Wunsch eines Ausbildungsvereins, der damit ein Forschungsinstitut beauftragt. Beispiele dafür wären Studien der GLE (Laireiter et al. 2013), der ÖGATAP (vgl. entsprechende Arbeit in diesem Band) oder der Schule für systemische Familientherapie (s. in diesem Band). In all diesen Fällen wird die Studie durch eine starke Forschungseinstellung und -forderung seitens des Ausbildungsvereins getragen und entweder durch Personen aus den eigenen Reihen oder von Forschern von außen mit dem entsprechenden theoretischen und methodischen Know-how durchgeführt.
- » Es steht eine große und starke Forschergruppe dahinter, wie dies bei den Forschungs- und Praxisambulanzen der deutschen Institute für Psychologie der Fall ist (Hoyer et al. 2014). In diesem Rahmen werden sowohl große Einzel- wie auch multizentrische Studien mit enormem Output durchgeführt.
- » Praxisforschung funktioniert auch, wenn eine gesetzliche Forderung dafür vorliegt, wie z. B. in Deutschland im Rahmen der Einführung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in die ambulante Psychotherapie. In dieser Situation beobachtet man immer wieder Praxis- bzw. Modellprojekte ambulanter Psychotherapie-Praxisforschung (Strauss et al. 2015; vgl. dazu auch das Themenheft der Zeitschrift „Psychotherapy Research“, Heft 1/2015).

Zusammengefasst bedeutet dies, dass Psychotherapie-Praxisforschung offenbar vor allem dann gut funktioniert, wenn es eine entsprechende Motivation dazu gibt, die entweder (in seltenen Fällen) intrinsischer, meist jedoch extrinsischer Natur ist, getragen durch Verpflichtungen, Vorgaben und starke Anreize. Psychotherapeutinnen/-therapeuten verhalten sich hier also genauso wie „normale“ Menschen auch: Sie tun etwas, wenn sie es tun müssen oder wenn sie viel dafür bekommen. Psychotherapie-Praxisforschung braucht also entweder eine umfassende Verpflichtung oder genügend starke Anreize, damit sie funktioniert.

Zwischenresümee

Die bisherigen Ausführungen ergeben zusammengefasst folgendes Zwischenresümee:

- » Psychotherapie-Praxisforschung ist aufwändig und verlangt vor allem viel Zeit für die Vorbereitung und Durchführung.
- » Für ihre Durchführung ist ein Mindestmaß an finanzieller Unterstützung und Power nötig, ebenso wie das Zur-Verfügung-Stellen von entsprechendem Personal, das die Durchführung der Studien unterstützt.
- » Seitens der zu beforschenden Praktiker/innen benötigt sie entweder viel Eigenmotivation, einen entsprechenden Druck oder motivierende Anreize von außen, die für diese Sinn und Nutzen an der Mitarbeit generieren können.
- » Psychotherapie-Praxisforschung bedarf weiters vielfältiger Unterstützungen und Kooperationen seitens vieler Stakeholder und Gruppen wie Ausbildungsvereine, Versicherer, Forscher/innen, Patienten/Patientinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen.
- » Nicht zuletzt ist auch gutes und breites wissenschaftliches Knowhow und die Realisation schlanker und ökonomischer Studiendesigns vonnöten.

Lösungsansätze und Konsequenzen

Abschließend sollen einige Lösungsmöglichkeiten, die den Autoren aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem skizzierten Projekt sinnvoll erscheinen, sowie Überlegungen aus der Literatur – insbesondere die von Castonguay (2011) und Castonguay et al. (2013) – hinsichtlich ihrer Praktikabilität diskutiert werden. Dabei wird von den obigen Überlegungen und dem dargelegten Zwischenresümee ausgegangen. Die bisherige Diskussion hat gezeigt, dass Psychotherapie-Praxisforschung vor allem Geld, wissenschaftliches Know-how, Personal sowie entsprechende Anreize für die zu beforschenden Praktiker/innen benötigt. Wie könnten diese Bedingungen (insbesondere in Österreich) realisiert werden?

Eine erste Idee wäre, wie in Deutschland Versicherungen zu motivieren, praxisbezogene Psychotherapieforschung zu betreiben bzw. zu unterstützen. Eine solche Möglichkeit erscheint angesichts der vollkommen anders gearteten Versicherungslandschaft in Österreich nicht sehr wahrscheinlich. Zudem fehlt es in Österreich an einem System großer Privatversicherer, die ein derartiges Projekt unterstützen würden.

Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, dass sich Psychotherapieforscher zu einem Netzwerk zusammenschließen und sich auf die Beantragung eines Forschungsschwerpunktes einigen (z. B. in Form eines Doktorandenkollegs an den FWF (Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung)). Das wäre grundsätzlich realisierbar, im Moment aber nicht sehr erfolgswahrscheinlich, da der FWF Großförderungen aus finanziellen Gründen eingestellt hat (s. <https://www.fwf.ac.at/>).

Eine weitere diskutabile Möglichkeit wäre, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine Art Forschungsgemeinschaft oder -Netzwerk aufbaut oder diesen Aufbau zumindest finanziell

unterstützt. Diese Möglichkeit wird zumindest ansatzweise durch die Beauftragung der Gesundheit Österreich GesmbH (GÖG) zur Bildung des Qualitätszirkels „Psychotherapieforschung“ realisiert. Eine weitere und intensivere Unterstützung eines Forschungsnetzwerks erscheint aus finanziellen Gründen gegenwärtig nicht möglich.

Eher sinnvoll und erfolgswahrscheinlich erscheinen aus Sicht der Autoren folgende Möglichkeiten, da es diesbezüglich auch bereits entsprechende Vorbilder gibt (s. o.):

- » Praktiker/innen schließen sich zu Netzwerken zusammen und kooperieren mit Forscherinnen/Forschern in so genannten Praktiker-Forscher-Netzwerken.
- » Ausbildungsvereine schließen sich zusammen und unterstützen die Gründung eines gemeinsamen Forschungsinstituts, das sie auch co-finanzieren.
- » Last but not least kann in diesem Zusammenhang auch an die Gründung von Privatuniversitäten mit entsprechendem Auftrag gedacht werden. Allerdings ist aufgrund der langen Vorlaufzeiten davon auszugehen, dass eine derartige Initiative das Problem erst längerfristig zu lösen imstande wäre. Bestehende Universitäten – wie die Sigmund-Freud-Universität (SFU) oder die Donau-Universität Krems (DUK) – könnten sich aber bereits jetzt aufgrund ihres spezifischen Auftrages vermehrt der Psychotherapie-Praxis-Forschung annehmen.

Auf eine Möglichkeit, die in Deutschland in massivem Ausmaß betrieben wird, sei an dieser Stelle besonders verwiesen: An fast allen Instituten und Fachbereichen für Psychologie werden dort sogenannte Forschungs- und Praxisambulanzen betrieben, über die in exorbitantem Maße Psychotherapieforschung – auch Psychotherapie-Praxisforschung – betrieben wird (s. o. Hoyer et al. 2014). Auch wenn in Österreich andere finanzielle Rahmenbedingungen herrschen, so sollte es doch auch in unserem Land möglich sein, derartige Institutionen in einem breiteren Ausmaß zu gründen bzw. auszubauen und in deren Rahmen vermehrt auch praxisbezogene Psychotherapieforschung zu betreiben.

Bei Betrachtung der Literatur findet man mittlerweile bereits mehrere Publikationen von Ideen zur Förderung praxisbezogener Psychotherapieforschung (vgl. Castonguay 2011; Castonguay et al. 2013; Themenheft 1/2015 von Psychotherapy Research³), auf die hier nur kurz verwiesen werden kann. Als besonders erfolgversprechend hebt Castonguay die Gründung von Praktiker-Forscher-Netzwerken hervor, beschreibt dazu auch Beispiele und diskutiert einige wesentliche Prinzipien dafür (gleichberechtigte Kooperation, gemeinsame Beteiligung von Forschung und Praxis auf allen Ebenen der Planung und Realisierung von Forschungsprojekten, gemeinsame Leitung der Projekte etc.). Derartige Netzwerke können nach Castonguay sowohl im Kontext der niedergelassenen Psychotherapie realisiert werden, wie auch im Zusammenhang mit Ausbildungsinstituten und Forschungs- und Praxisambulanzen, was den oben angesprochenen Ideen nahe kommt.

3

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503307.2013.856046#.VOZex2OOqPV>

Schlussfolgerungen und Diskussion

Psychotherapie-Praxisforschung wird in den letzten Jahren salonfähig. Immer mehr werden sich Forscher/innen und Praktiker/innen der Bedeutung dieses Forschungsansatzes bewusst und immer klarer wird ihnen, dass es zur Realisierung dieses Ansatzes ihrer gemeinsamen Anstrengungen bedarf. Dieser Zugang stellt nicht nur einen neuen Ansatz dar, er ist auch dazu angetan, die Kluft zwischen Forschung und Praxis in der Psychotherapie zu reduzieren, so dass sowohl Praktiker/innen von Forschung wie auch Forscher/innen von der Praxis profitieren. Es wäre an der Zeit, derartige Ansätze auch in Österreich vermehrt zu realisieren.

Literatur

- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (2011): Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In M. Perez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (4. Aufl., S. 378-397). Bern: Hans Huber
- Castonguay, L.G. (2011): Presidential address: Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21(2), 125-140
- Castonguay, L. G. Barkham, M. Lutz, W. & McAleavey, A. (2013): Practice-oriented research: Approaches and applications. In M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th. ed., pp. 85-132). New York: John Wiley & Sons
- Franke, G.H. (2000): *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz-Test
- Fuchs-Strizek, R. Laireiter, A.-R. Baumann, U. & Hessler, E. (2011): Retrospektives Katamnese-Design in der psychotherapeutischen Praxisforschung - Kriterien und Anwendungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (PPmP)*, 61, 262-268
- Hoyer, J. Velten, J. Benecke, C. Berking, M. Heinrichs, N. et al. (2014): *Koordination der Forschung an Hochschulambulanzen für Psychotherapie: Status quo und Agenda*. Unveröffentlichtes Manuskript. Technische Universität Dresden: Klinische Psychologie und Psychotherapie
- Laireiter, A.-R. Schaireiter, M.M. Schirl-Russegger, C. Baumgartner, I. Längle, A. & Sauer, J. (2013): Die Wirksamkeit von Existenzanalyse und Logotherapie. Retrospektive Beurteilungen. *Existenzanalyse*, 30(1), 4-14
- Lambert, M. J. (2013): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th. ed., pp. 169-217). New York: John Wiley & Sons
- Peikert, G.; Baum, A.; Barchmann, D.; Schröder, D. & Kropp, P. (2014): Wie effektiv sind Ausbildungstherapien? Vergleichsstudie zur Effektivität von Ausbildungs- und Regeltherapien. *Verhaltenstherapie*, 24(4), 272-279

Schepank, H. (1995): *BSS. Beeinträchtigungsschwere-Score. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Beltz-Test

Seligman, M. E. P. (1995): The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer-Reports* study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974

Strauss, B. M.; Lutz, W.; Steffanowski, A.; Wittmann, W.W.; Boehnke, J. R. et al. (2015): Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK- and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25(1), 32-51

Tritt, K.; von Heymann, F.; Zaudig, M.; Zacharias, I.; Söllner, W. & Loew, T. (2008): Entwicklung des Fragebogens »ICD-10-Symptom-Rating« (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(4), 409-418

Wittmann, W. W.; Lutz, W.; Steffanowski, A.; Kriz, D.; Glahn, E. M.; Völkle, M.C.; Böhnke, J. R.; Köck, K.; Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011): *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse

1.3 Was macht eine gute Therapeutin / einen guten Therapeuten aus, und lässt sich dafür etwas tun? (Ulrike Willutzki)

Universität Witten–Herdecke, Department für Psychologie und Psychotherapie

In diesem Beitrag soll zunächst der Frage nachgegangen, was wir über die Bedeutung der Person des Therapeuten / der Therapeutin für den Verlauf einer Psychotherapie bzw. deren Ergebnis wissen und welche seiner bzw. ihrer Merkmale hierbei relevant sind. Anschließend wird darauf eingegangen, wie sich Therapeuten/Therapeutinnen entwickeln und was sich dafür tun lässt, ein guter Therapeut bzw. eine gute Therapeutin zu werden.

Erst in den letzten Jahren wird die Bedeutung der Person des Therapeuten / der Therapeutin für den Prozess und das Ergebnis von Psychotherapie wieder vermehrt untersucht. Durch Therapeuteneffekte lassen sich in kontrollierten Studien etwa 5 Prozent und in Versorgungsstudien etwa 17 Prozent der Therapieerfolgsvarianz aufklären. Beispielhaft seien im Folgenden einzelne Ergebnisse aus entsprechenden Studien genannt (vgl. ausführlich Baldwin & Imel 2013):

- » Rückfallraten je nach Therapeut/in schwanken zwischen 25 % und 100 %,
- » Effektstärken für Therapeuteneffekte schwanken zwischen .13 und .74,
- » Effektivere Therapeuten und Therapeutinnen zeigen deutlich weniger Schwankungen in ihren Behandlungsergebnissen als ineffektivere; auch die Häufigkeit von Therapieabbrüchen scheint mit der Therapeutenperson zusammenzuhängen:
- » Je gestörter die Patienten/Patientinnen, desto mehr kommen Qualitätsunterschiede zwischen Therapeuten/Therapeutinnen zum Tragen.

In einer naturalistischen schwedischen Studie mit 219 Therapeuten/Therapeutinnen und insgesamt mehr als 700 Patienten/Patientinnen ließen sich sechs Erfolgsmuster bei Therapeuten herausarbeiten: Während ein knappes Drittel der Therapeuten/Therapeutinnen sehr gute Erfolge bei ihren Patienten/Patientinnen aufweist, zeigen sich bei einem breiten Mittelfeld von ca. 60 Prozent drei unterschiedliche Verlaufgruppen mit bescheidenen Verbesserungen; bei einer kleinen Gruppe von drei Prozent der Therapeuten/Therapeutinnen kommt es durchschnittlich zu einem beunruhigenden Anstieg der Symptombelastung (Sandell 2007).

Welche Merkmale von Therapeuten/Therapeutinnen sind für Verlauf und Ergebnis der Therapie relevant?

Bis heute konnte nicht gut geklärt werden, welche Psychotherapeutenmerkmale im Einzelnen erfolgsrelevant sind. Bezüglich allgemeiner Personenmerkmale zeigen weder Geschlecht noch Alter oder generelle Persönlichkeitszüge der Therapierenden einen wesentlichen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Relativ konsistent scheint sich das Wohlbefinden von Therapierenden bzw. ein geringes Burnout günstig auf das Therapie-Ergebnis auszuwirken. Bezüglich der therapiebezogenen Merkmale spielt die Grundprofession kaum geringe Rolle; wichtiger scheint eine psychosoziale im Unterschied zu einer biologischen Grundorientierung bzw. Grundkonzeption

bezüglich der zu behandelnden Störung zu sein. Auch die theoretische Orientierung oder das Ausmaß an Training steht kaum in einem systematischen Zusammenhang mit dem Therapie-Ergebnis. Ein eher uneinheitliches Muster zeigt sich bzgl. der beruflichen Erfahrung (vgl. zusammenfassend Baldwin & Imel 2014).

Am wichtigsten scheinen die interpersonellen Fähigkeiten der Therapeuten/Therapeutinnen zu sein: das interpersonelle Funktionsniveau und interpersonale Merkmale einschließlich der non-verbale Kommunikation innerhalb der Sitzungen (Respekt, Echtheit, Empathie, Konkretheit sowie ein freundlich-zugewandter Beziehungsstil). Gleichzeitige Unähnlichkeit zwischen Therapeut/in und Patient/in auf der Dimension „Dominanz vs. Submissivität“, also eine komplementäre Beziehungsgestaltung ist ebenfalls günstig (Beutler et al. 2004). Beispielhaft sei in diesem Kontext die Studie von Eversmann et al. (2011) genannt: Sie untersuchten an Teilnehmern/Teilnehmerinnen in der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapie, inwieweit interpersonelles Verhalten (eingeschätzt von Beobachtern in einer Gruppendiskussion im Rahmen des Auswahlverfahrens) vor Beginn der Ausbildung mit Ergebnisvariablen zum Ende der Ausbildung aus unterschiedlichen Perspektiven zusammenhängt. Je kompetenter die letztlich berücksichtigten 20 Ausbildungsteilnehmer/innen zu Beginn der Ausbildung eingeschätzt wurden, desto kompetenter wurden sie am Ende der Ausbildung von ihren Supervisoren/Supervisorinnen und desto tendenziell kooperativer von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen beurteilt. Initial kompetenter eingeschätzte Therapeuten/Therapeutinnen wiesen weniger Therapieabbrüche und mehr reguläre Therapieabschlüsse auf, zeigten eine höhere Bereitschaft zur Therapie-Evaluation bei im Mittel höherer Effektivität.

Für das Therapie-Ergebnis spielen personen- und therapiebezogene Merkmale in der Regel nicht isoliert, sondern im Sinne einer Passung zwischen Patient/in und Therapeut/in eine wichtige Rolle (Orlinsky und Howard 1987). Spätestens hier wird deutlich, dass sich die relativen Bedeutungen von verschiedenen Wirkfaktoren für das Therapieergebnis im Grunde nicht besonders gut trennen lassen: Je nach Kontext, Patient/in, Problematik und jeweiligem methodischen Vorgehen stellen sich unterschiedliche interpersonelle Herausforderungen; das Zusammenspiel (mindestens) dieser Faktoren – man denke an den großen Anteil ungeklärter Varianz – wirkt sich auf die Qualität der therapeutischen Beziehung aus, die wiederum einerseits Bezüge zum Therapieergebnis hat und sich andererseits auf die anderen Wirkfaktoren auswirkt. Dabei geht es nicht um reine Passungsfragen; vielmehr handelt es sich um ein dynamisches transaktionales Geschehen, in dem zeitliche und/oder kausale Zusammenhänge bestenfalls näherungsweise oder schlaglichtartig auf Grundlage mathematischer Algorithmen abbildbar sind.

Wie entwickeln sich Psychotherapeuten/-therapeutinnen?

Bei doch deutlichen Unterschieden zwischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen stellt sich die Frage, wie sich Behandler/innen professionell entwickeln. Im Laufe einer günstigen Entwicklung wandelt sich das Therapieverständnis von nichtprofessionellen Hilfevorstellungen der Anfänger/innen über theoriegesteuerte, rigide, wenig authentische Handlungsmaximen bei Ausbildungskandidaten/-kandidatinnen zu einer durch die Desillusionierung in der Praxis angestoßenen, wieder stärker internalen, flexiblen Funktionsweise. Bei der Entwicklung spielen Ausbilder/innen sowohl als professionelle Modelle als auch als abschreckende Beispiele eine Rolle.

In einer paradox anmutenden Entwicklung erleben Therapeuten/Therapeutinnen zugleich ein wachsendes Selbstvertrauen und ein klareres Bewusstsein ihrer Grenzen. Dabei entwickelt sich im Verlauf ein stabiles und optimistisches Selbstbild als Therapeut/in; gleichzeitig wird Intuition zunehmend wichtiger. Professionelle Entwicklung ist ein kontinuierlicher Prozess, der ständiges Training, Weiterbildung und Reflexion erfordert (Orlinsky & Rønnestad 2005).

Maßnahmen zur professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten/-therapeutinnen

Hinsichtlich der Frage, ob sich die professionelle Entwicklung und Kompetenz von Psychotherapeuten/-therapeutinnen fördern lässt, finden sich durchaus unterschiedliche Antworten. Im professionellen Kontext wird recht fraglos davon ausgegangen, dass z. B. Theoriekurse, Supervision, Selbsterfahrung und Patientenkontakt zur Kompetenzförderung nützlich sind (Orlinsky & Rønnestad 2005).

Da aber gleichzeitig bekannt ist, dass Therapeuten/Therapeutinnen – nicht zuletzt wegen der Komplexität der Zusammenhänge zwischen therapeutischem Handeln und Veränderungen bei Patienten/Patientinnen – nicht gut abschätzen können, was ihr Handeln bewirkt, wurde in den letzten Jahren auch zur Entwicklungsförderung zunehmend direktes Feedback an die Behandelnden eingesetzt (vgl. auch Strauß, in diesem Band). Mit Hilfe dieser Technik kam es zu einer signifikanten Abnahme erfolgloser Therapien; leider konnte jedoch kein dauerhafter Lerneffekt auf Seiten der Therapeuten/Therapeutinnen durch das Feedback nachgewiesen werden (Baldwin & Imel 2013). Hierzu passend finden sich auch immer wieder Stimmen und Studien, die – zumindest für eine Subgruppe „ungeeigneter“ Personen – nur sehr begrenzte Möglichkeiten zur Entwicklungsförderung sehen (Nodop & Strauß 2013).

Literatur

- Baldwin, S.A. & Imel, Z.E. (2013): Therapists Effects. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6. Aufl. Wiley, New York, 258–297.
- Beutler, LE; Malik, M; Alimohamed, S; Harwood, TM; Talebi, H; Noble, S, Wong, E (2004) Therapist variables. In M. J. Lambert (Hrsg.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, 227–306.
- Eversmann, J.; Schöttke, H.; Wiedl, K. H. & Rogner, J. (2011): Die Beobachtungsskala „Therapie-relevante interpersonelle Verhaltensweisen“ (TRIB) in der Auswahl von Teilnehmern der Psychotherapieausbildung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40:11–21.
- Nodop, S. & Strauß, B. (2013): Mangelnde Eignung bei angehenden Psychotherapeuten. Psychotherapeut, 58:446–454.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987): A generic model of psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6:6–27.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005): How therapists develop. Washington: American Psychiatric Association.
- Sandell, R. (2007): Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten. In A. Springer, K. Münch & D. Munz (Hrsg.), Psychoanalyse heute? Gießen: Psychosozial-Verlag, 461–481

1.4 Kompetenzentwicklung von Psychotherapeuten und -therapeutinnen in Ausbildung (Svenja Taubner)

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Therapeuten/Therapeutinnen tragen maßgeblich zum Therapieerfolg bei. Insgesamt werden fünf bis zwanzig Prozent der therapeutischen Veränderungen auf die Person des Therapeuten / der Therapeutin zurückgeführt (Baldwin und Imel 2013). Übersichtsstudien zeigen, dass dabei weniger die objektiven Merkmale der Therapeuten/Therapeutinnen wie z. B. Alter, Geschlecht, Ethnie etc. eine Rolle spielen, sondern subjektive Merkmale, die einerseits situationsübergreifende ‚Traits‘ (z. B. Bindungsmuster) oder therapiespezifische ‚States‘ sein können (z. B. therapeutische Haltungen) (Beutler et al. 1994). Besonders aussichtsreich scheint dabei die Untersuchung der Merkmale von Therapeuten/Therapeutinnen zu sein, die den Beitrag für ein positives Therapiebündnis erklären helfen (Baldwin, Wampold, Imel 2007). Dabei ist zudem von besonderem Interesse, wie positive Therapeutenmerkmale in der Therapieausbildung gefördert werden können. Das aktuell vorliegende Wissen zu den Veränderungsprozessen in psychotherapeutischen Ausbildungen ist jedoch eingeschränkt. Eine aktuelles Review aus dem „Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change“ kommt zu dem Ergebnis, dass Psychotherapieausbildungen durchaus wirksam sind, jedoch kaum bekannt ist, welche Bestandteile davon was bewirken. Darüber hinaus wurde die Studienlage sowohl qualitativ in Bezug auf die Güte der Studien als auch quantitativ in Bezug auf die Anzahl der Studien als sehr schlecht identifiziert (Knox/Hill 2013).

Von bereits ausgebildeten Therapeuten und Therapeutinnen ist bekannt, dass eine sichere Bindung positive Effekte auf das therapeutische Arbeitsbündnis hat (z. B. mehr Wärme und Einfühlung) (Black et al. 2005; Dinger et al. 2009; Sauer et al. 2003). Auch scheinen sicher gebundene Therapeuten/Therapeutinnen weniger anfällig für Gegenübertragungsreaktionen zu sein, die durch die unbewussten Beziehungsmuster ihrer Patienten/Patientinnen verursacht werden (Ligiéro/Gelso 2002; Mohr, Gelso/Hill 2005). Auch die ‚Introjekt-Affiliation‘ von Therapeuten/Therapeutinnen, d. h. wie freundlich oder feinselig sie sich selbst gegenüber eingestellt sind, steht in einem Zusammenhang mit dem emotionalen Bündnis aus Sicht der Klienten/Klientinnen (Dunkle & Friedlander 1996).

Der wohl bedeutsamste Effekt ergibt sich aus einer Studie von Schauenburg et al. (2010), dass Therapeuten/Therapeutinnen mit sicherer Bindung bessere Arbeitsbündnisse mit interpersonell schwierigen Patienten/Patientinnen etablieren. Es stellt sich darauf aufbauend die Frage, ob derart situationsübergreifende Traits wie Bindungsrepräsentationen und Introjekt-Affiliationen durch die Therapieausbildung beeinflusst werden können. Henry (1996) kommt vor dem Hintergrund des Ergebnisses, dass Therapeuten/Therapeutinnen mit feindseligen Introjekten nach einem Manualtraining noch feindseliger wurden, zu dem Ergebnis, dass klassische Ausbildungsverfahren Introjekt-Affiliationen nicht verändern können.

An dieser Frage setzte eine Therapieausbildungsstudie aus Deutschland an, die von 2007 bis 2011 durchgeführt wurde (Taubner et al. 2010, Taubner et al. 2013).

Eine Stichprobe von 171 Therapeuten/Therapeutinnen in Ausbildung der in Deutschland gesetzlich verankerten Richtlinienverfahren (Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Kognitive Verhaltenstherapie) wurde im Abstand von drei Jahren zweimal per Fragebogen untersucht, wobei nach drei Jahren nur noch 71 Teilnehmer/innen erreicht werden konnten. Das Fragebogenpaket enthielt Fragen zu den therapeutischen Haltungen, den interpersonalen Stilen (inkl. der Introjekt-Affiliation) sowie dem therapeutischen Engagement und Selbstwirksamkeitserleben.

Es zeigte sich u. a., dass sich das therapeutische Engagement und die Selbstwirksamkeit signifikant verbesserten und entgegen der Annahme von Henry (1996) auch die Introjekt-Affiliation signifikant anstieg. Es zeigte sich also, dass die Teilnehmer/innen nach drei Jahren Psychotherapie-Ausbildung freundlicher mit sich selbst umgingen. Dieses Ergebnis wurde vorsichtig so interpretiert, dass der Anstieg der Freundlichkeit mit sich selbst mit der intensiven Selbsterfahrung im Rahmen von mindestens 120 Stunden in Verbindung stehen könnte, die seitens des deutschen Psychotherapiegesetzes vorgeschrieben sind.

Aktuell läuft eine Folgestudie unter der Leitung von Prof. Möller (Universität Kassel) und Prof. Taubner (Universität Klagenfurt), die dank einer Finanzierung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) über die Erfassung reiner Selbstberichtsinstrumente hinausgeht. Die Studie verfolgt das Ziel, Kompetenzveränderungen im Verlauf der Psychotherapieausbildung in den verschiedenen Bausteinen der Therapieausbildung (Theorie, Behandlung unter Supervision und Selbsterfahrung) zu dokumentieren und ihre Bedeutsamkeit für die therapeutische Wirksamkeit herauszuarbeiten. Ausgehend von den Kompetenzbeschreibungen der deutschen Bundespsychotherapeutenkammer werden Kompetenzen in den Bereichen der Fach-, Methoden-, Sozial- und Personalkompetenz mit verschiedenen Methoden erfasst (Selbstbericht, Beobachterausswertung, Supervisorenbericht, Patientenbericht). Die Teilnehmer/innen aus den drei Richtlinientherapien mit einem Grundberuf als Psychologen/Psychologinnen befinden sich zum ersten Messzeitpunkt am Anfang der therapeutischen Ausbildung (vor Beginn der Patientenbehandlungen) und werden drei Jahre später erneut erfasst. Die Posterhebung wird aktuell durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe von Psychologe/Psychologinnen erfasst, die keine psychotherapeutische Ausbildung begonnen hat.

Es zeigen sich Selbstselektionseffekte in die drei Verfahren im Bereich der Persönlichkeit (mehr Offenheit bei den psychodynamischen Verfahren) und des Mentalisierungsinteresses (signifikant höhere Werte bei den psychodynamischen Verfahren) (Taubner et al. 2014a). Hinsichtlich der Kompetenz in den Bereichen des Theoriewissens und der Fallformulierungskompetenz zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Verfahren (Proll et al. 2014). Die bisherige Auswertung der Bindungsmuster zeigt, dass überdurchschnittlich viele Teilnehmer/innen eine sichere Bindung aufweisen (80 %), obwohl in nicht-klinischen Stichproben nur ein Anteil von 58 % erwartbar wäre (Taubner et al. 2014b). Auch in Bezug auf die Mentalisierungsfähigkeiten zeigen die Teilnehmer/innen überdurchschnittliche Ausprägungen, wobei gleichzeitig eine hohe Belastung durch frühe aversive Kindheitserfahrungen deutlich wird. Hier zeigt sich, dass insbesondere emotionale Vernachlässigung berichtet wird (ebd.). Aktuell werden die Wechselwirkungen aus Belastungen und Kompetenzen auf die therapeutische Arbeit untersucht und es wird dokumentiert, inwieweit unsichere Bindungsmuster nach drei Jahren Selbsterfahrung bearbeitet werden konnten.

Literatur

- Baldwin, S. A.; Imel, Z. E. (2013): Therapists Effects. In: Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Hg. v. Lambert, Michael J. 6. Aufl., John Wiley & Sons, New York: 258–297
- Baldwin, S. A.; Wampold, B. E.; Imel, Z. E. (2007): Untangling the alliance–outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. In: Journal of consulting and clinical psychology 75/6:842–852
- 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. 4. Aufl.; 229–269. New York: Wiley
- Proll, Birgit, Möller, Heidi, Hanke, Wiebke & Taubner, Svenja (2014): Fallkompetenz von Psychotherapeutinnen in Ausbildung. Poster auf dem 32. Symposium Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Braunschweig, 29.–31. 5. 2014
- Schauenburg, Henning; Buchheim, Anna; Beckh, Katrin; Nolte, Tobias; Brenk–Franz, Katja; Leichsenring, Falk; Strack, Micha; Dinger, Ulrike (2010): The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy [corrected]. In: Psychother Res 20/2:193–202
- Taubner, Svenja; Visbeck, Annette; Rapp, Andreas; Kächele, Horst & Sandell, Rolf (2010): Therapeutic attitudes and practice patterns among psychotherapy trainees in Germany. European Journal of Counseling and Psychotherapy 12 (4). 361–381.
- Taubner, Svenja; Zimmermann, Johannes; Kächele, Horst, Möller, Heidi & Sell, Christian (2013). The Relationship of Introject Affiliation and Personal Therapy to Trainee Self–Efficacy: A Longitudinal Study among Psychotherapy Trainees. Psychotherapy 50(2), 167–177.
- Taubner, Svenja; Munder, Thomas; Hanke, Wiebke; Möller, Heidi & Klasen, Jennifer (2014a): Selbstselektionsprozesse bei der Wahl des therapeutischen Ausbildungsverfahrens. PPM 64, 214–223.
- Taubner, Svenja; Ulrich–Manns, Stefanie; Curth, Christian & Wolter, Silke (2014b): Innere Arbeitsmodelle von Bindung und aversive Kindheitserfahrungen bei PsychotherapeutInnen in Ausbildung. Psychotherapieforum 19, 2–12.
- Schauenburg, Henning; Buchheim, Anna; Beckh, Katrin; Nolte, Tobias; Brenk–Franz, Katja; Leichsenring, Falk; Strack, Micha; Dinger, Ulrike (2010): The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy [corrected]. In: Psychother Res 20/2:193–202

1.5 Case Study Research for Psychotherapy (John McLeod)

University of Abertay Dundee, Scotland; University of Oslo, Norway, Department of Psychology and Institute for Integrative Counselling and Psychotherapy, Dublin, Ireland

Case studies have always comprised a valuable element of the knowledge base for psychotherapy training and practice. In recent years, a range of methodological developments has also led to a growing appreciation of the contribution of case study reports as a form of research evidence. This paper offers an overview of current ideas around the use of case study methods in psychotherapy research, including the distinctive contribution to knowledge that is made possible by case-based inquiry, the types of research question that can be investigated, and strategies for case study design and data analysis. These themes are illustrated by reference to specific examples of case study research. Suggestions are made around the ways in which this kind of research can be carried out by practitioners, to enrich their personal and professional development, and approaches to building knowledge across multiple case studies.

From the earliest writings of Sigmund Freud and his circle, clinical case studies have played a key role in disseminating ideas about new theories and methods in therapy, and in the development of theory. A clinical case study can be defined as comprising a report, written by a therapist, of their work with a client, based primarily on notes made following the end of a session. Although clinical cases continue to represent an invaluable source of learning, and resource for teaching, it is clear that they have many limitations in relation to the accumulation of research evidence. Critics such as Spence (1982, 1986, 1989) have argued that even the most detailed clinical notes provide only a partial and incomplete account of what may have happened during a therapy session. In addition, there is no safeguard against the author/therapist interpreting this material in a way that confirms their pre-existing assumptions about the process of therapy. Spence has made the point that clinical case studies can be seen as a form of 'narrative truth' – a plausible story – rather than 'historical truth'.

In recent years, several groups of practitioners and researchers have endeavored to find ways to conduct case-based inquiry in a manner that results in credible and reliable evidence. An account of the various strands of thinking that have been part of these developments can be found in McLeod (2010). The aim of the present paper is to offer an overview of where we are now, in terms of systematic case study research in counselling and psychotherapy. The following sections discuss some key aspects of this methodological approach: the rationale for case study research; basic principles of rigorous case-based inquiry; the types of research questions that can be addressed using this methodology; and implications for therapist personal and professional development.

Within the present paper, a "case study" refers to the entirety of work with a client, from the beginning of therapy to the end, or to some point of follow-up. It is possible to conduct single-case analyses of segments of therapy discourse, single sessions within a course of therapy, or of the functioning of therapy clinics and organisations. These types of case-study research are valuable, but are not the focus of the present discussion.

The rationale for case study research

The resurgence of interest in the use of case study research in counselling and psychotherapy has drawn on a great deal of philosophical and methodological work in other fields of social science, such as educational research and organisational studies (Flyvbjerg, 2001, 2006; Yin, 2009). Within the counselling and psychotherapy professional community, the writings of Fishman (1999, 2005, 2006) and Miller (2004) have been instrumental in defining the intellectual territory within which case study research can operate, and as a consequence making it possible for case-study researcher to offer reasoned justification for their investigations. Fishman (1999) characterizes case-based knowledge as based on a pragmatic approach to documenting and analyzing everyday practice.

When considering the rationale for case study research in psychotherapy, it is essential to take account of the co-existence of several other well-established methodologies in this field, such as randomized controlled trials, practice-based outcome studies, and many strands of qualitative research. There are many research questions for which case study research does not offer the best way forward, and that are more appropriately pursued using other methodologies. The distinctive strength and contribution of case study research is reflected in three main attributes.

Case study research is particularly well-suited to capturing and analyzing complexity, tracking the unfolding process of change over long time-periods (e.g., the course of therapy as a whole), and making sense of the way that therapy is shaped by the context within which it takes place.

Case study research has a key role to play in relation to the development and testing of theory. Researcher engagement with complex case study data makes it possible to generate new theoretical ideas, in the form of casual linkages and processes. These ideas can then be further examined through large group designs, or through a series of case studies. In addition, evidence from a single case can be used to refute or question existing theoretical models.

A final dimension of the rationale for case study research concerns the relevance of research for practice. Stewart and Chambless (2010) have found that practitioners are more open to learning from case study evidence, compared to research articles based on large samples. It is possible that research programmes that include single-case analyses alongside other forms of inquiry, will be more likely to engage the interest of practitioners, and lead to a greater level of adoption of research-informed practice.

Basic principles of rigorous and systematic case-based inquiry

One of the main challenges of case study research is to produce a report that will be regarded as credible and reliable. Given the complexity of data that are collected in a typical case study, it is always possible to generate alternative interpretations of the material that is available. It is not sensible, therefore, to claim that an analysis of a case has produced the only valid and "true" set of findings or conclusions. There have been many projects, in the psychotherapy domain, that have involved alternative analyses of the same case (see, for example, Greenberg 2008).

A realistic goal for case study research is to offer case-based findings that reflect a rigorous and transparent commitment to arriving at a plausible set of conclusions in respect of the particular aims and questions that the study sought to address.

There are five broad sets of principles that can be identified as particularly relevant to good-quality case study research in psychotherapy:

Commitment to ethical standards

Case study research is ethically sensitive, because it is easier to identify the client or therapist in a detailed case report, compared to the situation in a study that includes data from many therapists and clients. In addition, because a case study includes an interpretation of what may have been a key episode in the life of the client, it is possible that reading the report may be upsetting for the client. Attempts to by-pass these issues, tend to result in case analyses that are based on restricted data (through researcher caution about what can be included), studies on clients who lack the power to stand up for their rights, or reports that do not include the views of the client on whether the findings make sense to them. By contrast, case study projects that involve the client and therapist in open discussion about what is involved, and what will be published, produce more authentic and usable findings.

Collection of rich case data

Traditionally, clinical case studies have been based solely on notes taken by the therapists after the end of a session. While this source of information is useful, it is also open to bias, due to the selective memory of the practitioners, and because it does not capture the perspective of the client. In response to these issues, recent developments in systematic case study inquiry have made use of multiple sources of evidence, including outcome and process scales, therapy session transcripts, and interviews, as well as therapist notes. In many case study projects, this information is collected into a 'rich case record' or 'case book' that defines the data that are available for analysis.

Team-based procedures for data analysis

It is seldom possible to analyse case study data through the use of pre-determined procedures, such as a statistical test. Because of the complexity of case data, the process of analysis usually involves some degree of interpretive judgement. When there is only one person undertaking the analysis, it is difficult to avoid the risk that the patterns or themes that are being identified are based on pre-existing assumptions and biases, rather than actually being present in the data. The use of a research team represents an effective means of ensuring that different perspectives are brought to bear on the data. By specifying the analytic procedures followed by the research team or group, it is also possible to open up the data analysis process to external scrutiny and auditing.

Constructing generalizability

Readers of case study reports are interested in the extent to which the observations and conclusions provided in the report match with their own clinical experience, or confirm (or challenge) the findings of large group studies. Critics of case study methodology frequently point out that “it is not possible to generalize from a single case”. These concerns need to be addressed in the design of case study investigations. There are two main ways in which it is possible to construct grounds for generalizability. First, data can be collected that enable multiple points of connection with other cases and studies. For example, scores on the Beck Depression Inventory make it possible to locate a client within the universe of depressed clients. Similarly, careful description of the theory and interventions used by the therapist makes it possible to make connections with similar therapies, and contrast against non-similar forms of practice. A further strategy for constructing generalisability is through the use of theory. A case analysis can be used to build or test a model of the therapy process, that can be exported to other cases.

Time-series analysis

When analyzing case study data, it is always useful to begin by looking at how events and processes unfold over time, and whether any stages of micro-causal links can be identified (Yin, 2009). By contrast, case study analysis that neglects to consider stages, phases or causal links, is disregarding one of the distinctive and valuable features of this methodological approach. Analysis of change over time functions as a strategy through which qualitative and quantitative data can be compared and contrasted. For example, changes in client ratings on quantitative measures can readily be tracked over time. These patterns can be compared with what the client says in a follow-up interview, regarding turning-points in the therapy, and with thematic or content analysis of statements occurring in therapy transcripts.

A more comprehensive discussion of these, and other, principles can be found in Flyvbjerg (2006) and McLeod (2010). When conducting systematic case study research, it is also important to acknowledge that the task of analyzing data always, to a greater or lesser extent, involves the adoption of a hermeneutic approach. In this context, a hermeneutic approach refers to the necessity to be willing to shift back and forwards between an understanding of detailed aspects of the data, and an overall sense of the case as a whole. It also requires a capacity to make judgements about the relative significance and weighting of different sources of evidence.

Types of research questions that can be addressed

It is possible to specify four types of research question that can be addressed through case study research in psychotherapy.

Narrative questions

This genre of case study research explores questions such as: What was it like to be the client or therapist in this case? What is the story of what happened, from the client or therapist point of view? What themes or meanings can be identified in the narrative account provided by the client or the therapist who participated in a case? This type of investigation is the case study equivalent of qualitative research which uses in-depth interviews to allow participants to describe and give voice to their experience. An example of this type of case study is a paper by Quinn, Schofield and Middleton (2012) which presents the narrative accounts of two clients, and their therapists, around the experience of therapy for men suffering from psychogenic seizures. The findings of this study offer the reader a means of appreciating the nature of this condition and the therapeutic tasks associated with it, and provide a basis for designing subsequent research that focuses on specific aspects of these processes. In this particular study, data were collected through extended interviews with participants. Other narrative case studies have also made use of client diaries and therapist notes.

Pragmatic questions

The aim of a pragmatic question is to document the strategies and methods used by a therapist in a specific case, and to reflect on how these interventions contributed to the eventual outcome. Such a case study might also consider such questions as: How were therapeutic methods adapted and modified to address the needs of this specific client? What are the principles of good practice that can be derived from this case? Many examples of this form of case study can be found in two journals: *Clinical Case Studies*⁴, and *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*⁵.

Outcome questions

Case studies can be used to evaluate or demonstrate the effectiveness of a new form of therapy, or the effectiveness of an existing model of therapy with a new client group. Such studies play a crucial role in establishing the potential significance of new interventions, in advance of conducting a large group study. The questions that might be addressed in such a study include: How effective has therapy been in this case? To what extent can changes that have been observed in the client be attributed to therapy? To what extent is this approach to therapy potentially relevant for this group of clients? There are two case study designs that have been employed within this type of research. "N=1" studies, developed within behavioural psychology, are based on tracking and displaying shifts in target behaviours (outcomes) over time. More recently, the Hermeneutic Single Case Efficacy Design (HSCED: Elliott 2002) approach represents a more flexible variant on the n=1 study, by incorporating qualitative as well as quantitative

4

<http://ccs.sagepub.com/>

5

This is an open-access on-line journal: <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp/index>

data. HSCED studies also make use of a “quasi-judicial” approach to hermeneutic analysis: data are interpreted from competing “affirmative” and “sceptic” positions. The case of George (Elliott et al. 2009) represents the most complete example of this genre of research within the current literature.

Theory-building question

Case studies can be used to test the validity of existing theories, and as means of building new theories (Stiles, 2007). This form of case study research explores questions such as: How can the process of therapy in this case be understood in theoretical terms? How can the data in this case be used to test and refine an existing theoretical model? The systematic use of a series of cases to develop theory was devised by Henry Murray (1938), who was the first to articulate many of the principles of case study methodology that have been re-discovered in recent years. An example of theory-building case study research in psychotherapy can be found in case series that has examined the concept of therapist here-and-now immediacy (Hill et al., 2008; Kasper, Hill and Kivlighan, 2008; Mayotte-Blum et al., 2012). In this programme of work, cases were selected on the basis of potential theoretical relevance, and a mixed methods approach was used as a means of exploring the occurrence of immediacy, and its effects, in the context of the overall therapy process as a whole.

It is possible to incorporate more than one of these research goals or questions in a single case study. For example, most therapy case studies have some degree of relevance to the development of theory. However, it is not sensible to attempt to address all possible questions within a single case report. Case study analyses attend to be convincing for readers when they come across as being based on a sustained and rigorous effort to investigate a specific question in a critical manner. Attempting to pursue too many questions at the same time dilutes the quality of evidence that can be presented.

Implications for therapist personal and professional development

Compared to other types of research, case studies have the potential to make a unique contribution to therapist personal and professional development. There are several aspects of case study inquiry that are relevant to therapist development. First, practitioners deal with cases, and in responding to these cases draw on their recollection of previous cases or clients with whom they have worked. However, even the most hard-working clinician can see only a limited number of cases in the course of their career. Reading case study reports therefore expands the practitioner’s appreciation of what is possible in therapy. The argument that case study research plays a key role in the development of professional competence, is explored in more detail by Fishman (1999) and Flyvbjerg (2001).

The experience of taking part in case study research can also make a meaningful contribution to therapist personal and professional development. Participating in systematic analysis of case material has the effect of challenging a therapist’s assumptions: Researchers who have conducted intensive, in-depth case studies typically report that their preconceived views,

assumptions, concepts, and hypotheses were wrong and that the case material has compelled them to revise their hypotheses on essential points (Flyvbjerg 2006, 235). In addition, being part of an inquiry team provides a means of learning with and from colleagues.

In recognition of the learning opportunities associated with engagement in case study knowledge, Mackrill and Iwakabe (2013) have suggested ways in which reading and discussing case study articles can be more widely adopted in training programmes. Stinckens, Elliott and Leijssen (2009) have described how the experience of conducting a research-informed case study on a client can be incorporated into training. Training materials, that can be used to introduce case study research to students, can be found in McLeod, Thurston and McLeod (2014) and Thurston, McLeod and McLeod (2014).

Conclusions

The intention of this paper has been to offer a brief overview of current developments in case study research in counselling and psychotherapy, and to indicate some sources of further reading. It is important to recognize that the field of therapy case study research continues to evolve (McLeod, 2013); it is likely that further innovations in case study methodology will emerge in the future. One of the issues being explored by several groups at the present time is the question of how to synthesise or integrate knowledge and findings across a number of cases. A pioneering case study meta-synthesis carried out by Rabinovich and Kacen (2009) illustrates the potential value of this type of work. In order to conduct a case study meta-analysis or meta-synthesis, it is helpful to be able to access a database of cases. In the past, several research groups have assembled their own case study databases, which have not been readily accessible to other colleagues. An important development at the University of Ghent, has been the construction of an on-line psychotherapy case study archive (Desmet, Meganck et al. 2013)⁶.

A further valuable development has been the inauguration of a case study interest group within the Society for Psychotherapy Research. These initiatives reflect the growing international interest in the research and training possibilities of case study research in psychotherapy. It is essential to evaluate these developments within a historical perspective.

At the present time, the field of psychotherapy research is able to draw on a sophisticated understanding of how to conduct randomized controlled trial research, make use of self-report outcome measures, and many other techniques. It took several decades for these key areas of methodological understanding to be established. The current interest in case study research in psychotherapy case study research can be traced back to the publication in 1999 of *The Case for a Pragmatic Psychology* (Fishman 1999). We have come a long way in a relatively short time.

6

<http://singlecasearchive.com>

References

- Desmet, M.; Meganck, R.; Seybert, C.; Willemsen, J.; Geerardyn, F.; Declercq, F.; Inslegers, R.; Trensou, E.; Vanheule, S.; Kirschner, L. Schindler, I. and Kächele, H. (2013): Psychoanalytic single cases published in ISI-ranked journals: the construction of an online archive. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 120–121.
- Elliott, R. (2002): Hermeneutic Single Case Efficacy Design. *Psychotherapy Research*, 12, 1–20.
- Elliott, R.; Partyka, R.; Wagner, J.; Alperin, R.; Dobrenski, R.; Messer, S.B.; Watson, J.C. and Castonguay, L.G. (2000): An adjudicated Hermeneutic Single Case Efficacy Design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19, 543–557.
- Fishman, D.B. (1999): *The Case for a Pragmatic Psychology*. New York: NYU Press.
- Fishman, D.B. (2005): Editor's introduction to PCSP – From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1(1), 1–50. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Fishman, D.B. (2006): Finding legitimacy for case study knowledge. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, vol. 2, module 4, article 2.4.1, <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/>
- Flyvbjerg, B. (2001): *Making social science matter. Why social inquiry fails and how it can succeed again*. New York: Cambridge University Press.
- Flyvbjerg, B. (2006): Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219–245.
- Greenberg, L.S. (2008): The case of Lisa: An integration and reaction to the process analyses. *Psychotherapy Research*, 18, 677–682.
- Hill, C. E.; Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C. and Teyber, E. (2008): Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy*, 45, 298–315.
- Kasper, L.; Hill, C. E. and Kivlighan, D. M., Jr. (2008): Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy*, 45, 281–297
- Mackrill, T. and Iwakabe, S. (2013): Making a case for case studies in psychotherapy training: A small step towards establishing an empirical basis for psychotherapy training. *Counseling Psychology Quarterly*, 26, 250–266.
- Mayotte-Blum, J.; Slavin-Mulford, J.; Lehmann, M.; Pesale, F.; Becker-Matero, N. and Hilsenroth, M. (2012): Therapeutic immediacy across long-term psychodynamic psychotherapy: an evidence-based case study. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 27–40.
- McLeod, J. (2010): *Case study research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

- McLeod, J. (2013): Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>, Volume 9, Module 4, Article 1, pp. 382–402.
- McLeod, Julia; Thurston, M. and McLeod, John (2014): Case study methodology. In A. Vossler and N. Moller (eds) *The Counselling and Psychotherapy Research Handbook*. London: Sage.
- Miller, R. B. (2004): *Facing human suffering: psychology and psychotherapy as moral engagement*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Murray, H. A. (1938): *Explorations In Personality: A Clinical and Experimental Study of Fifty Men of College Age*. New York: Oxford University Press.
- Quinn, M. C.; Schofield, M.J. and Middleton, W. (2012): Successful psychotherapy for psychogenic seizures in men. *Psychotherapy Research*, 22, 682–698.
- Rabinovich, M. and Kacen, L. (2009): Let's look at the elephant: metasynthesis of transference case studies for psychodynamic and cognitive psychotherapy integration. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 427–447.
- Spence, D. P. (1982): *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*. New York: Norton.
- Spence, D. P. (1986): Narrative smoothing and clinical wisdom. In T.R. Sarbin (ed.) *Narrative Psychology: the Storied Nature of Human Conduct*. New York: Praeger.
- Spence, D. P. (1989): Rhetoric vs. evidence as a source of persuasion: a critique of the case study genre. In M.J. Packer and R.B. Addison (eds) *Entering the Circle: Hermeneutic Investigation in Psychology*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Stewart, R. E. and Chambless, D.L. (2010): Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73–95.
- Stiles, W. B. (2007): Theory–building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 122–127.
- Stinckens, N., Elliott, R. and Leijssen, M. (2009): Bridging the gap between therapy research and practice in a person–centered/experiential therapy training program: The Leuven Systematic Case Study Protocol. *Person–Centered and Experiential Psychotherapies*, 8, 143–162.
- Thurston, M., McLeod, Julia and McLeod, John (2014): How to use case study methodology with single client therapy data. In A. Vossler and N. Moller (eds) *The Counselling and Psychotherapy Research Handbook*. London: Sage.
- Yin, R. K. (2009): *Case study research: design and methods*. 4th edn. Thousand Oaks, CA: Sage.

1.6 „Patient driven Psychotherapy“? – Die Perspektive der PatientInnen als vernachlässigte Dimension in Forschung und Praxis (Silke Brigitta Gahleitner)

Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

Nimmt man Resümees nach 50 Jahren Psychotherapieforschung in aktuellen Publikationen wie auf internationalen Fachtagungen ernst, so zeigt der internationale Forschungsbereich eine Konzentration auf den Outcome-Bereich (Hilsenroth 2013; Lambert 2013). Bei differenzierterer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass die Einschätzungen von Psychotherapeuten/-therapeutinnen und Patienten/Patientinnen in den einzelnen Studien keineswegs immer korrespondieren.

Befragt man die Patienten/Patientinnen selbst, führen sie Therapieerfolge z. B. kaum auf Techniken zurück, sondern eher auf die Haltung bzw. Persönlichkeit des Therapeuten / der Therapeutin (Sloane et al. 1975). Nun könnte man die unterschiedliche Einschätzung der Patienten/Patientinnen im Kontrast zu ihren Behandlern/Behandlerinnen ihrem fachlich geringeren Horizont zuweisen. Interessant für den Berufsstand der Psychotherapie ist jedoch, dass Patienten- und Beobachtereinschätzungen das therapeutische Geschehen häufig besser voraussagen als Therapeuten/Therapeutinnen selbst. Diese neigen offenbar eher zur Selbstüberschätzung als zur Tiefstapelei (Orlinsky et al. 1994). Immer mehr Forscher/innen betonen daher die Bedeutung der subjektiven Komponente des psychotherapeutischen Geschehens als „‘windows into clients’ perceptions of psychotherapy and the process of change“ (Safran 2013, 536; vgl. dazu auch Angus and Kagan 2013; Jock et al. 2013; Olivera et al. 2013). Horvath (2013, 28) spricht von „democratization“ als Stichwort für eine andere Haltung im therapeutischen Geschehen.

Diesen Phänomenen in der Forschung auf den Grund zu gehen, erfordert jedoch eine andere Forschungsperspektive, als sie sich bisher in der Psychotherapieforschung hauptsächlich etabliert hat. Die Subjektperspektive der Patienten/Patientinnen ins Zentrum der Betrachtung zu stellen erfordert stärker eine hermeneutische und subjektwissenschaftliche Herangehensweise. Mit symptombezogenen, komparativen, randomisierten Kontrollgruppenstudien (RCTs) ist zwar durchaus ein wichtiger Teil psychotherapeutischer Prozesse abbildbar, die subjektiven Relevanzsysteme der Beteiligten jedoch nicht (Kriz 2014). Auch die internationalen Entwicklungen machen deutlich, „that randomized clinical trials represent only one approach for providing empirical evidence that can inform clinical practice“ (Goldfried 2010, 1). Selbst die Evidence Based Practice Task Force der American Psychiatric Association (APA) gibt in ihrer Übersicht über „Multiple Types of Research Evidence“ inzwischen klinisch ausgerichteten und qualitativ bzw. partizipativ angelegten Forschungsanliegen – als ausgemachter Forschungslücke – deutlich mehr Gewicht. Ob es jedoch in der Psychotherapie gelingt, ebenso wie in anderen interdisziplinär geprägten Professionen entlang der Konzeption einer „Translational Research“ (Sommerfeld 2011, 1470) kooperative Wissensbildung zwischen verschiedenen Disziplinen und ebenso zwischen Forschung und Praxis zu ermöglichen, ist nach wie vor eine offene Frage, obwohl sich übergreifende Diskussionen immer mehr in diese Richtung entwickeln.

Die Berücksichtigung dieser Überlegungen spielt jedoch eine wichtige Rolle in dem Bemühen, psychotherapeutische Angebote für Patienten/Patientinnen anschlussfähig zu halten und nachhaltig deren Qualität zu sichern. Denn auch als Möglichkeiten der Fehlerprävention und -intervention in Psychotherapieprozessen – so ein Ergebnis des an der Donau-Universität Krems durchgeführten methodenintegrativen Forschungsprojektes „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden“ (RISK)⁷ – spielt die Mitbeteiligung der Patienten/Patientinnen am Behandlungsprozess eine entscheidende Rolle und eröffnet eine Reihe von Chancen für erfolgreichere Therapieprozesse. „Der Krankheit wohnt trivialerweise ein Subjekt inne und dieses betritt als ‚Patient/Patientin‘ ... die Bühne professioneller Praxis“ (Hanses 2012, 36f). Befragt man also Patienten/Patientinnen aus der Subjektperspektive über ihre Therapieverläufe, wird deutlich, dass bei einem beachtlichen Prozentsatz der Behandlungen auch unerwünschte Effekte auftreten (Leitner et al. 2009; Leitner/Schigl 2014).

Bedauerlicherweise schenken Psychotherapeuten/-therapeutinnen unerwünschten Therapieverläufen in der Regel aber nur wenig Aufmerksamkeit (Kächele 2011). Unerwünschte Wirkungen in psychotherapeutischen Prozessen treten den Ergebnissen des vorliegenden Forschungsprojekts nach jedoch in nicht allzu wenigen Fällen bei Behandlungen auf. Wenn allerdings – so ein wichtiges Teilergebnis der Studie – Patienten/Patientinnen angemessen informiert und in Entscheidungsprozesse eingebunden sind, können diese Risiken minimiert bzw. schwierige Entwicklungen sogar zu einer Ressource im therapeutischen Beziehungs- und Behandlungsgeschehen werden. Je besser – so die Ergebnisse der Studie – die Qualität reflexiver Aushandlungs- und Mitgestaltungsprozesse, desto geringer schlagen eventuelle therapeutische Fehler oder Missverständnisse im weiteren Verlauf zu Buche. Die daraus resultierenden Empfehlungen fordern – übergreifend betrachtet – eine wachsende Sensibilität gegenüber dem Thema und einen größeren Stellenwert in Supervision, Aus- und Weiterbildung.

Affiliation

Silke Birgitta Gahleitner, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, A-3500 Krems, silke.gahleitner@donau-uni.ac.at

7

Die Quellstudie dieses Artikels wurde am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems unter der Projektleitung von Anton Leitner, in Kooperation mit Michael Märtens und unter Mitarbeit von Claudia Höfner, Alexandra Koschier, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner, Gregor Liegl, Gerhard Hintenberger und Brigitte Schigl durchgeführt (vgl. u. a. Leitner et al. 2012, 2014; vgl. insbesondere zur Methodik der Studie den Forschungsbericht unter www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_25.9.12.pdf). Umfassend zur Thematik vgl. Leitner & Schigl (2014). Zur Ausarbeitung der verschiedenen Therapeutentypen vgl. hier und im Folgenden Gahleitner, Schigl, Gerlich und Hinterwallner (2014) sowie Schigl/Gahleitner (2013).

2 Vorträge der Parallelsessions

Freitag, 7. 11. 2014

2.1 Session 1: Wirkung und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie

Moderation: Anton-Rupert Laireiter

2.1.1 Die AST-Studie: Therapiebeziehung und Therapie- Outcome

Siegfried Molan-Grinner, Ina Manfredini, Benedikt Zsalatz, M. Lassenberger, M. Richter, Michaela Tomek, Michaela Duchatczek, Nina Heumayer, Alexandra Kleinheinz, Michaela Langecker-Wohatschek, Bettina Russold und Evelyn Wong (Lehranstalt für systemische Familientherapie)

Hintergrund und Motivation zur Fragestellung

Wir als Forschungsteam sind eine Gruppe von Studierenden und Absolventen/Absolventinnen, die an der Lehranstalt für systemische Therapie (*lasf*) Wien ihre fachspezifische Ausbildung absolvier(t)en und in diesem Rahmen einen Großteil ihres psychosozialen Praktikums im Rahmen der Ambulanten Systemischen Therapie (AST) Wien oder Linz leisteten.

Die Ambulante Systemische Therapie ist eine an die *lasf* angeschlossene Therapie- und Beratungsstelle, in der an der *lasf* tätige Lehrtherapeuten/-therapeutinnen mit Einzelkunden/-klientinnen, Paaren und Familien systemische Therapien durchführen. Welche spezifische Form systemischer Psychotherapie wird Studierenden im Rahmen von AST vermittelt? Im Rahmen des Forschungsprojekts wollten wir mögliche Charakteristika des therapeutischen Stils der im Rahmen von AST tätigen Lehrtherapeuten und Lehrtherapeutinnen empirisch erheben.

Fragestellungen

- » Welche Merkmale charakterisieren das Verhalten von im Rahmen von AST tätigen Lehrtherapeuten und -therapeutinnen?
- » In welchem Ausmaß beschreiben Klienten/Klientinnen die hier praktizierten Therapien als hilfreich?

Forschungsdesign und Stichprobe

Zur Untersuchung unserer Fragestellungen nützten wir digitalisierte Dokumentationen von im Rahmen von AST durchgeführten Erst- und Abschlussgesprächen.

Vier der in AST tätigen Lehrtherapeuten und -therapeutinnen – Helga Tuchacek, Brigitte Lassnig, Tina Lenz und Konrad Grossmann – stellten uns Aufzeichnungen von dreiundzwanzig innerhalb der letzten drei Jahre durchgeführten und abgeschlossenen Therapien zur Verfügung. Insgesamt dienten uns damit 46 aufgezeichnete Erst- und Abschlussgespräche als Datenmaterial.

Um eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, wählten wir spezifische Therapieprozesse aus.

Untersuchung von Therapeutenmerkmalen

Die Suche nach einem Verfahren, das es uns erlauben würde, charakteristische Merkmale des durch Lehrtherapeuten/-therapeutinnen in Erstgesprächen aktualisierten Therapeutenverhaltens empirisch zu erheben, führte uns zu dem von Honermann et al. (1999) entwickelten „Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen“ (RLI). Dieses erfasst eine große Bandbreite von für die systemische Therapie charakteristischen Verhaltensweisen in Form von 23 Items, deren Ausprägung in fünf Stufen bewertet werden kann. Diese 23 Items lassen sich zu sieben Faktoren verdichten. Nach einer ersten Probephase entschieden wir uns, die Erstgespräche zu transkribieren und die Item-Ausprägungen durch zwei bzw. drei Rater in einminütigen Zeitintervallen einschätzen zu lassen, um die Genauigkeit des Ratings zu erhöhen.

Als Ergebnis zeigt sich: Der Stil der untersuchten AST-Therapeuten/Therapeutinnen in Erstgesprächen ist vor allem durch eine hohe Ausprägung des RLI-Faktors 3 – durch ihr Bemühen um eine empathische, wertschätzende und kooperative Therapiebeziehung – charakterisiert. Sie bemühen sich um positiven Rapport und Kooperation (Item 10), stärken Klienten/Klientinnen durch Anerkennung (Item 1), behandeln sie als kompetente Experten/Expertinnen für sich selbst (Item 11), explorieren deren Lebenskontext (Item 23), greifen ihre Sprache und Metaphern auf (Item 16), klären und respektieren ihre Anliegen, ihren Auftrag und ihre Erwartungen (Item 5).

Ein weiteres charakteristisches Merkmal ist eine hohe Ressourcenorientierung (Item 4).

Untersuchung des Therapieerfolgs

Im Kontext der Bestimmung des Therapieerfolgs entschieden wir uns dafür, einen eigenen Ratingbogen für therapeutische Abschlussgespräche zu entwickeln, der sich an die von Miller et al. entwickelte „Outcome Rating Scale“ (2003) anlehnt. Dieser Therapie-Outcome-Bogen (TOB) enthält insgesamt 17 Items und die Option einer jeweils vierstufigen Skalierung. Die einzelnen Items wurden ohne vorherige Transkription der Abschlussgespräche durch zwei bzw. drei Rater in fünfminütigen Zeitintervallen erfasst.

Als Ergebnis zeigt sich, dass sich im Rahmen der untersuchten Einzeltherapien die gegebenen Leidenszustände von Klientinnen und Klienten verbesserten bis stark verbesserten, dass ihr allgemeines Wohlbefinden stieg und sie die Therapien positiv erlebten.

Literatur

Honermann, H.; Müssen, P.; Brinkmann, A. u. G. Schiepek (1999): Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Miller, S. D.; Duncan, B. L.; Brown, J.; Sparks, J. A.; Claud, D. A. (2003): The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2 (2): 91–100.

2.1.2 Kognitiv–psychoedukative Therapie im Vergleich zu Bibliothherapie bei bipolarer Störung: eine kontrollierte Gruppentherapie–Studie

G. Lenz, A. Berg, B. Breit–Gabauer, S. Lorenz–Demelbauer, I. Stampfer, M. Aigner, M. Freidl, M. Ossege und M. Schaffer (Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, AKH Wien)

Hintergrund

Vulnerabilitätsstress–Coping–Modelle sehen das zentrale Problem bipolar–affektiver Störungen in einer Instabilität oder Dysregulation biologischer Prozesse (z. B. Schlaf–Wach–Zyklus, zirkadianer Rhythmen), die durch kritische Lebensereignisse bzw. Stress (z. B. Konflikte, Arbeitsbelastung, gravierende berufliche oder private Veränderungen) oder Alkohol/Drogenkonsum getriggert werden können. Kognitive Verhaltenstherapie wird als zusätzlich zur medikamentösen Therapie wirksam in der Rückfallprophylaxe bei bipolaren Störungen angesehen. Es gibt bisher allerdings nur wenige Untersuchungen zu kognitiven Verhaltenstherapien mit deutschsprachigen Therapiemanualen.

Stichprobe und Methoden

In einer kontrollierten Gruppentherapie–Studie für bipolare Patienten/Patientinnen wurde die Wirksamkeit der kognitiv–psychoedukativen Therapie (KPT) nach dem Therapiemanual von Schaub et al (2004) in 14 wöchentlichen Gruppensitzungen zu je 90 Minuten (durchgeführt von Psychologinnen mit abgeschlossener Verhaltenstherapie–Ausbildung) auf die Rückfallshäufigkeit untersucht. Als Vergleichsgruppe diente eine Bibliothherapie–Gruppe (BT, Buch „Sturzfliegen“ von Vasak & Katschnig) mit 3 Gruppensitzungen zu je 90 Minuten, durchgeführt von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Nach sechs und neun Monaten gab es für beiden Gruppen Booster–Sitzungen, in der KPT–Gruppe gab es zusätzlich eine Angehörigengruppe über acht Stunden. 12 Monate nach Beginn erfolgte eine Nachuntersuchung durch FachärztInnen, die bezüglich Gruppenzuteilung verblindet waren.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 100 Patienten und Patientinnen behandelt, 52 in der KPT–Gruppe und 48 in der BT–Gruppe. 12 Monate nach Beginn der Studie schnitten die Patienten/Patientinnen der KPT–Gruppe in der Globalbeurteilung nach CGI (Clinical Global Impression Scale) signifikant besser ab als die der BT–Gruppe. In beiden Gruppen zeigt sich eine signifikante Reduktion der Anzahl der Krankheitsepisoden (in der BT–Gruppe allerdings nur für manischen Episoden) und der Anzahl und Dauer stationärer Krankenhausaufenthalte. Weiters konnten in beiden Gruppen positive Auswirkungen auf Krankheitskonzepte (nach der Krankheitskonzeptskala von Linden: mehr Medikamentenvertrauen, mehr Arztvertrauen, Reduktion idiosynkratischer Annahmen über die

Krankheit) und eine Reduktion psychosozialer Beeinträchtigungen (Sheehan-Skala in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Familie) gezeigt werden.

Schlussfolgerungen

Beide Interventionen sind wirksam in der Vorbeugung manischer Episoden, während nur die kognitiv-psychoedukative Therapie auch einen Einfluss auch auf die Verhinderung depressiver Episoden sowie insgesamt eine höhere Wirksamkeit zeigte.

2.1.3 Wirksamkeit eines ambulanten, verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsprogrammes: Eine Wartelistenkontrollgruppen-Studie

Alexandra Schosser, Nina Pintzinger, Verena Knogler, Vivian Kirnbauer, Gerhard Lenz, Rafael Rabenstein (Zentrum für seelische Gesundheit Leopoldau)

Die medizinische Rehabilitation psychischer Störungen besteht in Österreich seit 2002, wobei mit dem „Zentrum für seelische Gesundheit LEOpoldau“ im Jahr 2010 die erste ganztags-ambulante Einrichtung für medizinische Rehabilitation psychischer Erkrankungen in Österreich eröffnet und bis 2013 gemeinsam mit der Pensionsversicherungsanstalt als Pilotprojekt geführt und umfassend evaluiert wurde. Das sechswöchige multimodale Rehabilitationsprogramm hat einen störungsspezifischen, verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist eine bestmögliche (Re)-Integration in das berufliche und soziale Umfeld der Betroffenen. In der vorliegenden Wartelistenkontrollgruppen-Studie soll die Wirksamkeit einer ambulanten psychiatrischen Rehabilitationsbehandlung mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt zusätzlich überprüft werden.

Von Oktober 2010 bis Dezember 2013 nahmen insgesamt 2.365 Patienten/Patientinnen eine sechswöchige ganztags-ambulante psychiatrische Rehabilitationsbehandlung im Zentrum für Seelische Gesundheit LEOpoldau in Anspruch und füllten zu drei Zeitpunkten Fragebögen aus: (1) Vorkontakt (Informationsgespräch) vor Rehabilitationsantritt, (2) Aufnahmezeitpunkt und (3) Entlassungszeitpunkt. In die vorliegende Wartelistenkontrollgruppen-Studie wurden all jene Patienten/Patientinnen eingeschlossen, die zwischen 42 und 48 Tage auf den Beginn der Behandlung warteten ($n=170$), sodass die Wartedauer mit der sechswöchigen Behandlungsdauer vergleichbar war. Aus den verbleibenden 2.195 Patienten/Patientinnen wurden randomisiert weitere 170 Personen ausgewählt, deren Daten als Interventionsgruppe herangezogen wurden. Die allgemeine Symptombelastung wurde mittels BSI (Brief Symptom Inventory), die Depressivität mittels BDI (Beck Depression Inventory) und die Lebensqualität mittels WHOQOL-BREF (WHO Quality of Life BREF) untersucht. Die Erhebungen erfolgten in der Wartelistenkontrollgruppe zum Zeitpunkt des Vorkontaktes vor Rehabilitationsantritt und sechs Wochen später zum Zeitpunkt der Aufnahme. In der Interventionsgruppe erfolgten die Erhebungen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt.

Die Datenanalysen wurden mit der statistischen Software SPSS (Version 19.0) durchgeführt, wobei in die Analysen nur vollständig ausgefüllte Fragebögen einbezogen wurden. Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha < 0,05$ festgelegt.

Sowohl im Vergleich zwischen Wartelistenkontrollgruppe und Interventionsgruppe als auch innerhalb der Interventionsgruppe zeigten sich zum Entlassungszeitpunkt signifikante Verbesserungen in Hinblick auf die allgemeine Symptombelastung, die depressive Symptomatik und die Lebensqualität.

Die Spezifität der österreichischen Versorgungslandschaft im internationalen Kontext lässt Vergleiche mit anderen Angeboten zwar nur eingeschränkt zu, doch zeigt die Reduktion der allgemeinen Symptombelastung ähnliche Werte wie eine Meta-Analyse der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland (MESTA-Studie, Steffanowski et al. 2006). Im Vergleich zu stationären psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen (Haberfellner et al. 2008, Senft/Klautzer 2011) zeigen sich in der vorliegenden Studie im Hinblick auf die allgemeine Symptombelastung sogar höhere Effektstärken.

Dies ist die erste kontrollierte Untersuchung zur Erfassung der Wirksamkeit eines multimodalen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogrammes. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die Maßnahme zu einer deutlichen Reduktion der Symptombelastung führt, was als Wirksamkeitsnachweis interpretiert werden kann.

Literatur:

Haberfellner, E.M.; Jungmayr, J.; Grausgruber-Berner, R.; Grausgruber A. (2008): Stationäre medizinische Rehabilitation mit psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankungen – eine katamnestiche Studie. *Rehabilitation*; 47:1–8.

Senft, Birgit (2011): Qualitätsbericht – Reha-Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt.
www.seelischereha.com

Steffanowski, A; Löschmann, C; Schmidt, J, Wittmann, W, Nübling, R. (2006): Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie). Bern, Huber

2.1.4 Österreichische Wirksamkeitsstudie zu Katathym Imaginativer Psychotherapie und Hypnose-Psychotherapie: Erste Ergebnisse nach einem Jahr

Svenja Taubner (AAU Klagenfurt), Heidi Möller (Univ. Kassel) und Christian Sell (Univ. Kassel)

Wir möchten Ihnen eine Studie vorstellen, die aktuell durchgeführt wird als Kooperation zwischen dem psychologischen Institut der Universität Kassel, dem Institut für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt und der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und Allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP). Die Studie untersucht die Wirksamkeit von ambulanten tiefenpsychologischen Psychotherapiemethoden in Österreich, genauer der „Katathym Imaginativen Psychotherapie“ (KIP) (vgl. Leuner 1994; Dieter 2011) und der „Hypnosepsychotherapie“ (HY)⁸ (vgl. Harrer 2008; Kanitschar 2009). Eine ursprünglich in diesem Rahmen ebenfalls geplante Untersuchung der Wirksamkeit der „Autogenen Psychotherapie“ konnte leider aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht realisiert werden.

Zur bisherigen Studienlage

Für die KIP wurden von Wietersheim, Wilke, Röse und Meder (2003) gute bis sehr gute Effekte in Bezug auf Symptombelastung und Lebenszufriedenheit gefunden. Die Robustheit dieser Ergebnisse wird allerdings durch die – insbesondere für die späteren Messzeitpunkte – niedrigen Fallzahlen eingeschränkt. Zusätzlich existiert eine Reihe von Einzelfallstudien (z. B. Wilke 1982; Esplen et al. 1998), welche sich jedoch vor allem auf kürzere Behandlungen von weniger als 25 Stunden beziehen. Zur Hypnose als psychotherapeutische Methode im Sinne der Hypnotherapie nach Milton Erickson liegt eine Reihe von kontrollierten Untersuchungen vor. Wie Revenstorf und Kollegen (2003) zeigen, liefern diese Studien Belege für eine gute bis sehr gute Wirksamkeit des Verfahrens, vor allem bei Angst-, Schmerz- und Suchterkrankungen. Für die Hypnosepsychotherapie in der in Österreich praktizierten Form – als Zusammenführung von Hypnotherapie und Hypnoanalyse – existieren hingegen bislang keine systematischen Untersuchungen.

Studiendesign & Methoden

Die aktuelle Studie ist als prospektive, naturalistische Längsschnittstudie konzipiert. Sie hat den Anspruch, Aussagen zur Wirksamkeit der beiden Methoden, wie sie in der österreichischen

8

KIP und HY zählen zu den staatlich anerkannten wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in Österreich mit derzeit 480 Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die in der ‚PsychotherapeutInnenliste‘ des Bundesministeriums für Gesundheit (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>) mit der Zusatzbezeichnung KIP eingetragen sind, und 99 mit HY als Zusatzbezeichnung. Daneben arbeitet eine größere Anzahl von Psychotherapeuten/-therapeutinnen mit KIP bzw. HY, die über die Übergangsregelung eingetragen wurden.

Versorgungsrealität tatsächlich durchgeführt werden, zu machen. Die Rekrutierung der Patienten und Patientinnen erfolgte in Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten/-therapeutinnen in Österreich. Während einer Rekrutierungsphase von einem Jahr wurden Patienten und Patientinnen, die eine neue Therapie begannen, von ihren Therapeutinnen/Therapeuten auf die Studie angesprochen. Neben der informierten Patienteneinwilligung waren die Einschlusskriterien wie folgt: Alter zwischen 18 und 65 Jahren, keine psychotische Erkrankung und keine Suchterkrankung im Vordergrund, keine schwere neurologische Erkrankung, mindestens eine F-Diagnose nach ICD-10, ausreichende Deutschkenntnisse zum Verständnis der Fragebögen. Die Patienten/Patientinnen erhielten den Eingangsfragebogen sowie Informationen über die Studie direkt von den behandelnden Therapeutinnen/Therapeuten. Alle weiteren Fragebögen erhielten sie per Post direkt von uns. Die Rücksendung erfolgte in beiden Fällen im verschlossenen Umschlag an die Studienleitung ohne Umweg über die Therapeutinnen und Therapeuten.

Die Gesamtstudiendauer für jede Patientin / jeden Patienten beträgt 2,5 Jahre. Entsprechend variieren die Katamnese-Zeiträume zwischen je nach Dauer der einzelnen Behandlung. Eine ausführliche Messung erfolgte zu Beginn der Behandlung, bei Ende der Behandlung und nach 2,5 Jahren. Bei diesen Messungen wurden die folgenden Instrumente eingesetzt: Brief Symptom Inventory (BSCL; Franke 2000), Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ; Gräfe et al. 2004), Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV; Doering et al. 2007), Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP; Horowitz et al. 2000), Kurzform des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation (IPO-16; Zimmermann et al. 2013), Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZM; Huber et al. 1988, Henrich & Herschbach 2000) und die Psychological Mindedness Scale (PMS-D; Taubner & Huber 2012). Weiters wurden soziodemographische und gesundheitsökonomische Daten erhoben. Zusätzlich zur Selbsteinschätzung wurden die Patienten/Patientinnen auch im Sinne der Clinical Global Impression (CGI; Guy, 2000) und des Globalen Funktionsniveaus (GAF; APA, 2000) fremdeingeschätzt. Eine weniger umfangreiche Verlaufsmessung erfolgt alle 6 Monate. Hierin fanden sich ebenfalls die BSCL und die Kurzform des Working Alliance Inventory (WAI-SR; Wilmers et al. 2008).

Stichprobe

Die Gesamtstichprobe zu Beginn der Behandlungen (T1) umfasste 300 Patienten und Patientinnen, 177 für KIP und 123 für HY. Nach sechs Monaten (T2) befanden sich noch 183 Personen in der Studie, 115 für KIP und 68 für HY. Nach einem Jahr (T3) sind es 150 Personen, 94 für KIP und 56 für HY. Die Anzahl der behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen betrug 72 (51 für KIP, 21 für HY). Die Patienten/Patientinnen sind zu 93,7 Prozent österreichische Staatsbürger/innen und im Mittel 37,2 Jahre alt (SD = 13,1). 70,3 Prozent sind weiblich, 28,7 Prozent männlich. 27,3 Prozent gaben als höchsten Schulabschluss ein Hochschulstudium an, 28,7 Prozent die Matura, 18,7 Prozent einen Fachschul- und 19 Prozent einen Pflichtschulabschluss. 53 Prozent sind verheiratet oder leben in fester Partnerschaft, 30 Prozent sind ledig und 14 Prozent sind geschieden oder leben getrennt.

Gemäß den mittels PHQ ermittelten Diagnosen kommen depressive Störungen mit 46,3 Prozent in der Stichprobe am häufigsten vor. 36 Prozent erfüllen die Kriterien einer Angst- oder Panikstörung, 28,3 Prozent die Kriterien einer somatoformen Störung. Bei 16,3 Prozent ist von einer

Alkoholabhängigkeit zu sprechen, bei 10,6 Prozent von einer Essstörung. Laut ADP-IV erfüllten insgesamt 23,7 Prozent der Patientinnen/Patienten die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, wobei die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (8,6 %) und die Borderline-Störung (10,1 %) am häufigsten sind.

Fragt man nach der Belastung der Patientinnen/Patienten bei Therapiebeginn (T1), ergibt sich ein gemischtes Bild. In Bezug auf die Symptombelastung gemäß BSCL sind die Patientinnen/Patienten in der Stichprobe ($M = 1.04$, $SD = .72$) deutlich stärker belastet als die Allgemeinbevölkerung ($M = .30$, $SD = .31$), ebenso in Bezug auf die Lebenszufriedenheit gemäß FLZ (Stichprobe: $M = 3.39$, $SD = 4.40$; Normstichprobe: $M = 8.74$, $SD = 4.81$). Hinsichtlich interpersoneller Probleme (IIP, Stichprobe: $M = 1.37$, $SD = .59$; Normstichprobe: $M = 1.23$, $SD = .50$) und Persönlichkeitsorganisation (IPO-16, Stichprobe: $M = 2.06$, $SD = .56$; Normstichprobe: $M = 1.87$, $SD = .62$) finden sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zur Normalpopulation. Im Mittel hatten die Patientinnen/Patienten pro Jahr 23,2 Krankenstandstage (Bevölkerungsdurchschnitt = 12,8 Tage) und 12,1 Arztbesuche (Bevölkerungsdurchschnitt = 7,0). 42,5 Prozent geben an, unter mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden (Bevölkerungsdurchschnitt: 27,4 %). Insgesamt finden sich damit in der Stichprobe relativ wenig sehr schwer gestörte Patientinnen/Patienten, aber sehr wohl solche, die sowohl dem subjektiven Empfinden nach als auch mit Blick auf den Konsum medizinischer Leistungen stark belastet sind.

Erste Ergebnisse nach einem Jahr

Die hier vorgestellten ersten Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die weniger umfangreichen Verlaufsmessungen, bis dato liegen also nur Daten zur Symptombelastung vor. Die Veränderungen im Gesamtwert des BSI über die ersten drei Messzeitpunkte wurden im Rahmen eines Mehr-Ebenenmodells mit Hilfe der Maximum-Likelihood-Methode geschätzt. Die Symptombelastung (BSI) der Patienten/Patientinnen verbesserte sich signifikant im Zeitverlauf zwischen drei Messzeitpunkten, $F(1, 355) = 49,45$; $p < 0,001$. Für die Veränderung von T1 zu T3 ergibt sich für KIP eine Effektgröße von $d = 0,69$ und für HY $d = 0,71$.

Die Interaktion von Messzeitpunkt und Therapiemethode konnte keine signifikante Veränderung in der Symptombelastung vorhersagen, $F(1, 355) = 0,17$; $p = 0,84$, ebensowenig die Interaktion von Messzeitpunkt und dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, $F(2, 355) = 0,76$; $p = 0,46$. Die Beziehung zwischen Messzeitpunkt und Symptombelastung variierte signifikant zwischen den einzelnen PatientInnen in Bezug auf die Achsenabschnitte/ Eingangswerte, $\text{Var}(\mu) = 0,25$, $\text{Wald } Z = 8,63$, $p < 0,001$.

Diskussion, Limitationen & Ausblick

Aus den bisherigen Ergebnissen kann gefolgert werden, dass KIP und HY unter den realen Bedingungen des österreichischen Versorgungssystems eine gute Wirksamkeit in Bezug auf die Symptombelastung der Patienten/Patientinnen haben. Unterschiede zwischen beiden Methoden, sowie zwischen Patienten/Patientinnen mit und ohne Persönlichkeitsstörung sind dabei nicht festzustellen. Zur Beurteilung der Größe des Effekts kann gesagt werden, dass die Patienten/

Patientinnen nach einem Jahr Behandlung innerhalb einer Standardabweichungen von 1,5 der nicht-klinischen Normstichprobe (Frank 2000) liegen. Allerdings berichtet Shedler (2010) aus Meta-Studien zu psychodynamischen Kurzzeittherapien eine nicht unerheblich höhere mittlere Prä-Post-Effektstärke von 0,97 für die Verbesserung auf der Symptomebene. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Patienten und Patientinnen in der vorliegenden Studie bereits zu Beginn der Behandlung weniger schwer gestört waren als jene anderer naturalistischer Studien (vgl. Leichsenring, Rabung & Leibing 2006) – entsprechend sind auch die erwartbaren Verbesserungen in der vorliegenden Stichprobe geringer.

Als Limitationen der Studie sind allgemein das Fehlen einer Kontrollgruppe, die beträchtliche Dropout-Rate sowie die Heterogenität der Stichprobe zu nennen. Der jetzige Stand der Auswertung erlaubt des Weiteren noch keine Berücksichtigung der Dosis-Wirkungsbeziehung in den Therapien und keine Mitmodellierung der Therapeutenperson.

Literatur

Shedler, J. (2010): The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In: *American Psychologist* 65/2:98–109

2.1.5 Forschungsprojekt Evaluation der Logotherapie und Existenzanalyse: Erste Ergebnisse

Otmar Wiesmeyr et al. (ABILE, Universität Osnabrück)

Forschungsprojekt in Kooperation mit der Universität Osnabrück: Kuhl , Ritz-Schulte

Der Wirkfaktorenansatz von Grawe (Klärung, Problembewältigung, Ressourcenorientierung und Problemaktualisierung), das Drei-Ebenen-Modell nach Sachse (Inhaltsebene, Bearbeitungsebene, Beziehungsebene), die PSI-Theorie von Kuhl und die vielschichtigen Konzepte der Existenzanalyse und Logotherapie trugen wesentlich zur inneren und inhaltlichen Strukturierung der folgenden Fragestellung bei.

Fragestellung

Lassen sich spezifisch logotherapeutische und psychotherapeutische Haltungen und Interventionen bei Therapeuten/Therapeutinnen, die am ABILE ausgebildet wurden, in Psychotherapien mit Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen identifizieren, die auf spezifisch logotherapeutische und psychotherapeutische Kompetenzen schließen lassen?

Untersuchungsdesign

Bei der Untersuchung handelt es sich um ein mehrfaktorielles und multivariates quasi-experimentelles Design mit Messwiederholungen. Die Datenerhebung wurde mit standardisierten Online-Befragungen und Tests vorgenommen. Als Kontrollgruppen dienten durchgeführte Studien mit Gesprächspsychotherapien und Verhaltenstherapien sowie Psychotherapien bei spezifischen (Persönlichkeitsstörungen) und unspezifischen psychischen Störungen.

Stichprobe

Alle Psychotherapeuten/-therapeutinnen absolvierten am ABILE die methodenspezifische Ausbildung in „Existenzanalyse und Logotherapie“. Bis auf einen Therapeuten, der in einer Nachsorge-Einrichtung angestellt ist, arbeiten alle in freier Praxis, wovon eine einen Forschungsschwerpunkt hat. Alle Patienten/Patientinnen sind bei Psychotherapeuten/-therapeutinnen in Behandlung, die am ABILE ausgebildet wurden. Die bisher erhobenen Daten beziehen sich auf eine derzeit noch geringe Therapeutenanzahl (6 bis 13) und Patientenanzahl (8 bis 12), was mit den verschiedenen Fragebögen und unterschiedlichen Rücklaufquoten sowie Messdaten in Zusammenhang steht.

Aufgrund der Datenlage kann diese Untersuchung als Pilotstudie eingestuft werden und erlaubt vorerst nur eine beschreibende Statistik. Drei Therapien, die eine beachtliche Rücklaufquote der Stundenbögen bei den Patienten/Patientinnen (5/12/15) und Therapeuten/Therapeutinnen

(14/16/15) während einer Therapiedauer von acht bis zwölf Monaten erreichten, sollen daher exemplarisch dazu beitragen, mögliche Tendenzen und Hypothesen hinsichtlich der Fragestellung zu erkunden, die in einer nachfolgenden repräsentativen Untersuchung mittels Signifikanztests überprüft werden sollen.

Zusammenfassung, kritische Überlegungen und Ausblick

Die Kooperation mit der Universität Osnabrück erwies sich insbesondere hinsichtlich ihrer differenzierten und interaktionalen Persönlichkeitstheorie von Kuhl als wertvoller Impuls, der zur Klärung und Operationalisierung methodenspezifischer Begriffe anregte und die Bedeutung von Emotionen für die Existenzanalyse und Logotherapie verdeutlichte. Die umfassende Persönlichkeitsdiagnostik zeigte neue Perspektiven und Anwendungsmöglichkeiten auf, wobei sich insbesondere die Selbststeuerungsdiagnostik als besonders kompatibel mit der ressourcenorientierten Diagnostik der Existenzanalyse und Logotherapie erwies. Insbesondere für die Entwicklung von weiteren Therapiezielen und die Installation eines Warnsystems bei krisenhaften Therapieverläufen erwies sich dieser Ansatz als innovativ.

Dass diese komplexen und aufwändigen Untersuchungsverfahren nicht immer ergebnisorientiert verwendet wurden und daher die erhobenen Daten nicht die erwartete Homogenität und Qualität haben, hängt auch mit der ethisch-humanen Ausrichtung der Existenzanalyse und Logotherapie zusammen, die die Therapie über Evaluationstechniken stellt.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass methodenspezifische Merkmale, die auf logotherapeutische Therapeutenkompetenz schließen lassen, insbesondere die Ressourcenaktivierung mit den Schwerpunkten Humor und Lachen, Sinn entdecken sowie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung betreffen, wobei diesbezügliche Hypothesen noch geprüft werden müssen.

Die Berücksichtigung der Patientenvoraussetzungen, die Vermeidung von Überforderungssituationen bei Patienten/Patientinnen und differenzierte Vorgehensweisen bei bestimmten psychischen Erkrankungen beziehen sich ebenfalls auf Hinweise aus den bisherigen Daten und betreffen die Klärungs- und Bewältigungskompetenz von Therapeuten/Therapeutinnen, die ebenfalls noch weiter beforscht werden sollen. Höhere Patienten- und Therapeutenbeteiligung bildet dafür eine wesentliche Voraussetzung.

Das Einbeziehen von Leitfadeninterviews könnte zur weiteren inhaltlichen Klärung und zum vertieften Verstehen von Haltungen, Interventionen und der damit in Zusammenhang stehenden Therapeutenkompetenzen beitragen. Erste Transskripte bestätigen diesen qualitativen Ansatz.

Literatur

Rossi, P.H.; Freeman, H.E. & Lipsey, M.W. (1999): Evaluation (6th ed.). London: Sage.

Frankl, V.E. (1986): Psychotherapie in der Praxis. München Zürich: Piper

Ritz-Schulte, Gudula; Schmidt Pamela; Kuhl, Julius. Persönlichkeitsorientierte Psychotherapie (2008): Göttingen: Hogrefe

Wiesmeyr, Otmar; Batthyany, Alexander (Hrsg) (2006): Sinn und Person. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Affiliation

Prof. Dr. Otmar Wiesmeyr, Kaiser Josef Platz 52, 4600 Wels, abileinstitut@aon.at

2.2 Session 2: Wirkung und Wirksamkeit stationärer Psychotherapie

Moderation: Michael Wieser

2.2.1 Wirksamkeitsevaluierung an der Abteilung für stationäre Psychotherapie am Landeskrankenhaus Mauer

Mayringer et al. (Landeskrankenhaus Mauer)

In der psychiatrischen Abteilung für Stationäre Psychotherapie am Landeskrankenhaus Mauer werden mehrwöchige stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Therapieprogramme an drei Stationen und einer Tagesklinik für unterschiedliche psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder angeboten. Die Behandlungsdauer variiert zwischen drei und zwölf Wochen, abhängig von den Krankheitsbildern, dem bisherigen Verlauf der Symptomatik und den damit einhergehenden psychosozialen Einschränkungen der Patienten/Patientinnen. Schwerpunkt des Therapieangebotes ist eine psychotherapeutische Behandlung, wobei methodenübergreifend und störungsübergreifend gearbeitet wird. Es kommen sowohl tiefenpsychologische als auch humanistische, systemische und verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz. Das Behandlungsteam ist multiprofessionell zusammengesetzt.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Datenanalyse einer Fragebogenstudie mit angestrebter Vollerhebung in einem klinisch-stationären Setting. In den Jahren 2002 bis 2011 wurden routinemäßig Patientendaten in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung erhoben. Alle Patienten/Patientinnen, die in dieser Zeit stationär aufgenommen wurden, bekamen am Ende ihres Aufenthaltes einen Fragebogen vorgelegt, der so wie die anderen zur Anwendung gekommenen standardisierten Fragebögen in Anlehnung an die Basisdokumentation in der Psychotherapie (PsyBaDo nach Henft und Senf) entwickelt wurde. Die Patienten/Patientinnen wurden über Sinn und Zweck der Erhebung vollständig informiert, die Teilnahme beruhte auf Freiwilligkeit. Zusätzlich erfolgte zu diesem Erhebungszeitpunkt eine Fremdeinschätzung durch das behandelnde Team. Im Zuge einer Follow-up-Erhebung fand zwölf Monate nach Therapieende eine weitere Fragebogenerhebung von Patientendaten (Selbstbeurteilung) auf postalischem Wege statt. Die Beurteilung wurde mit einer Frage je Problembereich anhand einer fünfstufigen Skala vorgenommen.

Eine Nachuntersuchung konnte aufgrund fehlender personeller Ressourcen nur in den Jahren 2002 bis 2008 durchgeführt werden.

Die Unbedenklichkeit der Studie in rechtlicher und ethischer Hinsicht wurde durch die Ethikkommission der Donau-Universität Krems mit positivem Beschluss geprüft.

Im Interesse der Qualitätssicherung wurden diese Daten vom Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit statistisch ausgewertet und zur Beantwortung verschiedener Fragen rund um die Wirksamkeit der multimodalen Behandlung aufbereitet.

Fragestellungen

1. Selbsteinschätzung: In welchen Problembereichen erlebten die Patientinnen/Patienten Veränderungen im Zuge der Therapie und wie zufrieden waren sie mit dem Ergebnis der Gesamtbehandlung? In welche Richtung gehen diese Veränderungen und wie stark sind sie?
2. Fremdeinschätzung: In welchen Problembereichen erlebten die Mitglieder des behandelnden Teams Veränderungen bei den Patientinnen/Patienten im Zuge der absolvierten Therapie und wie beurteilen sie das Ergebnis der Gesamtbehandlung? In welche Richtung gehen diese Veränderungen und wie stark sind sie?
3. Inwiefern unterscheidet sich Fremd- und Selbsteinschätzung hinsichtlich der Veränderungen in verschiedenen Problembereichen?
4. Mit welchen personen- und therapiespezifischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Behandlungsdauer) hängen wahrgenommene Veränderungen bei Selbst- und Fremdeinschätzung in verschiedenen Lebens- und Problembereichen zusammen?
5. Wie wurden einzelne Therapieangebote und Maßnahmen von Patientinnen/Patienten bewertet und mit welchen personen- und therapiespezifischen Faktoren hängen diese zusammen?
6. Gibt es Auffälligkeiten in der zeitlichen Entwicklung der Datenerhebung? Unterscheiden sich die wahrgenommenen Veränderungen in den verschiedenen Problembereichen oder die Bewertung verschiedener Maßnahmen je nach Erhebungsjahr?
7. Welche weiteren Veränderungen ergaben sich im ersten Jahr nach dem Klinikaufenthalt? Wie hat sich das psychische und körperliche Befinden entwickelt? Welche beruflichen und sozialen Entwicklungen haben sich seit dem Aufenthalt ergeben?

Ergebnisse

Am Ende der stationären Behandlung zeigten sich in der Selbsteinschätzung der Patienten und Patientinnen in allen erhobenen Bereichen statistisch signifikante Verbesserungen. Dies trifft sowohl auf die Veränderung des körperlichen und psychischen Befindens wie auch auf die Verbesserung hinsichtlich anderer psychosozialer und gesundheitsrelevanter Variablen zu. Die höchsten Verbesserungswerte zeigten sich in den Problembereichen „psychische Befindensstörung“, „allgemeines psychisches Wohlbefinden“ sowie „besseres Krankheitsverständnis“. Über neunzig Prozent der Befragten sind der Überzeugung, die Behandlung habe sich insgesamt gelohnt.

Auch das Behandlungsteam schätzte die Veränderungen bei den Patienten und Patientinnen zum Entlassungszeitpunkt ähnlich positiv ein. Die größten Erfolge des therapeutischen Programms wurden auch vom behandelnden Team in einer Verbesserung der „psychischen Befindensstörung“ und des „Krankheitsverständnisses“ gesehen. Aber auch alle anderen definierten Lebens-

und Problembereiche wurden überwiegend als durch die Therapie positiv beeinflusst wahrgenommen.

Die Selbst- und Fremdurteile zeigen einen durchwegs signifikanten Zusammenhang, der in den meisten Bereichen allerdings nur gering bis mittelmäßig ausgeprägt ist.

Personen- und therapiespezifische Faktoren spielen bei der Selbst- und Fremdbewertung eine nicht unwesentliche Rolle. So zeigten sich Unterschiede zwischen den Selbst und Fremdeinschätzungen der Therapie-Erfolge abhängig von der Diagnose und es wurde deutlich, dass auch die Dauer der Behandlung ein relevanter Faktor für eine positive Einschätzung des Therapie-Erfolges darstellt. Ausserdem zeigte sich die Tendenz, dass Frauen geringfügig stärkere Verbesserungen in verschiedenen Problembereichen wahrnahmen als Männer.

Bei der Betrachtung der subjektiven Behandlungseffektivität in der zeitlichen Dimension fällt auf, dass in allen Jahren und in sämtlichen Lebens- und Problembereichen gute Besserungen wahrgenommen wurden, die nur leichten zeitlichen Schwankungen unterlagen.

Ein Jahr nach Therapieende konnten die zum Entlassungszeitpunkt bereits erzielten Verbesserungen bei der an der Nachuntersuchung teilnehmenden Patientengruppe (44,4 % der Gesamtstichprobe) sogar noch weiter ausgebaut werden, v. a. in den Bereichen „psychische Befindensstörung“ und „körperliche Befindensstörung“. Auch zeichneten sich positive Entwicklungstendenzen im sozialen Umfeld und im beruflichen Bereich ab.

Bei vier bis fünf Prozent der Patienten/Patientinnen ist es gelungen, sie soweit zu stabilisieren, dass sie mit ihrem Leben wieder weitgehend zurechtkommen und kein weiterer Klinikaufenthalt wegen derselben Symptomatik im ersten Jahr nach Entlassung aus dem stationären Setting erfolgte.

2.2.2 Psychotherapiemotivation und Therapieerfolg in der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation

Birgit Senft und Thomas Platz (Reha-Klinik für seelische Gesundheit in Klagenfurt)

Psychotherapiemotivation wird als Prädiktor für Therapieerfolg gesehen und drückt sich nach Nübling (1992) durch Leidensdruck, geringen sekundären Krankheitsgewinn, Reflexionsfähigkeit, eine aktive Einstellung, geringe Angst vor negativen Konsequenzen, Wissen über Therapie sowie Hoffnung und Optimismus aus. Er sieht gering motivierte oder unmotivierte Patienten und Patientinnen als Herausforderung für die stationäre psychosomatische Rehabilitation. Hubble, Duncan & Miller (2001) betonen den Einfluss von Hoffnung und positiven emotionalen Reaktionen auf den Behandlungserfolg, die durch enttäuschende eigene Problemlösungsversuche vermindert sein können. Die Wirksamkeit von Placebos resultiere auch aus den Erwartungen auf Besserung, wodurch es zu frühen behandlungsbezogenen Effekten komme – schon bevor eine Psychotherapie begonnen hat.

In Innsbruck wurde die Wirksamkeit einer bis zu sechswöchigen prä-therapeutischen Phase überprüft. Es zeigten sich eine gesteigerte Therapiemotivation und bessere therapeutische Beziehung sowie eine höhere Zufriedenheit mit dem Outcome, die Einschätzungen der Patientinnen und Patienten fielen jedoch positiver aus als jene der Therapeuten/Therapeutinnen (Rumpold et al. 2005). Nach Schmitz-Buhl et al. (1999) korreliert die Therapiemotivation positiv mit einem multiplen Ergebniskriterium, aber nicht linear mit dem Aufwand. Eine eigene Vorstudie hat keinen prädiktiven Wert eines Psychotherapiemotivationsfragebogens ergeben (Platz & Senft 2009).

Im Rahmen der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit und Prävention wird psychotherapeutische Behandlung im Gruppen- und Einzelsetting angeboten. Standardmäßig werden die Psychotherapiemotivation mittels PATHEV (Schulte 2005), die Symptombelastung prä und post mittels Brief Symptom Inventory BSI (Franke 2002) und die Zufriedenheit u. a. mittels Helping Alliance Questionnaire HAQ (Bassler et al. 1995) erhoben. Vor Reha-Beginn werden keine Gespräche mit den Rehabilitandinnen/Rehabilitanden geführt, ein großer Teil hat noch keine psychotherapeutische Vorbehandlung.

Bei der Aufnahme zeigt sich, dass mit einer höheren Symptombelastung im BSI weniger Hoffnung auf Besserung und mehr Furcht vor Veränderung einhergehen; mit der Skala ‚Passung‘ zeigt sich kein Zusammenhang ($N=3,377$). Bei Entlassung zeigt sich eine signifikant höhere Zufriedenheit mit der Beziehung als mit dem Therapieerfolg im Ausmaß eines großen Effekts, die beiden Variablen hängen mittelstark zusammen. Je höher die Hoffnung auf Besserung bei Therapiebeginn ausgeprägt ist, desto höher fällt die Erfolgsszufriedenheit aus ($r_{\text{Spearman}}=0,263$). Die Ausgangsbelastung hängt nicht mit der Beziehungszufriedenheit zusammen, aber mit einer höheren Belastung bei Reha-Beginn geht eine geringere Erfolgsszufriedenheit einher ($r_{\text{Spearman}}=-0,341$).

Für die Symptomreduktion wurde eine Differenz im BSI zwischen Aufnahme und Entlassung berechnet, die keinen Zusammenhang mit den Skalen zur Therapie-Erwartung zeigt. Auch zwischen der Symptomreduktion und Beziehungszufriedenheit zeigt sich kein relevanter Zusammenhang. Je stärker die Symptomreduktion ausgefallen ist, desto höher ist auch die Erfolgsszufriedenheit im HAQ.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Schwere der Symptombelastung bei Therapiebeginn einen Einfluss auf die Erwartungen der Patientinnen und Patienten hat, deshalb sollte dieser Aspekt im therapeutischen Setting nicht völlig außer Acht gelassen werden. Diese Ausgangsbelastung korreliert zwar nicht mit der Beziehungszufriedenheit, allerdings fällt bei hoher Belastung die Erfolgsszufriedenheit geringer aus. Die Beziehungszufriedenheit fällt ausgesprochen hoch aus, unabhängig vom Ausmaß der Symptomreduktion. Vergleicht man die Ergebnisse mit Ergebnissen deutscher Psychotherapiestudien (Bassler et al. 1995), zeigt sich eine deutlich geringere Zufriedenheit der Rehabilitanden/Rehabilitandinnen mit dem Erfolg. Mehr als krankheitsbezogene Variablen determiniert der berufliche Status (Rentenbegehren/-bezug, Arbeitslosigkeit, Berufstätigkeit) die Motivation und den Erfolg der Rehabilitation.

Zusammenfassung

Stärker belastete Patientinnen und Patienten weisen einen höheren Grad an Resignation und Erschöpfung – und damit verbunden eine geringere Therapiemotivation – auf. Kanfer et al. (2006) betonen die Wichtigkeit der Motivation durch die Reduktion von Demoralisierung und Resignation als Baustein der Therapie. Eigene Problemlösungsstrategien haben vermutlich noch nicht zum gewünschten Erfolg geführt, dies stellt einen nicht zu unterschätzenden Prädiktor für Motivation und aktive Beteiligung dar (Peters et al., 2000).

Bei Rentenbegehren können sich Patienten/Patientinnen aus nachvollziehbaren Gründen nicht besser in Passung und Rehabilitationserfolg präsentieren, diese Annahme ist aus dissonanztheoretischer Perspektive verstehbar (Schmitz-Buhl et al. 1999). Es besteht kein Zusammenhang zwischen Alter und Therapiemotivation. Eigene vorhergehende Berechnungen wurden widerlegt, geringe negative Zusammenhänge zwischen Symptombelastung bei Reha-Beginn und Motivation bestehen.

Psychotherapeutische Ansätze können die Entwicklung des Auswegdenkens in Richtung auf ein gewünschtes Ziel fördern, dabei sind schulenspezifische Unterschiede nicht zu erwarten (Hubble et al. 2001). Den Patientinnen und Patienten Hoffnung zu vermitteln sehen wir (ein multiprofessionelles Team) als eine der zentralen Aufgaben in der Reha-Klinik. Erzielte Erfolge sind dabei auf das Zusammenwirken unterschiedlicher Behandlungsansätze zurückzuführen, die sich gegenseitig ergänzen; eine isolierte Betrachtung der Wirkung von Psychotherapie ist in diesem Setting nicht möglich. Die Ergebnisse können entlastend für das Behandler-team und für das Qualitätsmanagement einer Klinik sein.

Literatur

- Angermeyer, M.; Kilian, R. & Matschinger, H. (2000): WHOQOL – 100 und WHOQOL – BREF. Handbuch für die deutschsprachig. Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Bassler, M.; Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995): Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691–729.
- Franke, G. H. (2000). BSI Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL–90–R) – Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.
- Hubble, M. A.; Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.): (2001). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Modernes Lernen.
- Kanfer, F. H.; Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006): Selbstmanagement–Therapie (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Peters, M. von; Lange, C. & Radebold, H. (2000): Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik – Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46 (3), 259–272.
- Platz, T. & Senft, B. (2009): Kann die Psychotherapiemotivation im Kontext stationärer psychiatrischer Rehabilitation prädiktiv erhoben werden? *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 10 (2), 78–83.
- Rumpold, G.; Doering, S.; Smrekar, U.; Schubert, C.; Koza, R.; Schatz, D. S. et al. (2005): Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation–enhancing phase among psychotherapy out–patients. *Psychotherapy Research*, 15 (1–2), 117–127.
- Schmitz–Buhl, S.; Kriebel, R. & Paar, G. H. (1999): Zeitsensitive Therapie: Zusammenhänge zwischen Therapiedauer, Therapiemotivation, Beschwerdenstärke und Behandlungserfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 45, 21–27.
- Schneider, W. & Basler, H.–D. & Beisenherz, B. (1989): FMP Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Weinheim: Beltz.
- Schulte, D. (2005): Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (3), 176–187.
- Senft, B. (2013): Therapieziele in der Evaluation medizinisch–psychiatrischer Rehabilitation. Effekte eines Therapieziel–Inventars sowie Zusammenhänge der Zielerreichung mit Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität. Dissertation, Alpen–Adria–Univ. Klagenfurt.

2.2.3 Evaluierung der Behandlung von psychosomatischen Patientinnen/Patienten

*Kurt Stastka, Ania Rosar, Roland Grassl, Christine Rohm und Henriette Löffler-Stastka
(Otto-Wagner-Spital Baumgartner Höhe, Medizinische Universität Wien)*

Hintergrund

Psychosomatische Krankheitsbilder stellen aufgrund ihres breiten Spektrums und der Häufigkeit ihres Auftretens eine Herausforderung an ihre Therapie dar.

Fragestellung

Mit dem Ziel, bestehende Therapiekonzepte zu verbessern, wurde die Fragestellung untersucht, ob eine achtwöchige stationäre Behandlung für psychosomatisch erkrankte Menschen in einer psychiatrischen Regionalabteilung mit Versorgungsauftrag eine Verbesserung beschriebener Beschwerden erbringt und ob patientenspezifische Prädiktoren Einfluss auf den Therapieerfolg haben.

Methoden

127 Patientinnen und Patienten mit ICD10: F4- und F3-Diagnosen wurden hotspot rekrutiert und in die naturalistische Studie inkludiert. Anhand eines prospektiven Studiendesigns wurden über strukturierte Interviews sowohl soziodemographische Daten als auch Daten mittels der Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R), dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D), dem Counter-Transference Questionnaire (CTQ) und dem Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) prä- und post-interventionell sowie in einer 6-Monatskatamnese erhoben und verglichen. Die statistische Analyse erfolgte mittels gepaarter T-Tests, Wilcoxon-Tests sowie einer binären Regressionsanalyse.

Ergebnisse

Im Prä-post-Vergleich konnte eine signifikante Reduktion der beschriebenen Beschwerden unmittelbar nach absolviertem Behandlungsturnus aufgezeigt werden ($p=0,000$; $d=0,49$), welche in der 6-Monatskatamnese an Intensität leicht nachließ. Diverse, den Therapieerfolg negativ beeinflussende Prädiktoren wurden beschrieben, wobei sich vor allem die Einnahme mehrerer Medikamente ($r=0,50$) und der Tod einer wichtigen Bezugsperson ($r=0,32$) als statistisch signifikant zeigte.

Schlussfolgerung

Da die untersuchte Intervention als erfolgreich anzusehen ist, kann aufgrund ausreichender Generalisierbarkeit der Ergebnisse eine stationäre Intensivtherapie im Rahmen psychosomatischer Erkrankungen als zukünftige Therapie-Empfehlung formuliert werden, wobei beachtet werden soll, dass patientenseitige Prädiktoren den Therapieerfolg vorhersagen können.

2.2.4 Wie ist die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie messbar? Studie am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital Wien

Sandra Weipert¹, Carole Sallermann², Manuela Fitz², Johanna Lackner², Reinhold Jagsch², Isabella Kalusch-Klug¹, Maria Theresia Rohrhofer¹, Waltraud Doppelhofer¹, Susanne Klimek¹, Angelika Rießland-Seifert¹

(¹ Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik, 1. Psychiatrischen Abteilung, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital, Wien; ² Institut für Angewandte Psychologie (Gesundheit, Entwicklung und Förderung) an der Psychologischen Fakultät Univ. Wien)

Im Folgenden werden Studienergebnisse vorgestellt, die die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie in der Versorgungspsychiatrie methodenübergreifend nachweisen können.

Am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik im Otto-Wagner-Spital Wien (ZPP) werden für Wiener Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen schweren psychiatrischen und psychosomatischen Störungsbildern mehrwöchige stationäre bzw. tagesklinische psychotherapeutische Behandlungen angeboten. Das Konzept ist methodenintegrativ, die Patientinnen und Patienten erhalten 15 bis 23 Stunden Einzel- und Gruppentherapie pro Woche.

Studiendesign

Es handelt sich um eine Wirksamkeitsstudie, bei der nach einer genauen Beschreibung der Stichprobe ein Prä-/Postvergleich durchgeführt wurde, um den Behandlungseffekt zu untersuchen. Ein Jahr nach Behandlungsabschluss wurden als dritter Schritt katamnestische Untersuchungsergebnisse erhoben, die zum Zeitpunkt des Vortrags noch nicht vorlagen.

In der vorliegenden Studie wurden zwischen 2011 und 2014 120 Patientinnen und Patienten untersucht. Ihr Alter lag zwischen 19 und 55 Jahren, 61,7 Prozent davon waren Frauen und 38,3 Prozent Männer. Die am ZPP behandelten Personen (Versuchsgruppe: VG) wurden mit einer Kontrollgruppe (KG) verglichen, die aus der Warteliste mit „treatment as usual“ bestand. Von den 120 Personen, die im ersten Teil der Studie insgesamt untersucht wurden, nahmen noch 88 an der zweiten Testung teil, davon 60 in der VG und 28 in der KG.

Die Tests wurden von Personen durchgeführt, die vom Behandlungsteam unabhängigen waren. Die Studie wird wissenschaftlich begleitet vom Institut für Angewandte Psychologie (Gesundheit, Entwicklung und Förderung) an der Psychologischen Fakultät Universität Wien.

Um die Behandlungsqualität zu untersuchen, erhielten die Patientinnen und Patienten folgende Testinstrumente:

- » Short-Form-Health-Survey (SF-36, Bullinger & Kirchberger, 1998)
- » Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II, Hautzinger, Keller & Kühner, 2006)
- » Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis & Melisaratos, 1983)
- » Kurzversion der Borderline Symptom Liste (BSL-23, Bohus et al., 2009)

Zusätzlich wurden ihnen ein demographischer Fragebogen (mit Angaben zu Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Partnerschaft) sowie ein Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) vorgelegt. Unabhängige Untersucher/innen führten eine Einschätzung der Patientinnen und Patienten mittels des Global Assessment of Functioning (GAF) durch.

Parallel dazu bewerteten die fallführenden Einzeltherapeuten/-therapeutinnen (Psychologen und Psychologinnen sowie Ärzte und Ärztinnen) verschiedene Patientencharakteristika mittels einer visuellen Analogskala (VAS) zu den Zeitpunkten der Prä- und Post-Testung.

Ergebnisse (exemplarisch)

Der **SF-36** misst mittels Selbstbeurteilung die gesundheitsbezogene Lebensqualität in acht Subskalen mit insgesamt 36 Items; diese werden zusammengefasst in zwei Summenscores (physisch und psychosozial). In der Studie zeigt sich eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität der behandelten Patientinnen/Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe für beide Summenskalen – bei stärkerer Ausprägung der Verbesserung bei der psychosozialen Lebensqualität, was dem psychotherapeutischen Behandlungsfokus entspricht.

Der **BDI- II** dient der Selbstbeurteilung der Schwere einer Depression (Werte 0–63). Wir fanden vor der Behandlung Mittelwerte um 30 (VG) bzw. 35 (KG), was einer schweren Depression entspricht. Im Verlauf nahm die Depressivität der behandelten Gruppe stärker ab (auf einen Mittelwert unter 20) als die der unbehandelten Gruppe (Mittelwert unter 30). Dies kann als signifikanter Nachweis der Wirksamkeit der Behandlung am ZPP in Bezug auf die depressive Symptomatik der Patientinnen/Patienten gewertet werden.

Beim **BSI** handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erfassung psychischer Belastungen. Der BSI ist die Kurzform der Symptom-Checklist-90 (SCL 90), bestehend aus 53 Items und neun Skalen und bildet den Gesamtwert des Global Severity Index (GSI). Untersucht werden hier: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. In der BSI-Prä-Testung gab es mit einer Ausnahme in allen Skalen keine signifikanten Unterschiede zwischen KG und VG. Die Ergebnisse der Post-Testung zeigen, dass es in der behandelten Gruppe zu einer deutlichen Reduktion der psychischen Belastung in allen Skalen kommt (auf Item-Ebene signifikante Verbesserungen in 39 von 53 Items), wohingegen die Kontrollgruppe nur minimale Verbesserungen bzw. in zwei Skalen sogar Verschlechterungen zeigt. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen sind deutlich und in den einzelnen Skalen hoch signifikant bzw. signifikant.

Um zu untersuchen, inwieweit die Schwere der Erkrankung – hier repräsentiert durch die Anzahl der Diagnosen – einen Einfluss auf den Behandlungseffekt hat, wurde die Behandlungsgruppe zu Auswertungszwecken in zwei Gruppen unterteilt. Bei der Betrachtung der Veränderung der BSI-Werte durch die Behandlung fiel auf, dass die weniger Kranken deutlicher profitieren als die schwerer Erkrankten.

Ergebnisse des **BSL-23** – ein Fragebogen, der die Symptombelastung von Borderline-Patienten/-patientinnen erfragt – konnten bei 39 Personen erhoben werden. Die Auswertung zeigte, dass die Behandlung fast eine Halbierung der Belastung in der VG erzielte.

Der **ZUF-8** enthält acht Items zur Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten mit der Behandlung. In dieser Skala konnten maximal 4 Punkte als Höchstwert erreicht werden. Alle Ergebnisse lagen bei 3 bis 3,5, d. h. die PatientInnen waren sehr zufrieden mit der Behandlung.

Visuelle Analogskalen wurden eingesetzt zur Beurteilung der Patienten/Patientinnen durch die Therapeuten/Therapeutinnen zu Beginn und zum Abschluss der Behandlung. Die Ergebnisse wurden mit den entsprechenden Items aus den verschiedenen Selbst-Rating-Skalen verglichen, es ergaben sich signifikante positive Korrelationen. Dies illustriert, dass nicht nur nach der Patientenselbsteinschätzung in vielen psychischen Funktionen signifikante Verbesserungen durch die Behandlung erreicht werden konnten, sondern dass sich diese positive Einschätzung des Behandlungseffekts mit der Beurteilung durch die Experten/Expertinnen deckt.

Der **GAF** ist ein einfaches psychologisches Testverfahren, das einen Überblick über die generelle Beeinträchtigung psychischer Funktionen gibt. Die in die Behandlung des ZPP kommenden Personen zeigten sich bei Aufnahme mit einem Durchschnittswert von 34,6 als schwer beeinträchtigt. Der Durchschnittswert bei der Entlassung ist immerhin um zehn Punkte auf 44,6 gestiegen, d. h. dass immer noch ernste Symptome vorliegen, aber bereits ein erheblicher Gewinn an Freiheit in der täglichen Lebensgestaltung der Patientinnen und Patienten erreicht werden konnte. Insgesamt ist dies als hoch signifikante Verbesserung zu interpretieren.

Zusammenfassung

- » Am ZPP des Otto-Wagner-Spitals in Wien wurde die Wirksamkeit stationärer und tagesklinischer Psychotherapie im Zeitraum von 2011 bis 2014 untersucht. Die Stichprobe umfasste zunächst 120 Patienten/Patientinnen, von denen 88 in die Zweit-Testung eingeschlossen werden konnten.
- » Signifikante Verbesserungen wurden in allen verwendeten Skalen sichtbar: GAF, SF-36, BDI-II, BSI, BSL-23 VAS. Es zeigten sich eine Abnahme der generellen psychischen Beeinträchtigung (GAF), ein Anstieg der physischen und psychischen Lebensqualität (SF 36), die Reduktion von Depression (BDI-II), eine Abnahme der allgemeinen psychischen Belastung (BSI), eine deutliche Reduktion von Borderline-Symptomatik (BSL-23) sowie eine hohe Zufriedenheit der Patienten/Patientinnen mit der Behandlung (ZUF-8) und eine positive Korrelation der Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolg (VAS) mit dem Selbstbeurteilungsergebnis der Patienten und Patientinnen.
- » Dies belegt, dass stationäre/ tagesklinische Psychotherapie, wie sie am ZPP durchgeführt wird, eine hochwirksame Behandlung für Patienten und Patientinnen mit schweren und komplexen psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen ist.

Affiliation

Sandra Weipert, Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik, 1. Psychiatrische Abteilung, Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital, Baumgartner Höhe 1, 1145 Wien. Email: sandra.weipert@wienkav.at

2.3 Session 3: Rolle der Therapeuten – therapeutische Beziehung

Moderation: Gerda Mehta

2.3.1 Interpersonelle Distanz und therapeutisches Outcome in der Behandlung der Depression

Omar Gelo (Universität Salento, Italien), Tiago Bento (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Österreich) und Elitsa Tilkidzhieva (ISMAI – Institute of Higher Education of Maia, Portugal)

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Überprüfung der Hypothese, dass die interpersonelle Distanz zwischen Patienten/Patientinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen ein negativer Prädiktor des therapeutischen Outcomes in der Behandlung der Depression ist.

Die Stichprobe bestand aus 60 ambulanten Psychotherapien (n=30 humanistische Therapien, n=30 kognitive Verhaltenstherapien) zur Behandlung von Depression. Daten über die therapeutische Beziehung wurden anhand des Working Alliance Inventory (WAI) für Patienten/Patientinnen (WAI-P) und für Therapeuten/Therapeutinnen (WAI-T) ein Mal pro Monat erhoben; der Outcome wurde anhand der Portugiesischen Versionen des Beck-Depression-Inventory-II (BDI-II), des Outcome Questionnaire-45 (OQ-45), der Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) und des Inventory for Interpersonal Problems (IIP) erfasst. Die interpersonelle Distanz wurde anhand eines Entropie-Algorithmus berechnet. Wachstumskurvenanalysen wurden dafür verwendet, den Zeitverlauf der interpersonellen Distanz zu modellieren. Anhand einer Regressionsanalyse war es möglich, den Zusammenhang zwischen dem Zeitverlauf der interpersonellen Distanz und dem Outcome zu bestimmen.

Die interpersonelle Distanz kann verschiedene Zeitverläufe aufweisen, die in unterschiedlichem Zusammenhang mit dem Outcome stehen können. Die klinischen Implikationen dieser Ergebnisse werden diskutiert.

Die therapeutische Allianz

Psychotherapie ist eine besondere Art sozialer Interaktion zwischen einem Patienten / einer Patientin und einer/einem Therapierenden; diese Interaktion wird auch „therapeutische Beziehung“ genannt. Nach Wampold und Budge (2012, in Druck) setzt sich die therapeutische Beziehung aus drei Hauptfaktoren zusammen: (1) eine reale (d. h. eine übertragungsfreie) Beziehung, (2) die Schaffung von Erwartungen über die Wirksamkeit der Behandlung und (3) die Teilnahme an bestimmten Handlungen. Der Begriff „therapeutische Allianz“ (auch „Arbeitsallianz“

genannt) bezeichnet – auf einer sehr allgemeinen Ebene – eine gute therapeutische Beziehung. Nach dem Modell von Wampold und Budge (2012) würde dies bedeuten: (1) eine übertragungs-freie, echte, authentische, offene und ehrliche Beziehung, (2) die Schaffung von positiven Erwar-tungen über die Wirksamkeit der Behandlung und (3) die Teilnahme an gesunden Handlungen.

Die klinische Relevanz der therapeutischen Allianz (TA) ist innerhalb der verschiedensten Psychotherapie-Schulen anerkannt (siehe Hentschel 2005a, 2005b für eine Übersicht).

Darüber hinaus hat die empirische Forschung zeigen können, dass die TA eine der stärksten Prädiktoren des therapeutischen Outcomes ist (Crits-Christoph et al. 2013). Also zählt sie zu den am meisten (und am wenigsten) empirisch belegten Wirkfaktoren der Psychotherapie.

Probleme in der empirischen Forschung

Die TA stellt ohne Zweifel ein interpersonelles Konstrukt dar. Bordin (1979) spricht von Über-einstimmung zwischen Patient/in und Therapeut/in in Zielen, Aufgaben und Bindung; diese Übereinstimmung wird manchmal als Kongruenz oder Konvergenz bezeichnet (Lichtenberg et al. 1998). Das würde bedeuten, dass Patient/in (P) und Therapeut/in (T) Kongruenz oder Konvergenz bezüglich ihrer therapeutische Beziehung aufweisen, wenn ihre subjektiven Wahrnehmun-gen der TA sehr ähnlich oder identisch sind; im umgekehrten Fall weisen sie Inkongruenz, Divergenz oder das, was wir interpersonelle Distanz nennen, auf. Idealerweise – d. h. in erfolgreichen Therapien – würden P und T am Anfang einer Behandlung eine bestimmte interpersonelle Distanz aufweisen, die sich dann aber über die Zeit verringern würde, da sie eine gemeinsame und gegenseitige Perspektive ihrer TA entwickeln (Strong 1982). Darüber hinaus sollte betont werden, dass so ein Prozess aus einer dialogischen Verhandlung zwischen P und T über die Zeit resultiert, der durch Brüche und Reparaturen gekennzeichnet ist (Safran & Muran 2000). Das bedeutet, dass der Aufbau einer TA (und dementsprechend die Verringerung der interpersonellen Distanz) im Laufe einer Behandlung nicht linear, sondern durch Höhen und Tiefen gekennzeichnet ist.

Trotz dieser interpersonellen Natur wird die TA in den meisten empirischen Studien immer aus einer intraindividuellen Perspektive betrachtet. In der Tat verwenden die meisten Studien ent-weder die P- oder T-Ansicht der TA. Das erfolgt in den meisten Fällen durch die Anwendung von Fragebögen, die die individuelle Perspektive der TA von der jeweiligen Patientin / vom jeweiligen Patienten und der/dem Therapeutin/Therapeuten an bestimmten Zeitpunkten der Behandlung erfassen. Dann wird getestet, ob unabhängig voneinander die P- und eventuell die T-Werte den Behandlungserfolg vorhersagen. Dieses intraindividuelle Bild über die TA und über ihre Wirkung auf die klinischen Ergebnisse einer Behandlung stellt ein Problem dar: Man missachtet auf diese Art und Weise die interaktionelle und dialogische Natur der TA.

Um dieses Problem zu lösen, haben einige Forscher unterschiedliche, nicht-konventionelle Ansätze gewählt, um den gemeinsamen Beitrag zur TA von P und T erfassen zu können. In einigen Fällen hat man einfach den Unterschied zwischen den P- und T-Werten (Rohwerte oder standardisierte Werte) berechnet (Bartle-Haring et al. 2012; Fitzpatrick et al. 2005; Long 2001).

In anderen Fällen wurde die Korrelation (entweder als Pearson-Korrelation oder als Intra-Klass-Korrelation) geschätzt (Bartle-Haring et al. 2012; Rozmarin et al. 2008). Diese methodischen Ansätze sind problematisch, da sie nicht in der Lage sind, die Komplexität des zu untersuchenden Phänomens abzubilden.

Ziele der Studie

Ziel der vorliegenden Studie ist,

1. einen methodologischen Ansatz anzuwenden, der in der Lage ist, die Komplexität der TA aus einer interpersonellen Perspektive zu betrachten. Insbesondere beziehen wir uns auf das Konstrukt der „interpersonellen Distanz“, um die Divergenz zwischen P- und T-Ansicht im Zeitverlauf abzubilden. Dieses Konstrukt wird durch das Maß der Kreuzentropie operationalisiert;
2. die Hypothese zu überprüfen, dass erfolgreiche Therapien eine abnehmende interpersonelle Distanz in der Bewertung der TA aus der P- und T- Perspektive aufweisen im Vergleich mit nicht erfolgreichen Therapien.

Methode: Stichprobe und Untersuchungsdesign

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Prozess-Outcome-Längsschnittstudie. Die Gesamtstichprobe besteht aus 60 dyadischen Psychotherapien (N=60: 30 emotionsfokussierte Therapien (Greenberg & Watson 2006); 30 kognitive Verhaltenstherapien (Beck et al. 1979)) für die Behandlung der Depression aus einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz in Maia (Portugal). Insgesamt wurden 39 Frauen (65 %) und 21 Männer (35 %) rekrutiert. Der Altersdurchschnitt lag bei 37,9 (MW=37,9; Kreuzentropie SD=10,11; Min=20; Max=57).

Entsprechend dem klinischen Ergebnis (Outcome siehe unten ‚Instrumente und Prozeduren‘) wurde die gesamte Stichprobe in zwei Gruppen geteilt: eine Good-Outcome-Gruppe (n=43) und eine Poor-Outcome-Gruppe (n=17).

Methode: Instrumente und Prozeduren

Outcome

Die Erhebung des Outcomes fand sowohl zur Selbst- wie auch zur Fremdeinschätzung anhand von Instrumenten statt.

Das Beck-Depression-Inventar-II **BDI-II** (Beck et al. 1996) ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Schwere der depressiven Symptomatik. Es besteht aus 21 Items, für die der/die P bestimmt, welche der vier Aussagen (auf einer 4-stufigen Likert-Skala) für ihn/sie am zutreffendsten ist.

Die **Hamilton-Depression-Skala HAM-D** (Williams 1988) ist ein Instrument zur Fremdeinschätzung der Schwere einer depressiven Störung. Es besteht aus 17 Items, wo die/der Untersuchende auf einer 3- oder 5-stufigen Likert-Skala beurteilt, wie schwer ein bestimmtes Symptom ausgeprägt ist.

Das **Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme-64 IIP-64** (Horowitz 1999) ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der interpersonellen Probleme. Es besteht aus 64 Items, für die P auf einer 5-stufigen Likert-Skala Fragen beantworten muss.

Der Ergebnisfragebogen-45 **OQ-45** (Lambert et al. 2004) ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung allgemeiner, psychopathologischer Symptome. Es besteht aus 45 Items (in drei Subskalen geteilt: Symptombelastung, zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Integration; eine Gesamtskala zur allgemeinen psychischen Beeinträchtigung ist auch zu berechnen), worauf P anhand einer 5-stufigen Likert-Skala Fragen beantwortet. Alle drei Instrumente wurden am Anfang (Prä-Behandlung) und am Ende (Post-Behandlung) der Therapien eingesetzt.

Prozess

Als Prozessvariable wurde die interpersonelle Distanz gemessen. Zur Erfassung dieser Variablen wurden zuerst Daten von P und T über die TA erhoben. Diese Daten wurden dann dafür verwendet, ein Kreuz-Entropie-Maß zu berechnen, das letztendlich das Ausmaß der interpersonellen Distanz zwischen P- und T-Perspektive der TA darstellt.

Therapeutische Allianz: Für die Erhebung der TA wurde das Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR; Hatcher, & Gillaspay, 2006) herangezogen. Das WAI-SR-R ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der TA. Es besteht aus 12 Items (in drei Subskalen aufgeteilt: Ziele, Aufgabe und Bindung; eine Gesamtskala ist auch zu berechnen), wo der P und der T auf einer 5-stufigen Likert-Skala antworten muss. Das WAI-SR-R wurde bei jeder Sitzung von P und T erhoben.

Kreuzentropie: Die Kreuzentropie ist ein Maß für den Unterschied zwischen zwei Wahrscheinlichkeitsverteilungen. In unserer Studie geht es um Wahrscheinlichkeitsverteilung von jeweils P- und T-WAI-Werten. Je unterschiedlicher diese zwei Wahrscheinlichkeitsverteilungen sind, umso größer ist die Kreuzentropie und ist damit die interpersonelle Distanz zwischen der P- und T-Perspektive über die TA.

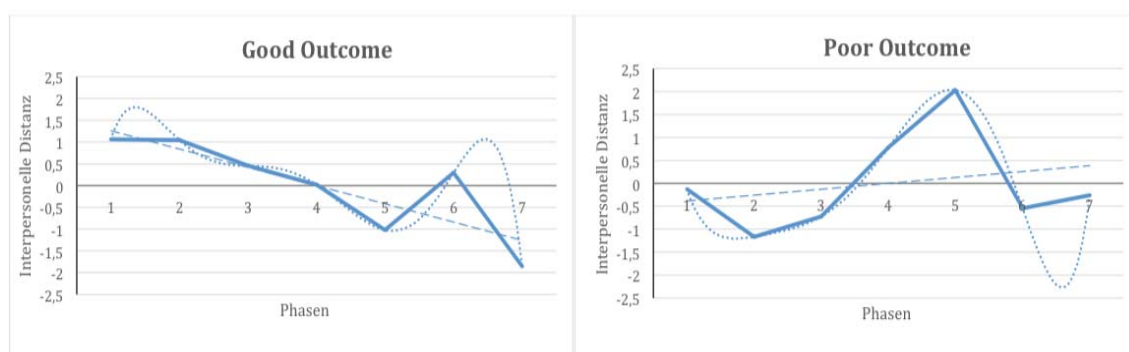
Datenanalyse

Die interpersonelle Distanz in der Stichprobe wurde für jeden Fall über sieben Phasen berechnet. Die Daten wurden dann für jeweils die Good-Outcome- und Poor-Outcome-Fälle aggregiert und graphisch gegenübergestellt.

Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt den Verlauf der interpersonellen Distanz über die sieben Phasen für die Good-Outcome- und die Poor-Outcome-Fälle. Es ist möglich, einen linearen und negativen Trend für die erfolgreichen Fälle zu beobachten, wo hingegen der Trend für die Poor-Outcome-Fälle positiv ist. Trotz dieses linearen Trends kann man in beiden Fällen Höhen und Tiefen beobachten (siehe „polynomial fit“).

Abbildung 2.1:
Interpersonelle Distanz bei Good- und Poor-Outcome-Fällen



Quelle: Gelo et al.

Diskussion

In Kohärenz mit unseren Erwartungen zeigen die Ergebnisse, dass erfolgreiche Therapien durch eine Abnahme der interpersonellen Distanz gekennzeichnet sind, während das Gegenteil für die nicht erfolgreichen Fälle passiert. Es bestätigt sich die Hypothese, dass in klinisch erfolgreichen Behandlungen P und T eine Konvergenz, Kongruenz oder Übereinstimmung ihrer Perspektiven auf die TA entwickeln; dies ist bei klinisch nicht erfolgreichen Therapien nicht zu beobachten. Das bedeutet, dass nicht nur die intraindividuelle Perspektive von P oder T auf die TA ein (positiver) Prädiktor des Outcomes ist, sondern dass auch die interindividuelle Distanz zwischen diesen Perspektiven das Outcome (negativ) vorhersagen kann.

Grenzen der vorliegenden Studie und zukünftige Forschung

Diese vorläufigen Ergebnisse sind einigen Einschränkungen unterworfen, diese sollten in absehbarer Zukunft behoben werden:

- » Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf einer visuellen Inspektion der graphischen Abbildungen. In Zukunft werden wir statistische Verfahren (Wachstumskurvenanalyse) anwenden, um den tatsächlichen Unterschied zwischen den zwei Verläufen zu testen.

- » Die Ergebnisse basieren auf einer Stichprobe, die sowohl ‚Emotionsfokussierte Therapie‘ wie auch ‚Kognitive Verhaltenstherapie‘ der Depression enthält. Zukünftige Studien sollten probieren, diese Ergebnisse für schulspezifische Stichproben zu replizieren.
- » Es war nicht möglich zu testen, ob die interpersonelle Distanz bezüglich der TA oder die intraindividuelle TA ein stärkerer Prädiktor war. Zukünftige Studien sollten dieser Frage nachgehen.

Literatur

- Bartle-Haring, S.; Glebova, T.; Gangamma, R.; Gafsky, E. & Delaney, R.O. (2012): Alliance and termination status in couple therapy: A comparison of methods for assessing discrepancies. *Psychotherapy Research*, 22, 502–514. Doi: 10.1080/10503307.2012.676985
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T.; Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual* (2nd ed.). Boston: Harcourt Brace.
- Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260. Doi: <http://10.1037/h0085885>
- Budge, S.L. & Wampold, B.E. (im Druck): The relationship: How it works. In O.C.G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Hrsg), *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome*. Vienna/New York: Springer
- Crits-Christoph, P.; Connolly, G. & Mukherjee, D. (2013): Psychotherapy process–outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4 Aufl., pp. 298–340). New York: Wiley
- Greenberg, L. & Watson, J (2006): *Emotion-Focused Therapy for Depression*. Washington, DC: APA Press
- Fitzpatrick, M. R.; Iwakabe, S. & Stalikas, A. (2005): Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, 69–79. Doi: 10.1080/10503300512331327056
- Hentschel, U. (2005a): Die Therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*, 50, 305–317. Doi: 10.1007/s00278-005-0440-3
- Hentschel, U. (2005b): Die Therapeutische Allianz. Teil 2: Ergänzende Betrachtungen über Verbindungen und Abgrenzungsmöglichkeiten zu ähnlichen Konstrukten. *Psychotherapeut*, 50, 385–393. Doi: <http://10.1007/s00278-005-0446-x>
- Lambert, M. J.; Morton, J. J.; Hatfield, D.; Harmon, C.; Hamilton, S.; Reid, R. C. et al. (2004): *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire*–45. Orem, UT: American Professional Credentialing Services

- Hatcher, R.L. & Gillaspay, J.A. (2006): Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12–/25. Doi: 10.1080/10503300500352500
- Horowitz, L.M. (1999): *Manual for the Inventory of Interpersonal Problems*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Lichtenberg, J. W.; Wettersten, K. B.; Mull, H.; Moberly, R. L.; Merkley, K. B. & Corey Tiongson, A. (1998): Relationship formation and relational control as correlates of psychotherapy quality and outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 322–337. Doi: 10.1037//0022-0167.45.3.322
- Long, J.R. (2001): Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38, 219 –232. Doi: 10.1037/0033-3204.38.2.219
- Rozmarin, E.; Muran, C. J.; Safran, J.; Gorman, B.; Nagy, J. & Winston, A. (2008): Subjective and intersubjective analysis of the therapeutic alliance in a brief relational therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 62(3), 313–328
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000): *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment manual*. New York: Guilford Press
- Strong, S. (1982): Emerging integration of clinical and social psychology: A clinicians' perspective. In G. Weary & H. Mirels (Eds.), *Integration of clinical and social psychology* (pp. 181–213). New York: Oxford University
- Wampold, B.E. & Budge, S.L. (2012): The Relationship – and its Relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40, 601–623. Doi: 10.1177/0011000011432709
- Williams, J.B.W. (1988): A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45, 742–747. Doi: <http://10.1001/archpsyc.1988.01800320058007>

2.3.2 Finding different therapeutic styles: How do therapists feel and react during their sessions with patients suffering from depression?

Christine Rohm und Henriette Löffler-Stastka (Medizinische Universität Wien)

Der Fokus dieser Grundlagenforschungsarbeit war: Gibt es überlappende Faktoren in den Reaktionen von Therapeuten/Therapeutinnen (in der Arbeit mit depressiven Patienten) – und wenn es diese gibt: wie empfinden und verhalten sich die Therapeuten/Therapeutinnen während der Sitzungen?

Aktuelle Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass die emotionale Reaktion des Therapeuten / der Therapeutin ist sehr wichtig für den Therapieerfolg ist (Bucci 2013; Colli et al. 2013; Kächele et al. 2013). Weiters wird festgestellt, dass der Ausdruck von negativer emotionaler Reaktion des Therapeuten / der Therapeutin nicht förderlich für den Therapieerfolg ist (Kächele et al. 2013, 5)

Die Daten stammen aus der Münchner Psychotherapie Studie (MPS), in welcher 639 Psychotherapiesitzungen von insgesamt 100 Patienten/Patientinnen mit schwerer Depression als Hauptdiagnose aufgezeichnet wurden. Dafür wurden jeweils drei Sitzungen zu Therapiebeginn, dann in der Mitte der Therapie und schließlich gegen Therapieende ausgewählt. Als Therapierichtungen wurden Psychoanalyse, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie miteinander verglichen.

Externe Rater beurteilten diese Audioaufzeichnungen mittels mehrerer Fragebögen, von welchen die beiden folgenden für die Hauptkomponentenanalyse mit dem Ziel der Reduzierung der Items verwendet wurden:

- » Psychotherapie-Prozess-Q-Sort PQS (Ablon & Jones, 2005): 100 Items werden entsprechend eines vorgegebenen Verteilungsmusters auf 9 Kategorien von "wenig charakteristisch" (1) über "irrelevant" (5) bis "sehr charakteristisch" (9) zugeordnet.
- » Gegenübertragungsfragebogen CTQ (Betan, Heim, Conklin & Western, 2005): 79 Items beschreiben kognitive und affektive Reaktionen und Verhaltensweisen der Therapeutinnen/Therapeuten auf ihre Patienten/Patientinnen.

Es wurden nur jene Items ausgewählt, die sich auf die Therapeutenseite beziehen. Nach einer Varimax Rotation wurden nur Items mit einer Ladung $>0,4$ inkludiert.

Daraus konnten sieben Faktoren extrahiert werden – diese erklären 45 Prozent der Varianz (KMO- and Bartlett-Test: 0,89; $p = 0,000$). Die innere Konsistenz der Faktoren ist durchwegs akzeptabel bis ausgezeichnet ($r = 0,745$ bis $0,902$).

Diese sieben Faktoren wurden wie folgt benannt: (1) Ablehnende Gefühle, (2) Wertschätzende Gefühle, (3) Zweifelnde Gefühle, (4) Unterstützendes Verhalten, (5) Überwältigte Gefühle, (6) Verstrickte Gefühle und (7) Respektloses Verhalten.

Die Ergebnisse weisen deutlich auf die Unabhängigkeit und Unterschiedlichkeit des emotionalen Erlebens und des Verhaltens von Therapeutinnen und Therapeuten hin. Diese sollten als getrennte Faktoren weiter untersucht werden.

Überblick Faktoren

Faktor 1:

Ablehnende Gefühle (CTQ) – 15,83 Prozent Varianz

Item	Ladung
6. Ich fühle mich abgelehnt und entwertet.	808
12. Ich fühle mich von ihr/ihm kritisiert.	774
62. Ich fühle mich von ihr/ihm zurückgestoßen.	715
63. Ich fühle mich von ihr/ihm nicht geschätzt.	692
2. Manchmal kann ich sie/ihn nicht leiden.	562
27. Ich werde wütend über sie/ihn.	508
30. Ich habe Angst, wenn ich mit ihr/ihm arbeite.	467
45. Ich habe damit Probleme, auf ihre/seine Gefühle Bezug zu nehmen.	454
68. Ich habe das Gefühl, bei ihr/ihm weniger erfolgreich helfen zu können als bei anderen PatientInnen.	452

Faktor 2: Wertschätzende Gefühle (z. B. CTQ 1. „Ich bin sehr zuversichtlich, was die Fortschritte, die sie/er in der Therapie macht und machen wird, betrifft“)

Faktor 3: Zweifelnde Gefühle (z. B. CTQ. „Ich bin in ihren/seinen Stunden nicht voll bei der Sache.“)

Faktor 4: Unterstützendes Verhalten (z. B. PQS 27. „Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen.“)

Faktor 5: Überwältigte Gefühle (z. B. CTQ 51. „Ich fühle mich von ihren oder seinen starken Gefühlen überschwemmt.“)

Faktor 6: Verstrickte Gefühle (z. B. CTQ 37. „Ich bemerke, dass ich sie oder ihn kontrolliere.“)

Faktor 7: Respektloses Verhalten (z. B. PQS 51. „Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.“)

Literatur

Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2005): On Analytic Process. *J Am Psychoanal Assoc.*, 53/2:541–568

Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C.Z. & Western, D. (2005): Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162/890–898

Bucci, W. (2013): The referential Process as a Common Factor Across Treatment Modalities. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16/1, 16–23

Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. & Lingardi, V. (2013): Patient Personality and Therapist Response: An Empirical Investigation. *AJP in Advance*, DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.13020224

Kächele, H., Erhardt, I., Seybert, C. & Buchholz, M.B. (2013): Countertransference as object of empirical research?. *International Forum of Psychoanalysis*, DOI: 10.1080/0803706X.2012.737933

2.3.3 Wenn der Prozess misslingt – Ergebnisse einer empirischen Studie zu Therapie-Abbrüchen

Katharina Kronsteiner und Brigitte Sindelar (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Übereinstimmung findet sich in Wirksamkeitsstudien hinsichtlich der prioren Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung für den Behandlungserfolg. Therapieabbrüche durch den Patienten bzw. die Patientin markieren den Beziehungsabbruch und damit das Misslingen der psychotherapeutischen Behandlung – ein in der Forschung wenig behandeltes Thema, das aber von höchster Praxisrelevanz ist.

Ziel ist, Prädiktoren für Therapieabbrüche auszumachen, um in der Folge eine Anpassung und Verbesserung der psychotherapeutischen Prozesse zu ermöglichen. Auch wenn in der Literatur unterschiedliche Definitionen zum Therapieabbruch verwendet werden, lässt sich im „Wörterbuch für Psychotherapie“ von Stumm und Pritz (2007) nachlesen, dass es sich dabei um eine „vorzeitige Beendigung des psychotherapeutischen Prozesses durch Klient und/oder Therapeut“ (Salem, 2007, 702) handelt. Dieser Abbruch kann aus den Rahmenbedingungen – wie Kosten oder Ortswechsel – entstehen. Weitere Faktoren beeinflussen zusätzlich das Geschehen. Mangelhafte Information und Verständigung zwischen Therapeut/in und Klient/in bei Therapiebeginn, unrealistische Erwartungen und Ziele seitens der Klientinnen/Klienten, das Misslingen einer kooperativen Beziehung aus persönlichen Gründen können genauso wie mögliches Fehlverhalten des Therapeuten / der Therapeutin zum Therapieabbruch führen. Bestimmte Störungsbilder wie Persönlichkeitsstörungen – speziell die Borderline-Persönlichkeitsstörung und Psychosen – werden immer wieder als Prädiktoren für ein mögliches Scheitern erwähnt.

In dieser empirischen Untersuchung an der psychotherapeutischen Ambulanz für Erwachsene der Sigmund-Freud-Privatuniversität in Wien wurden verschiedene Parameter untersucht, die mit Therapieabbrüchen vergesellschaftet sein können. Neben soziodemographischen und sozioökonomischen Daten der Klientinnen und Klienten wurde auch der Zusammenhang zwischen Diagnosen und Therapieabbrüchen untersucht.

Dabei ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen F6-Diagnosen (nach ICD-10) und dem Abbruch der Therapie feststellen. Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsniveau und beruflicher Hintergrund der Klientinnen und Klienten zeigen sich als nicht signifikant in Zusammenhang mit dem Abbruchgeschehen. Die Studie versuchte auch, der Therapeuten-Variablen mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Weder genderspezifische noch altersspezifische Unterschiede bei den Therapeutinnen/Therapeuten stellten sich als signifikant heraus. Zusätzlich wurden Variablen der Passung zwischen Therapeutinnen/Therapeuten und Klientinnen/Klienten, die aus Parametern wie Altersunterschied und Geschlechtsgleichheit oder -ungleichheit bestehen, untersucht. Bei nicht abgebrochenen Therapien konnte ein signifikanter Zusammenhang ausgemacht werden, der sich an der Passung „männlicher Therapeut – männlicher Klient“ festmachen lässt. Bei abgebrochenen Therapien erwies sich weder eine genderspezifische noch eine altersspezifische Passung als signifikant.

Die Situation an der SFU-Ambulanz ermöglichte zudem einen Vergleich zwischen den verschiedenen Therapiemethoden und dem Auftreten von Therapieabbrüchen. Obwohl die prozentuelle Verteilung der Therapieabbrüche in Bezug auf die angewandte Therapiemethode deutliche Unterschiede aufwies, stellte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Therapiemethode und Therapieabbruch heraus.

2.4 Session 4: Ausbildung und Kompetenzentwicklung I

Moderation: Brigitte Schigl

2.4.1 Übung macht den Meister – Das Rollenspiel als Mittel zur Erweiterung systemischer Kompetenz

Corina Ahlers (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien und Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien)

Ausgangspunkt für das Forschungsprojekt ist das Rollenspiel als didaktisches Werkzeug der systemischen Psychotherapieausbildung.

Ich beschäftige mich mit der Frage, ob und wie das Rollenspiel geeignet ist, jene Beziehungskompetenz zu erwerben, die das Besondere des systemischen Fachspezifikums ausmacht: das therapeutische „in Beziehung bleiben“ mit mehreren Personen, die miteinander selbst nahe Beziehungen leben (Paar, Familie, Patchwork, Helfersysteme).

Manteufel & Schiepek (1998) nennen diese erlernbare Fähigkeit ‚Systemkompetenz‘.

Für das Projekt wurde eine qualitative Forschungsmethodik gewählt, die sich – soweit dies für eine systemische Lehrtherapeutin möglich ist – offen an die Fragestellung herantastet, Material über Interviews mit Studierenden und Lehrenden sowie Rollenspielvideos sammelt und sie anschließend interpretiert. Die ersten Forschungsergebnisse zeigen im Detail, dass das Rollenspiel Systemkompetenz erweitert. Vermittelt wird das ganzheitlich als

- » Selbstentwicklung (Selbsterfahrung),
- » Verkörperung als Ausdruck, Körperhaltung, Mimik, Gestik,
- » Kompetenzerweiterung im Umgang mit anderen (Peergruppe, Kleingruppe, Großgruppe, Ausbildungsgruppe),
- » Erleben von psychotherapeutischen Theorien und Techniken,
- » Erfahren von spezifischen Fallkonstellationen und Problemlagen,
- » und nicht zuletzt Reflexion von gesellschaftlichen Diskursen zu Krankheit oder Gesundheit.

Das Lernen vollzieht sich unterschiedlich aus den jeweiligen Perspektiven – als Therapeut/in, Klient/in, in der Beobachterposition oder als Lehrperson – und ist ein rekursiver Prozess zwischen allen Anwesenden.

Das emotionale Erleben einer Mischung der oben genannten Aspekte ist das Faszinierende und das Schwierige am Rollenspiel: Immanente Bedeutungsebenen können intransparent bleiben, wie z. B. die Energie der Gruppe, die Leitung oder zu Persönliches. Manchmal weiß niemand genau,

auf welcher Ebene er/sie/alle sich gerade befindet/befinden (Fall, Gruppe, Person, Leitung). Der Prozessanalyse in der Nachbesprechung wird im Allgemeinen zuwenig Zeit gewidmet.

In der Ausbildung bekommt das Rollenspiel durch das österreichische Psychotherapiegesetz, das den therapeutischen Professionsdiskurs stark determiniert, zusätzlich den Effekt, ein von den Studenten/Studentinnen gefühlter erster Prüfstein für ihre therapeutische Leistung und somit professionelle Identität zu sein. Deshalb haben Rollenspiele eine prägende Wirkung auf Studierende des systemischen Fachspezifikums.

Literatur

Schiepek, Günter; Manteufel, Andreas (1998): Systeme spielen: Selbstorganisation und Kompetenzentwicklung in sozialen Systemen. Vandenhoeck & Ruprecht

2.4.2 Selbsterfahrung – ein schwer fassbares Phänomen?

Christina Frank und Alexandra Koschier (Donau-Universität Krems)

Selbsterfahrung gilt – neben theoretischem Wissen, Methodenwissen, praktischer Ausbildung und Supervision – als unverzichtbare Säule der Psychotherapieausbildung (vgl. Burns 2005) und ist als Ausbildungselement in vielen europäischen Ländern in (Psychotherapie-)Gesetzestexten verankert. Dennoch ist ihre Wirkung bis heute unzureichend erforscht und auch von der Ausbildungsforschung vernachlässigt worden (vgl. u. a. Strauß & Kohl 2009). Jedenfalls ist die Kritik an den selbsterfahrungsorientierten Anteilen der Psychotherapieausbildung, insbesondere wegen der zentralen Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung (vgl. Lieb 1998), weitgehend verstummt.

Vorliegender Beitrag bezieht sich auf die Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Qualitätsmerkmal oder Mythos? Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung“ des Departments für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit (Leitner et al. 2014) der Donau-Universität Krems.

Behandelt wurden folgende zentrale Fragestellungen: Welche Bedeutung wird der Selbsterfahrung von (angehenden) Psychotherapeutinnen/-therapeuten beigemessen? Hat Selbsterfahrung für (angehende) Psychotherapeutinnen/-therapeuten in den verschiedenen therapeutischen Grundorientierungen einen unterschiedlichen Nutzen? Welche Faktoren beeinflussen und erschweren die Entwicklung von Standards? Welche Risiken und daraus ableitbare Probleme der Selbsterfahrung lassen sich aufzeigen?

Bisherige Forschungsergebnisse machen deutlich, dass der Forschungsgegenstand „Selbsterfahrung“ Forschende vor entscheidende methodische Schwierigkeiten stellt. Selbsterfahrungsaspekte sind schwer quantifizierbar, da kaum leicht operationalisierbare Kriterien vorliegen. Methodische Schwierigkeiten ergeben sich insofern, als ein Kontrollgruppendesign nur schwer umsetzbar ist und auch Outcome-Aspekte nur schwer operationalisierbar sind (vgl. Laireiter 2014). In den meisten entsprechenden Forschungsprojekten handelt es sich um Selbsteinschätzungen der (angehenden) Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Klare Definitionen von Selbsterfahrung fehlen (vgl. Walch 2000). Außerdem zeigt sich in Österreich eine große Heterogenität von Ausbildungsanbietern, was eine eindeutige Darstellung sowie Vergleichbarkeit erschwert. Qualitative Herangehensweisen erweisen sich insofern als hilfreich, da dieser Zugang eine verstehende Einsicht in Lebenswelten und Sichtweisen von Befragten liefert (vgl. Hilsenroth 2013). Für die vorliegende Studie wurde daher eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden als Untersuchungsdesign gewählt.

Die Untersuchung des qualitativen Datenmaterials führte zu einem empiriebasierten Erklärungsmodell, in dem die inhaltliche Bedeutung und Zielsetzung der Selbsterfahrung in der Ausbildung skizziert wurden. Das Modell umfasst die Aspekte Ausbildungshintergrund, persönliche und institutionelle Aspekte, Ausbildungsverlauf und Output. Es zeigt für den Prozessverlauf sowie die Wirkung, dass kontinuierliche Selbsterfahrung zu einer Intensivierung

vielschichtiger Lernerfahrungen innerhalb der Ausbildung beiträgt (vgl. auch Murphy 2005). Die Vergrößerung des theoretischen und methodischen Wissens zeigt sich in der subjektiven Beurteilung der Befragten als eng verbunden mit dem praktischen „Erleben und Erfühlen“ von Theorien und Methoden im Rahmen der Selbsterfahrung.

Im qualitativen und quantitativen Erhebungsteil konnte gezeigt werden, dass die Selbsterfahrung von großem Nutzen und als unbedingt notwendiger Ausbildungsbestandteil erlebt wird – und zwar über alle therapeutischen Orientierungen und Kohorten hinweg. Selbsterfahrung nützt, besonders für den Bereich der psychotherapeutischen Beziehung. Auch in dieser Studie kann der Befund nur aus einer subjektiven Perspektive der Befragten erörtert werden, der Nachweis des direkten Nutzens für Klienten/Klientinnen steht aus (vgl. Hill & Knox 2013). Selbsterfahrung bringt darüber hinaus neben vielen positiven Veränderungen auch negative Erfahrungen mit sich. Vor allem bei den Ausbildungskandidatinnen und –kandidaten zeigen sich in dieser Untersuchung Hinweise auf belastende Aspekte.

Die Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten sowie Psychotherapeutinnen/–therapeuten mit noch geringer Praxiserfahrung schätzen das „sinnvolle“ Ausmaß an Selbsterfahrung in der Ausbildung deutlich geringer ein, verglichen mit Psychotherapeutinnen/–therapeuten, die schon länger praktizieren. Darüber hinaus stellt die Stundenvorgabe der verschiedenen Curricula das wesentlichste Beurteilungskriterium dar für die als „sinnvoll“ erlebte Dosis von Selbsterfahrung, um professionell mit Patientinnen/Patienten arbeiten zu können. Auch die Ausbildungskosten sind ein beeinflussender Faktor.

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen insbesondere die gesellschaftlichen und bildungspolitischen Entwicklungen der letzten 50 Jahre mit berücksichtigt werden: Selbsterfahrung verursacht finanzielle, zeitliche und persönliche Belastungen, unter modernen Studienbedingungen dürfte sie an Attraktivität verloren haben (vgl. Fleck 2013). Innerhalb der verschiedenen therapeutischen Grundorientierungen kann eine Tendenz tiefenpsychologisch orientierter Verfahren zu Einzelselbsterfahrung und humanistisch orientierter Verfahren zu Gruppenselbsterfahrung beobachtet werden.

(Angehende) Psychotherapeutinnen/–therapeuten beschreiben in den qualitativen Interviews das Erleben und Erfahren von Theorien und Methoden in der Selbsterfahrung als förderlich für ein grundlegendes Verstehen der Theorie, für die Entwicklung von Fertigkeiten sowie von selbstbewusster Kompetenz. Eine prozessuale Herangehensweise und der Blick auf die daraus resultierenden Kompetenzprofile zeigten, dass diese Ergebnisse modernen Konzepten des lebenslangen Lernens entsprechen (Europäische Kommission 2008). Sie stellen einen ersten Schritt dar, die Psychotherapieausbildung in ein europaweit vergleichbares Raster einzuordnen (vgl. dazu Initiative der European Association of Psychotherapy 2013; ähnliche Überlegungen u. a. bei Laireiter 2000). Die Entwicklung von therapeutischer Kompetenz wird als zentral erachtet – vorliegende qualitative Ergebnisse konnten diesen Aspekt auf Grundlage der Interviewaussagen differenziert ausformulieren.

Die Ergebnisse der dargestellten Untersuchung zeigen, dass Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten in ihrer Persönlichkeitsentfaltung, ihrer Kompetenzentwicklung und ihrer professi-

onellen Beziehungsgestaltung von selbsterfahrungsorientierten Anteilen in ihrer psychotherapeutischen Ausbildung profitieren (vgl. Leitner et al. 2014). Dennoch sollte der Ausbildungsbestandteil ‚Selbsterfahrung‘ weiter auf seinen tatsächlichen Nutzen hin untersucht werden: Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten könnten beispielsweise die Möglichkeit einer „informierten Wahl“ haben, das heißt, dass sie die Entscheidung mitbeeinflussen können, mit wem und wie lange sie Selbsterfahrungsprozesse in der Ausbildung eingehen. Wenn über Belastungen durch Selbsterfahrung gesprochen wird, sollte auch bedacht werden, ob die Idee einer belastungsfreien Ausbildung möglicherweise utopischen Charakter hat und ob nicht Verunsicherungen in sozialen Ausbildungen einen angemessenen Änderungsprozess markieren. Vorliegende Ergebnisse stellen einen Versuch dar, das Phänomen ‚Selbsterfahrung‘ in seiner Vielfältigkeit zu fassen und zu beschreiben, legen aber weitere, ausdifferenzierte Forschung nahe.

Literatur

Strauß, Bernhard; Kohl, Steffi (2009): Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie.
In: Psychotherapeut 54/6:411–426

Affiliation

Christina Frank, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Dr.–Karl–Dorrek–Straße 30, A–3500 Krems, christina.frank@donau–uni.ac.at

Alexandra Koschier, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Dr.–Karl–Dorrek–Straße 30, A–3500 Krems, alexandra.koschier@donau–uni.ac.at

2.4.3 Kompetenz zur Fallkonzeption von PsychotherapeutInnen in Ausbildung

Birgit Proll, Wiebke Hanke, Jennifer Klasen, Heidi Möller und Svenja Taubner

Ziel

Aus den verschiedenen Kompetenzbereichen des Psychotherapeutenberufs (angelehnt an die Vorschläge des Länderrates und der BPTK, 2014) wird in der vorliegenden Teilstudie aus der DFG-Studie „Kompetenzentwicklung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung“ die Kompetenz zur Fallkonzeption herausgegriffen.

Im Rahmen eines Querschnittsdesigns werden Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption bei Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Ausbildung (PiA) untersucht, die durch die Ausbildung hervorgerufen sein könnten. Ein positiver Zusammenhang zwischen Kompetenz zur Fallkonzeption und therapeutischer Effektivität konnte bereits in Studien nachgewiesen werden (vgl. die metaanalytische Untersuchung von 24 Studien von Holloway und Wampold 1986). Baer (2005) stellte überdies fest, dass der Zusammenhang zwischen der Qualität der Fallkonzeption und dem Therapieerfolg bei komplexen Diagnosen besonders hoch ist. Die vorliegenden Studien zeigten außerdem, dass sowohl ausgebildete Psychotherapeuten/-therapeutinnen gegenüber Laien (Psychologen/Psychologinnen ohne psychotherapeutische Ausbildung) als auch Experten/Expertinnen gegenüber Fortgeschrittenen und Novizen der Psychotherapie deutlich schneller in der Lage sind, klinische Störungen zu klassifizieren und eine qualitativ bessere sowie therapeutisch relevante Fallkonzeption zu erstellen (Eells, Kendjelic & Lucas 2005). Eine differenzierte Untersuchung der Psychotherapieausbildung in verschiedenen Ausbildungsstadien im Hinblick auf die Kompetenz zur Fallkonzeption ist jedoch empirisch bisher nicht fundiert.

Methodik

182 PiA aus verschiedenen staatlich anerkannten Instituten in Deutschland werden mit einer Kontrollgruppe (N=35) verglichen. Die PiA werden dazu nach folgenden Kriterien unterschieden: Verfahrenszugehörigkeit (Verhaltenstherapie N=61 / tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie N=81 / analytische Psychotherapie N=40) und Ausbildungslänge (Anfänger N=147 / Fortgeschrittene N=35). Weiterhin wird unterschieden, ob die PiA zum Erhebungszeitpunkt noch nicht mit ihrer praktischen Tätigkeit begonnen haben (N=44), sich in ihrer praktischen Tätigkeit befinden (N=93) oder diese bereits absolviert haben (N=18). Die KG besteht aus Teilnehmerinnen/Teilnehmern, die über einen akademischen Abschluss im Fach Psychologie verfügen, aber keine psychotherapeutische Zusatzqualifikation aufweisen. Die Teilnehmer/innen fertigten eine Fallkonzeption zu einer klinischen Videosequenz an. Eine reliable und schulübergreifende Auswertung der Fallkonzeption erfolgte mittels der Case Formulation Content Coding Method (CFCCM; Eells et al. 1998).

Ergebnisse

Eine Faktorenanalyse der Subskalen der Kompetenz zur Fallkonzeption ergibt zwei Faktoren: Ausführlichkeit des Fallberichts und Qualität der Formulierung. Bei zufriedenstellender Interrater-Reliabilität ($ICC(1,2)=0.602$) zeigt sich unter Kontrolle des Alters als potentieller Confounder der Kompetenz zur Fallkonzeption kein schulenspezifischer Unterschied in der Kompetenz zur Fallkonzeption. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass es keinen signifikanten Unterschied der Anfänger- und Fortgeschrittenen-PiA in beiden Faktoren gibt. Der Vergleich mit der KG zeigt ebenfalls keinen Unterschied zu den Anfänger- und Fortgeschrittenen-PiA. Die Analyse ergibt jedoch Unterschiede in der Kompetenz zur Fallkonzeption für den Faktor ‚Ausführlichkeit des Fallberichts hinsichtlich der praktischen Tätigkeit‘: die Ausführlichkeit des Fallberichts ist höher bei jenen PiA, die die praktische Tätigkeit bereits absolviert haben, als bei den PiA, die sich noch in der praktischen Tätigkeit befinden, und höher als bei PiA, die ihre praktische Tätigkeit noch nicht begonnen haben. Für den Faktor ‚Qualität der Formulierung‘ zeigt sich kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit von der praktischen Tätigkeit.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die praktische Tätigkeit positiv auf die Kompetenz zur Fallkonzeption auszuwirken scheint, während die rein zeitliche Unterteilung nach Semestern keine Unterschiede in der Kompetenzentwicklung ergibt. Die Ergebnisse hinsichtlich der Ausbildungslänge bestätigen daher die These, dass eine Entwicklung der Kompetenz zur Fallkonzeption eine vertiefende, praktische Auseinandersetzung mit Patienten (z. B. Diagnostik, Behandlungsplanung etc.) voraussetzen scheint (Laireiter & Botermans 2005). Dies gibt wichtige Impulse für die Ausbildungsgestaltung im Sinne einer früheren Heranführung an Patienten/Patientinnen, um eine sinnvolle Verknüpfung zwischen Therapie und Praxis zu erreichen.

2.4.4 Was bewirkt Selbsterfahrung? – Die Rolle der Selbsterfahrung für die Entwicklung therapeutischer Schlüsselkompetenzen

Christian Korunka und Michaela Zolles

Überblick

Psychotherapeutinnen und -therapeuten wirken Kraft ihrer eigenen Person. Dies impliziert, dass sie sich gut selbst kennen müssen, um die notwendigen Ressourcen für andere -Klientinnen/ Klienten – zur Verfügung stellen können. Dementsprechend bedarf es komplexer personaler Kompetenzen, um für eine professionelle Berufsausübung mit hoher personaler und gesellschaftspolitischer Verantwortung gewappnet zu sein. Therapeutische Selbsterfahrung spielt hier eine zentrale Rolle.

Die hier vorgestellte Erhebung knüpft an der aktuellen Befundlage zur Entwicklung therapeutischer Kompetenzen an. Dabei stand im Fokus, die inhaltliche Bedeutung des spezifischen Ausbildungsmoduls der Selbsterfahrung explorativ zu erheben und tragfähig einschätzen zu können. Ergänzend zu bereits vorliegenden Ergebnissen (Laireiter 2014; Ronnestad und Skovholt 2013; Strauß & Kohl 2009) war von Interesse, wie Experten/Expertinnen – und nicht Absolventinnen/Absolventen selbst – einen Kompetenzzuwachs durch selbsterfahrungsbezogene Ausbildungsanteile einschätzen. Um Erkenntnisse aus einem Schulvergleich gewinnen zu können, wurden Einschätzungen von personenzentrierten und psychoanalytischen Therapeutinnen/Therapeuten erhoben und ausgewertet. Zusätzlich wurden die gewonnenen Daten auf Unterschiede in der Expertise von Frauen und Männern analysiert.

Erhebungsprozess

Ziel der Untersuchung war es, eine geeignete Verknüpfung von fundiertem Theoriebezug einerseits und von Spezialwissen mit professioneller Perspektive auf die Psychotherapielandschaft andererseits als Auswertungsbasis zu erhalten. Zusätzlich sollten jene therapeutischen Sozialisationsprozesse durch ein rekonstruierendes Untersuchungsdesign erhoben werden, die durch selbsterfahrungsorientierte Ausbildungselemente stattfinden. Um aussagekräftiges Spezialwissen zu erhalten, wurden Daten mittels 18 Experteninterviews generiert. Im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und Gläser sowie Laudel (2010) wurde das auf explorativem Weg entwickelte Kategoriensystem durch induktive Kategorienerweiterung ergänzt.

Ergebnisse

Die Strukturierung der Interviews erfolgte entlang der drei Kompetenzbereiche laut EAP (2013): Grundkompetenzen, spezifische Kompetenzen und Spezialkompetenzen. Die therapeutischen Qualifikationen, die laut Experten/Expertinnen durch Selbsterfahrungsprozesse etabliert und

erweitert werden, konnten ausschließlich dem Bereich der Grundkompetenzen zugeordnet werden. Dabei wurden vorwiegend methodenübergreifende und geschlechterunabhängige Kompetenzen beschrieben. In den Beschreibungen der benannten kategorialen Daten kommt deutlich zum Ausdruck, dass je nach Schulenzugehörigkeit ein eigener Sprachstil vorherrscht.

Der auffälligste Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Expertinnen/Experten war im Vorfeld zu den Interview-Aufzeichnungen festzumachen. Bei vier von neun Expertinnen kam es VOR Einschalten des Tonbandgerätes zu einer Terminverschiebung auf einen späteren Zeitpunkt. Als Begründung wurde die subjektive Einschätzung angegeben, zu wenig vorbereitet zu sein und daher dem Anspruch einer Expertin nicht zu genügen. Während der Interviews selbst konnten keine geschlechtsspezifischen Unsicherheiten festgemacht werden.

Resümee, Schlussfolgerungen, Einschränkungen und Ausblicke

Selbsterfahrungsorientierte Ausbildungsanteile haben laut Einschätzung von Expertinnen/Experten einen starken Einfluss auf die Kompetenzentwicklung bei Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Die dabei genannten Fähigkeiten entsprechen überwiegend jenen geforderten Qualitäten, wie sie im österreichischen Berufskodex (BMG 2012, 8f.) verankert sind. Insgesamt wird ein Kompetenzzuwachs in sieben von dreizehn titulierten Domänen laut EAP (2013) benannt. Vordergründig handelt es sich dabei um einen Qualifikationsanstieg, der sich auf Anforderungen auf personaler und zwischenmenschlicher Ebene bezieht. Zentral dabei wird ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit, an Bewusstheit sich selbst und anderen gegenüber, eine innere Reifung, die Fähigkeit zur Abgrenzung sowie ein grundlegendes Vertrauen in die eigene Therapiemethode als wichtige zu erwerbende psychotherapeutische Kompetenz beschrieben.

Literatur

BMG (2012): Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates.
13.03.2012. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Abteilung II/A/3

Strauß, Bernhard; Kohl, Steffi (2009): Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie.
In: Psychotherapeut 54/6:411–426

2.5 Session 5: Therapeutische Prozesse

Moderation: Michael Wieser

2.5.1 Intersession–Prozesse in der ambulanten Psychotherapie – Ein Forschungsprojekt

*Anton–Rupert Laireiter, Nadja Jöchler, Christine Schilcher, Andrea Mittendorfer & Tim Kaiser
(Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie; AG Psychotherapie & Gerontopsychologie)*

Die Psychotherapieforschung vertritt historisch zwei große Perspektiven (Lambert 2013) – die Wirksamkeitsforschung, die auf die Erforschung der Ergebnisse und Effekte der Psychotherapie gerichtet ist, und die Prozessforschung, die sich auf Verlauf und Prozess von Psychotherapien und deren Bedeutung für die Ergebnisse derselben bezieht (Orlinsky, Ronnestad & Willutzky 2004). Die Prozessforschung ist traditionell auf Merkmale und Prozesse innerhalb von Therapiesitzungen fokussiert, wie z. B. auf die therapeutische Beziehung, die Realisation therapeutischer Interventionen, die Erwartungen von Klienten/Klientinnen, die Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit in den Stunden etc. (vgl. Norcross 2011, Orlinsky et al. 2004).

Bereits in den 1990er Jahren erkannte man aber, dass der therapeutische Prozess nicht nur „within session“-Prozesse umfasst, sondern auch die Auseinandersetzung der Klienten/Klientinnen mit ihren Problemen und ihrer Therapie außerhalb von Therapiesitzungen („extra session“-Prozesse) (Orlinsky et al. 1993; Zeeck et al. 2004). Je nach Fokus können drei Arten extratherapeutischer Prozesse differenziert werden, die jeweils wichtigen Einfluss auf das Therapiegeschehen und dessen Ergebnis haben (Kanfer, Reinecker & Schmelzer 2012):

- » Prozesse und Auseinandersetzungen mit den Problemen vor Beginn einer Therapie (prätherapeutische Prozesse),
- » Prozesse und Auseinandersetzungen während einer Therapie (peritherapeutische Prozesse) und
- » Auseinandersetzungen und Prozesse mit den Problemen und den Ergebnissen einer Therapie nach Beendigung einer solchen (posttherapeutische Prozesse).

Intersession–Prozesse

Zu den wichtigsten und bisher auch häufiger untersuchten extra- und peritherapeutischen Prozessen gehören die sogenannten „Intersession–Prozesse“ (Hartmann 1997; Zeeck et al. 2004). Unter diesem „Zwischensitzungsprozess“ werden allgemein alle kognitiven, emotionalen, verhaltensmäßigen und interaktionellen Auseinandersetzungen des Patienten / der Patientin mit seiner/ihrer Therapie und deren Inhalten und Bedeutungen zwischen den Therapiesitzungen verstanden (Jöchler 2010). Angesprochen sind damit nach Hartmann (1997; Zeeck et al. 2004) alle Aktivitäten und Erfahrungen von Patienten/Patientinnen zwischen den Therapiesitzungen,

die sich auf die Inhalte und Prozesse der Therapie und die behandelten Probleme und deren Veränderungen im Laufe der Therapie beziehen.

Inhaltlich sind darunter sehr unterschiedliche Phänomene zu subsumieren (Jöchler 2010): kognitive (Gedanken, innere Bilder, Phantasien, innere Dialoge, Erinnerungen an Sitzungen, Träume, mentale Problemauseinandersetzungen etc.), emotional-affektive (Emotionen, emotionale Auseinandersetzungen und Bewertungen, Gefühle etc.), behaviorale (Verhaltensübungen, Hausaufgaben, Verhaltensauseinandersetzungen, Verhaltensänderungen etc.) und interaktional-interpersonale (Gespräche mit Bezugspersonen, soziale Unterstützung, soziales Coping, interpersonale Erfahrungen etc.). Die Inhalte in den verschiedenen Bereichen können dabei sowohl positiv wie negativ, funktional wie dysfunktional, aktiv herbeigeführt wie passiv hingenommen sein.

Sowohl die theoretische Grundlegung dieser Prozesse wie auch deren Erforschung stehen erst am Anfang. Es ist noch wenig bis gar nichts bekannt über die Frequenz der Inhalte über den Therapieprozess hinweg und welche Bedeutung sie für den Intrasession-Prozess und das Therapieergebnis haben. Es ist davon auszugehen, dass es so genannte „Sitzungs-für-Sitzungsprozesse“ gibt, wie auch solche, die eine längere Latenz besitzen und über verschiedene Sitzungen hinweg verlaufen. Einen Teil dieser Fragen im Kontext der ambulanten Psychotherapie zu klären, ist die Aufgabe des hier vorgestellten Projektes.

Die theoretische Fundierung dieser Prozesse ist ebenfalls erst sehr oberflächlich erfolgt (Jöchler 2010; Zeeck et al. 2004). Als äußerer Rahmen fungiert in den bisherigen Fundierungsversuchen das sogenannte „Generic model of psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987), in dessen Rahmen Inter-sessionprozesse einen Teil des „Process-Outcome-Linkage-Models“ (POLM) (Orlinsky 2008) repräsentieren. Inter-session-Prozesse stellen hier das Verbindungsglied zwischen den Mikroergebnissen des Session Outcomes und den Makroergebnissen einer Therapie dar, die sich aus der kontinuierlichen Auseinandersetzung des Individuums mit seiner sozialen Umwelt und seiner Therapie im Prozess derselben ergeben; sie sind so nach Orlinsky u. a. auch für die kontinuierlichen Zustandsveränderungen der Klientin / des Klienten über den Therapieprozess hinweg mitverantwortlich.

Zur Erklärung der kontinuierlichen Zustandsänderungen im Inter-session-Prozess wurden bisher drei theoretische Zugänge herangezogen (Jöchler 2010; Zeeck et al. 2004): 1. die Bildung neuer psychischer Strukturen durch die Verinnerlichung von Therapie-Erfahrungen und Therapeuten-erfahrung im Rahmen psychodynamischer Modellvorstellungen (Orlinsky et al. 1993; Zeeck et al. 2004), 2. die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle im Sinne Bowlby's Bindungstheorie (Zeeck et al. 2004) und 3. das Erlernen neuer Verhaltensweisen durch Einüben von in der Therapie Gelerntem außerhalb derselben im Rahmen kognitiv-behavioraler Vorstellungen (Helbig & Fehm 2005).

Bislang wurden Inter-session-Prozesse vor allem in der stationären Psychotherapie untersucht (Hartmann 1997; Zeeck et al. 2004), wobei hier sowohl beschreibende Analysen wie auch Zusammenhänge mit Therapie-Outcomes untersucht wurden. Wenngleich das Konzept eigentlich im Rahmen ambulanter Psychotherapie entwickelt wurde (Hartmann 1997), ging das Interesse in diesem Bereich in den letzten Jahren eher zurück (Zeeck et al. 2004).

Rahmen und Hintergrund des Projekts

Prinzipiell können Intersessionprozesse auf verschiedene Art und Weise untersucht werden, sowohl prospektiv–begleitend wie auch retrospektiv, prospektiv im Sitzungsabstand (session to session) wie auch über verschiedene Sitzungen hinweg (Transsession–Prozesse). Auch bieten sich verschiedene Auswertungsmethoden an (z. B. Zeitreihenanalysen, Mikroanalysen, korrelative Analysen). Die Bedeutung von Intersessionprozessen kann über Interventionen in den Prozess überprüft werden (Überblick bei Hartmann 1997).

Aufgrund der als hoch eingeschätzten Bedeutung von Intersessionprozessen – vor allem aus Sicht der Verhaltenstherapie – für den therapeutischen Prozess und den Therapie–Outcome wurde im Jahr 2009 ein eigenes Projekt gestartet, das Intersessionprozesse vor allem in der ambulanten Therapie untersuchen sollte. Dabei sollten zunächst einige Fragestellungen explorativ mit Hilfe eines retrospektiven Designs untersucht werden, um dann prospektiv angelegte Studien durchzuführen.

Die zentralen Aufgaben der explorativen Studien lagen in der Erarbeitung des theoretischen Rahmens, der Entwicklung eines retrospektiv anzuwendenden Verfahrens und der Analyse wichtiger Fragen der Konstruktvalidität des Intersession–Prozesses, insbesondere bezogen auf seine Determinanten und Korrelate (Patienten– und Therapeutenmerkmale, In–Session–Prozesse) sowie seine Beziehung zum wahrgenommenen Therapie–Ergebnis. In den prospektiven Studien sollten die Zusammenhänge mit den In–Session–Prozessen weiter vertieft und transaktionale Verbindungen zwischen beiden (In–Session– und Intersession–Prozesse) wahrscheinlich gemacht werden. Bis jetzt wurden insgesamt vier Studien durchgeführt (vgl. nachfolgende Tabelle).

Tabelle 1

Retrospektive Explorationsstudien zur Untersuchung der Intersessionprozesse in der ambulanten Psychotherapie

Studie	Stichprobe	Aufgabe/Inhalt
Studie 1 Jöchler (2010)	N=150; Frauen: 78,4 % Alter: M=36,8; SD=12,2; Rg.: 18–64; Multiple Probleme, vor allem Depression und Angststörungen	Erarbeitung theoretischer Rahmen, Entwicklung eines „Allgemeinen Intersession–Fragebogens“; psychometrische Analysen; Korrelate von ISP (Therapiebeziehung, Therapie–merkmale, spezifische Intersessionmerkmale), Determinanten (Klientenmerkmale), Beziehung zum Therapieoutcome
Studie 2 Schilcher (2012)	N=52; Frauen: 76.9 % Alter: M=41,6; SD=12.1; Rg=18–65; Multiple Probleme, vor allem Depression und Angststörungen	Weitere Determinanten von ISP (Geschlechtsdifferenzen, Kontrollerwartungen etc.); Beziehung zum Therapie–Outcome, Mediator– und Moderatoranalysen
Studie 3 Mittendorfer (2013)	N=54; Frauen: 63 % Alter: M=39,0; SD=10,1; Rg=23–58; Multiple Probleme, vor allem Persönlichkeits– und Beziehungs– probleme, Depression	Weitere Determinanten: Klientenvariablen: Therapiemotivation, soziale Ressourcen, Persönlichkeitsmerkmale
Studie 4 Kaiser (2014)	N=54; Frauen: 88,9 % Alter: M=31,4; SD=11,9; Rg=16–61; Multiple Probleme, meist Depression und Borderlinestörungen	In–Session– und Intersession–Prozesse; transaktionale Zusammenhänge, Beziehungen zum Therapieergebnis

Quelle und Darstellung: A. R. Laireiter

Die Studie von Kaiser (2014) wird aktuell in einem therapiebegleitenden, prospektiven Design weitergeführt; dabei sollen die Zusammenhänge zwischen den In-Session- und den Intersession-Prozessen detaillierter untersucht werden, ebenso wie deren jeweilige Effekte auf den Therapie-Outcome.

Selektive Ergebnisse des Projekts

Im Folgenden sollen die wichtigsten Befunde der bisherigen retrospektiven Studien zusammenfassend dargelegt werden. Der vom Erstautor mit Jöchler (2010) entwickelte „Allgemeine Intersession-Fragebogen (AISF)“ stellt die methodische Basis dieser Studien dar und erfasst mit 59 Items (5-stufiges Likert-Antwortformat) insgesamt sieben Bereiche: 1. Intensität der Beschäftigung mit den Therapieinhalten (9 Items, Cronbach's $\alpha=0,86$), 2. Art der Beschäftigung mit der Therapie (8 Items, $\alpha=0,68$), 3. Aktive Umsetzung im Alltag (8 Items, $\alpha=0,80$), 4. Emotionale Qualität der Therapieauseinandersetzung (positiv vs. negativ) (8 Items, $\alpha=0,87$), 5. Therapiebewertung zwischen den Sitzungen (5 Items, $\alpha=0,88$), 6. Emotionale Qualität der Therapienachwirkung (11 Items, $\alpha=0,81$), 7. Qualität der inneren Auseinandersetzung mit der Therapie (11 Items, $\alpha=0,71$). Das Verfahren hat sich in den verschiedenen Studien als reliabel und valide zur generalisierten retrospektiven Erfassung von Intersessionprozessen in Psychotherapien erwiesen.

Deskriptive Auswertungen der Studien von Jöchler (2010) und Schilcher (2012) zeigen, dass sich Patienten/Patientinnen ($N=204$) im Schnitt über den Therapieprozess hinweg eher häufig mit ihren Therapien beschäftigen (Skala 0 bis 4; $Md=3$) und dies in einer relativ hohen Intensität tun ($Md=4$). Weiters geben sie an, vor bzw. nach Therapiestunden ca. 1 Std. Zeit mit der Therapie zu verbringen ($Md=3$), aus ihren Therapiestunden deutliche positive Nachwirkungen zu erleben ($Md=3,5$) und sich damit auch entsprechend positiv auseinanderzusetzen ($Md=3$). Ihren eigenen Angaben zufolge machen sie sich gelegentlich Notizen oder Aufzeichnungen über ihre Therapien und reden auch regelmäßig mit vertrauten Personen darüber ($Md=jeweils 2,5$). Mehrmals wöchentlich probieren sie Therapieinhalte im Alltag auch aus bzw. setzen solche um ($Md=3$).

Folgende Korrelate konnten gefunden werden: Das Ausmaß der Intersession-Erfahrungen korreliert in einem mittleren bis höheren Ausmaß mit der wahrgenommenen Qualität der Therapiebeziehung (Schilcher, 2012: Spearman's $\rho=0,29$ -0,68; $Md/\rho=0,59$; $p\leq 0,001$; $N=54$). Mit zunehmender Dauer der Therapie nehmen Intensität und Qualität der ISP leicht ab ($\rho=-0,19$; $p\leq .05$; $N=150$). Die Korrelation mit der Therapiemotivation ist leicht bis mittelstark ($Md/\rho=0,43$; $p\leq 0,01$; $N=54$). In-Session- und Intersession-Prozesse sind in einem geringen (Ausmaß: $\rho=0,25$ -0,36; $Md/\rho=0,30$; $p\leq 0,05$; $N=54$) bis starken Ausmaß (Qualität: $\rho=0,54$ -0,69; $Md/\rho=0,60$; $p\leq 0,001$; $N=54$) miteinander assoziiert (Kaiser 2014). Keine Bezüge zeigten sich zur Art der Störung / des Hauptproblems, zur Therapiefrequenz, therapiebezogenen Kontrollerwartungen und zum Geschlecht, Alter und Bildungsstatus des Klienten / der Klientin.

Die Persönlichkeitsmerkmale „Offenheit für Erfahrung“, „Verträglichkeit“ und „Extraversion“ der Big Five von Costa und McCrae stehen in einem geringen bis mittleren positiven Zusammenhang mit Ausmaß und Qualität der Intersession-Erfahrungen ($r=0,28$ -0,39, $p\leq 0,05$ -0,01; $N=54$),

ebenso wie wahrgenommene persönliche und soziale Ressourcen ($r=27-0,69$, $p\leq 0,05-0,001$; $N=54$) (Mittendorfer 2013). Das Ausmaß an emotionaler Instabilität (Neurotizismus; $r=-0,40$ bis $-0,45$; $p\leq 0,0$; $N=54$) und das Ausmaß an subjektiver Belastetheit durch die psychischen Störungen (GSI/SCL-90-R; $r=-0,31$ bis $-0,55$; $p\leq 0,05-0,001$; $N=54$) stehen hingegen jeweils in negativer Verbindung mit Intensität und Qualität des Interessionprozesses (Mittendorfer 2013).

Ausmaß und Qualität der Interession-Erfahrungen korrelieren in einem geringen Ausmaß mit der wahrgenommenen Veränderung durch die Therapie (Bochumer Veränderungsfragebogen; Willutzki et al. 2009) ($r=-0,02-0,46$; $Md/r=0,31$; $p\leq 0,05$; $N=52$; Schilcher 2012). In einem höheren Ausmaß ist der Interession-Prozess mit der wahrgenommenen Therapiezufriedenheit assoziiert ($r=0,25-0,59$; $Md/r=0,45$; $p\leq 0,01$; $N=52$; Schilcher 2012). Vergleichbare Ergebnisse fanden Jöchler (2010) und Kaiser (2014). Mediatoranalysen zeigten, dass Interessionprozesse die Therapie-Effekte der therapeutischen Beziehung und der In-Session-Prozesse vermitteln, gleichzeitig aber auch Effekte dieser über Beziehungs- und In-Session-Prozessvariablen vermittelt werden, sich hier also multiple rekursive Prozesse zwischen den In-Session-Prozessen, den Interession-Prozessen und dem Therapieerfolg zeigen.

Zusammenfassung und Diskussion

Die bisher vorgelegten Studien lassen ein relativ klares Bild der Bedeutung von Interession-Prozessen in der ambulanten Psychotherapie erkennen. Sie stehen vor allem mit therapeutischen (In-Session-)Prozessen und der therapeutischen Beziehung in mittlerer bis stärkerer Beziehung und sind auch mit Person- und Symptommerkmalen der Klienten in mittlerem Ausmaß assoziiert. Sie scheinen einen von der therapeutischen Beziehung und dem Therapieprozess innerhalb der Therapie unabhängigen zusätzlichen Beitrag zur Varianz des Therapie-Outcomes zu leisten und sind somit für die Aufklärung von Therapievarianz von Bedeutung.

Auch wenn die bisherigen Studien mittels retrospektiver Methodik durchgeführt worden sind und daher methodisch hinsichtlich der Ursache-Wirkungszusammenhänge und auch anderen möglichen Verzerrungen (z. B. Gedächtnis- und Verarbeitungseffekte) kritisierbar sind, sind sie dennoch so vielversprechend, dass es sinnvoll erscheint, diese Prozesse in naturalistischen Studien begleitend prospektiv weiter zu untersuchen. Dies ist in weiterführenden Arbeiten geplant.

Literatur

- Hartmann, A. (1997): Therapie zwischen den Stunden. Exploration von Interession-Prozessen. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Helbig, S. & Fehm, L. (2005): Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. Empfehlungen und ihre empirische Fundierung. *Psychotherapeut*, 50, 122-128.
- Jöchler, N. (2010): Inter-Session-Prozesse: Die Auseinandersetzung zwischen den Therapiesitzungen - Merkmale, Determinanten und Effekte. Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg.

- Kanfer, F.; Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012): *Selbstmanagement–Therapie. Ein Handbuch für die klinische Praxis* (6. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kaiser, T. (2014): Die Bedeutung und Zusammenhänge psychotherapeutischer Intra- und Inter-sessionprozesse. Unveröff. Empirische Seminararbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg.
- Lambert, M.J. (2013): Introduction and historical overview. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 3–20). New York: John Wiley & Sons.
- Mittendorfer, A. (2013): Inter-session–Prozesse. Veränderungsrelevante Prozesse zwischen Therapiesitzungen und der Zusammenhang mit Therapiemotivation, externen Ressourcen und spezifischen Persönlichkeitsfaktoren. Unveröff. Empirische Seminararbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg.
- Norcross, J.C. (2011): *Psychotherapy relationships that work. Evidence–based responsiveness* (2nd. ed.). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E. (2008): Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Eine Kritik des bestehenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (PPmP)*, 58, 345–354.
- Orlinsky, D.E. & Geller, J.D.; Tarragona, M. & Farber, B. (1993): Patient representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 596–610.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987): A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Orlinsky, D.E.; Ronnestad, M.H. & Willutzky, U. (2004): Fifty years of psychotherapy process outcome research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–389). New York: John Wiley & Sons.
- Schilcher, Ch. (2012): Inter–Session–Prozesse. Die Prozesse zwischen den Sitzungen. Unveröff. Empirische Seminararbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg.
- Willutzki, U.; Uelsmann, D. & Veith, A. (2009): Psychotherapie–Erfolgsmessung: Derr Bochumer Veränderungsbogen (BON09) [Online]. Verfügbar unter: http://www.theros-online.de/download/testos/Freie_Tests/Test_OS-Fragebogen-BVB-09.pdf [Zugriff: 2.4.2012].
- Zeeck, A.; Hartmann, A. & Orlinsky, D.E. (2004): Inter–Session–Prozesse. Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (PPmP)*, 54, 236–242.

2.5.2 Wendepunkte und Ordnungsübergänge in der stationären Psychotherapie

Helmut Kronberger (Christian-Doppler-Klinik und Paracelsus Med. PrivatUniversität Salzburg)

Fragestellung

Das Referat geht der Frage nach, welche Bedingungen notwendig sind, damit es bei zeitlich begrenzten Psychotherapien von ca. 12 Wochen in einem stationären Setting zu entscheidenden Wendepunkten kommt. Psychotherapeutische Prozesse sind nur sehr beschränkt planbar, steuerbar und vorhersagbar; entscheidende Wendepunkte kommen unerwartet. In der Theorie von Selbstorganisationsprozessen werden Wendepunkte als Ordnungsübergänge verstanden: Diese gehen mit Destabilisierung einher, d. h. sie sind mit Krisen verbunden. Die notwendigen Stabilitätsbedingungen („Destabilisierung im Kontext von Stabilität“) sind in einem stationären Setting komplexer Natur, sie werden in der Organisation der gesamten Station zu finden sein, in der Struktur und Kommunikation des Teams, in der Fähigkeit des Teams, gemeinsame Haltungen zu erarbeiten und Entwicklungsräume zu öffnen, in der Bereitschaft jedes Teammitglieds und des Teams als Gesamtheit zu Resonanz sowie in gelungenen Synchronisationsprozessen. Das heißt, am Schaffen von Bedingungen für Selbstorganisation sind nicht nur Therapeut/in und Patient/in, sondern vorwiegend das gesamte Team kooperativ beteiligt.

Stationskonzept

Die Station fühlt sich grundsätzlich einem integrativen Modell („Bühnenmodell“) verpflichtet, ergänzt um methodenspezifische Ansätze. Wir gehen davon aus, dass das Stationsleben im metaphorischen Sinn eine „Bühne“ darstellt, die zu Begegnungen einlädt und die einen Rahmen bietet, in dem sich therapeutische Prozesse kristallisieren, verdichten und katalysieren. In diesem „Bühnenmodell“ wollen wir die konflikthaftern Innen- und Beziehungswelten, die uns Patientinnen und Patienten als Inszenierungen zugänglich machen, nicht nur verstehen und interpretieren, sondern wir sehen unser Team auch als Mitgestalter der Szenen. In dieser Erweiterung um eine intersubjektive Sichtweise stellen wir uns in „Co-Kreationen“ zur Verfügung. Dabei erleben wir häufig ein Spannungsfeld: Einerseits bedarf es klarer Strukturen, Regeln und Rahmenbedingungen sowohl für das Team als auch für Patienten/Patientinnen, andererseits ist dieser sichere Rahmen immer wieder zu verlassen, wenn wir mit Patienten/Patientinnen in der Wiederholung ihrer traumatischen Beziehungserfahrungen in Turbulenzen geraten. Da sind wir herausgefordert, mit ihnen verbunden, d. h. weiter in Begegnung zu bleiben, auch wenn Trennung, Entwertung oder sogar Vernichtung im Raum stehen mögen. Begegnung meint hier, sich auf den Raum dazwischen einzulassen, auf das intersubjektive Feld. Die implizite Hauptaufgabe der Psychotherapie besteht darin, dieses unmittelbare intersubjektive Feld zu regulieren. Hier sind wir vor die Herausforderung gestellt, wie wir in guter Weise „von uns selber Gebrauch machen“, d. h., wie wir durch den Anschluss an unsere Lebendigkeit einerseits, an unsere verwundeten bzw. auch verleugneten Seiten andererseits resonanzfähig werden und somit in der Begegnungsfähigkeit gestärkt werden. Sowohl in der Begegnungsphilosophie des Psychodramas

als auch im Modell des Gegenwartsmoments von Daniel Stern werden Ko-Kreativität und die Vergrößerung des intersubjektiven Feldes als wesentliches Merkmal und zugleich wichtigster Kontext für therapeutische Veränderungen gesehen. Beide Ansätze lassen sich auch mit der Theorie nichtlinearer Dynamiken bzw. der Theorie von Selbstorganisationsprozessen in Verbindung bringen.

Therapie-Monitoring

Die Station setzt ein Psychotherapie-Monitoring ein: Patienten/Patientinnen beantworten täglich online Fragen zu ihrer Behandlung: subjektive Einschätzungen zu ihrem therapeutischen Fortschritt, zur Selbstwirksamkeit, zu ihren Emotionen und Beschwerden, zur Therapeutenbeziehung, zu den Beziehungen zu Mitpatientinnen/-patienten usw. Mittels der Technik des Synergetic Navigation System (SNS) können diese Fragen bzw. Faktoren einzeln als Zeitreihen visualisiert werden. Diese veranschaulichen typische Muster des Therapieprozesses, zeigen Ordnungsübergänge und geben in einer psychodynamischen Gesamtschau auch Hinweise auf Wirkfaktoren.

Fallbeispiele zeichnen Prozesse nach, die zu entscheidenden Wendepunkten führen, dafür werden neben den Zeitreihen auch andere Darstellungsfunktionen und Analyse-Instrumente des SNS bzw. auch darin implantierte Prä-Post-Messungen genutzt. Es kann damit quasi in „Echtzeit“ nachverfolgt werden, wie die für Ordnungsübergänge notwendigen Stabilitätsbedingungen entstehen, welche Auslöser es für Krisen gibt, welche Interventionen und welche Haltungen des Teams hilfreich sind und welche Bewältigungsstrategien eingesetzt werden können. Die Beispiele zeigen auch, wie wir in den intensiven Therapieprozessen von Beginn an involviert waren und Veränderung nur in einem Miteinander hervorgebracht werden kann. Der Entwicklungsmotor ist in keinsten Weise auf die Interaktion in der therapeutischen Dyade beschränkt, sondern es entsteht der Eindruck eines weiten und komplexen intersubjektiven Feldes, in dem Begegnung und somit wechselseitige Anerkennung möglich sind.

„Die Einheit ist nicht das Individuum, die Einheit ist ein Gefüge aus Umwelt und Individuum. Der Schwerpunkt des Seins geht nicht vom Individuum aus. Er liegt im Gesamtgefüge“ (Winnicott).

Literatur

Kronberger, H. (2014): Therapeutische Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie: Veränderungsprozesse in Fallvignetten. In I. Sammet, G. Dammann & G. Schiepek (Hrsg.). Der psychotherapeutische Prozess. Stuttgart: Kohlhammer (in Druck).

Kronberger, H. & Aichhorn, W. (2014): Selbstorganisation in der stationären Psychotherapie. Die Strukturierung therapeutischer Prozesse durch Begegnung. Göttingen: Hogrefe (in Druck).

Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B. (2013): Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen: Hogrefe.

2.5.3 Körperleben als Prädiktor für Konzentrierte Bewegungstherapie

Helga Hofinger et al. (Medizinische Universität Wien)

Unter dem Begriff Körpererleben werden die Orientierung am eigenen Körper und das subjektive Erleben des eigenen Körpers zusammengefasst.

In den letzten Jahren tritt das Körpererleben in seiner grundlegenden Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung vermehrt in den Fokus des klinischen Interesses.

Die prädiktive Validität des Körpererlebens für die Genese und den Verlauf von Essstörungen ist mittlerweile klinisch evident und durch viele Studien belegt.

Allerdings gibt es wenige Untersuchungen, weder zum Körpererleben bei anderen Störungsbildern, wie Depressionen, narzisstischen Störungen, Traumatisierungen und somatoformen Störungen, noch dazu, welche Patientinnen/Patienten von einer körperpsychotherapeutischen Behandlung (hier die „Konzentrierte Bewegungstherapie“, KBT) profitieren können.

Die Konzentrierte Bewegungstherapie ist eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, basierend auf den entwicklungspsychologischen Grundlagen von Objektbeziehungstheorie und Säuglingsforschung.

Durch die Aufforderung zu Wahrnehmung und Bewegung werden die Patientinnen/Patienten angeregt, sich in ihrer Subjektivität zu erleben, und sie bekommen Zugang zu bewussten und unbewussten körperlichen und psychischen Inhalten. Die Arbeit am Körpererleben wird als zentraler Weg zum Selbsterleben und zu unbewussten Prozessen konzipiert. Unter Zugang zum Körpererleben wird eine Haltung aufmerksamen Wahrnehmens verstanden, die es ermöglicht, eigene Empfindungen und Affekte zu beobachten. Das Erlebte wird angesprochen, seine Bedeutung reflektiert und sowohl verbal, als auch mittels anderer Methoden (Wahrnehmungs- und Handlungsangebote) bearbeitet. Ein weiteres technisches Charakteristikum dieser Methode ist der therapeutische Einsatz von Gegenständen.

Die vorliegende Studie untersucht im Wesentlichen drei Fragestellungen. Eine Fragestellung widmet sich dem Zusammenhang zwischen ICD-10 – Diagnose und Körpererleben. Eine weitere Frage besteht in einer möglichen Wechselbeziehung zwischen BMI, Alter, Geschlecht und Körpererleben (Prä –post – Untersuchung). Außerdem wird erforscht, inwieweit eine Einflussnahme des Körpererlebens zu Beginn der stationären Aufnahme auf das Stundenerleben in der Konzentrierten Bewegungstherapie als Gruppentherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie besteht.

Die Untersuchung wurde im Zeitraum Mai 2008 bis Juni 2012 unter naturalistischen Bedingungen an der Psychosomatischen Station der klinischen Abteilung für Sozialpsychiatrie der Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien durchgeführt.

Das Körpererleben wurde mittels des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35), das Stundenerleben in der Konzentrativen Bewegungstherapie durch den Stundenbogen zur Konzentrativen Bewegungstherapie – Gruppe (SB-KBT-G) erfasst.

Vorläufige Ergebnisse bezüglich eines Zusammenhangs zwischen ICD-10 Diagnose und Körpererleben (DKB-35) in einer Prä-post-Untersuchung zeigen eine Steigerung der Mittelwerte aller untersuchten Diagnosegruppen (affektive Störungen, Essstörungen, somatoforme- und Persönlichkeitsstörungen) im Bereich Vitalität. Diese Zunahme kann als subjektive Einschätzung eines Anstiegs von Leistungsfähigkeit und erhöhter Widerstandskraft gesehen werden. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die eng mit Selbstakzeptanz verbunden ist, steigt vor allem in der Gruppe der Essstörungen, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und der affektiven Störungen. Sexuelle Erfüllung entwickelt sich bei Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und affektiven Erkrankungen positiv. Die subjektive Tendenz, körperliche Nähe zu anderen zu suchen, erhöht sich sowohl bei Persönlichkeitsstörungen, als auch bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen. Die Dimension Körpernarzissmus zeigt bei Patientinnen/Patienten mit anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen einen hohen Ausgangswert, der im Laufe des stationären Aufenthaltes nahezu unverändert hoch bleibt.

Die Korrelation zwischen Körpergewicht und Körpererleben erbrachte einen positiven Zusammenhang zwischen Normal- und leichtem Untergewicht und Selbstakzeptanz. Übergewichtige gaben geringere Selbstakzeptanz als Normal-, Untergewichtige und Anorektikerinnen/Anorektiker an. In der Dimension Vitalität zeichnet sich die Tendenz ab, dass diese mit einem BMI > 25 zu sinken beginnt.

Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen Alter und Körpererleben ergab eine Zunahme der Selbstakzeptanz mit steigendem Lebensalter.

Männer verfügen im Vergleich zu Frauen über höhere Selbstakzeptanz.

Die Ergebnisse bezüglich Körpergewichts, Alter und Geschlecht stehen in Einklang mit bereits veröffentlichten Ergebnissen. (vgl. Matthes et al 2012, Stumpf et al. 2011, Pöhlmann et al. 2008, Sack et al. 2002).

In der Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen Körpererleben zu Beginn der stationären Behandlung und Stundenerleben in der Konzentrativen Bewegungstherapie wurde eine positive Korrelation zwischen Vitalität und Selbstakzeptanz und körperbezogenem Selbsterleben gefunden: Patientinnen/Patienten, die sich in ihrem Körper wohl und körperlich leistungsfähig fühlen, können auch in der Konzentrativen Bewegungstherapie ihren Körper annehmen, ihn affektiv positiver erleben, sie sind im körperlichen Tun unbekümmerter als Patientinnen/Patienten, die sich in ihrem Körper unwohl und körperlich angeschlagen fühlen. Körperliche Selbstakzeptanz scheint eng mit Selbstwert zusammen zu hängen und wird von Pöhlmann et al. (2014) als Prädiktor für den globalen Selbstwert der Person bezeichnet.

Affiliation

Helga Hofinger, Psychotherapeutin (KBT), Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Medizinische Universität Wien, 1090 Wien, Währingergürtel 18-20, helga.hofinger@meduniwien.ac.at

2.5.4 Psychoedukation für Patienten mit bipolaren Erkrankungen

*Christian Simhandl, Stefanie Krasa und Barbara König
(Bipolar Zentrum Wiener Neustadt, Österreichische Gesellschaft für Bipolare Erkrankungen)*

Psychoedukation und Peer-to-Peer-Beratung

Der Begriff „Psychoedukation“ bezeichnet die Informationsvermittlung über eine Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten, die dazu dient, die psychische Befindlichkeit der Patienten/Patientinnen zu verbessern bzw. zu stabilisieren. Mangelnde Information über die Erkrankung, den Verlauf, mögliche Auslöser und aufrechterhaltende Faktoren sowie über Behandlungsmöglichkeiten führt zu Verunsicherung bezüglich des Behandlungserfolgs, beeinflusst die Therapietreue und hat somit einen negativen Einfluss auf den weiteren Verlauf (nach Dietrich, Wagner u. Bräunig 2003).

Psychoedukation stellt eine validierte therapeutische Methode in der Behandlung bipolarer Störungen dar. Peer-to-Peer-Angebote gelten ebenso als effektive und kostengünstige Alternative, um eine oftmals nicht optimale professionelle Versorgung zu ergänzen.

Unter ‚peer to peer‘ versteht man, dass Betroffene andere Betroffene beraten und in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützen. Diese Peer-to-peer-Beratung soll nicht die Therapie (durch Ärzte/Ärztinnen, Psychologinnen/Psychologen, andere Therapeuten/Therapeutinnen) oder die Pflege ersetzen, sondern stellt einen weiteren sehr wertvollen Bestandteil in einem komplexen Behandlungsprogramm dar.

Die ÖGBE (Österreichische Gesellschaft für Bipolare Erkrankungen) bietet seit 2009 Psychoedukationsgruppen an. Im Jahr 2010 wurde in Zusammenarbeit mit dem Psychosozialen Dienst Wien (PSD) ein Pilotprojekt für Psychoedukation bei bipolar Erkrankten gestartet und evaluiert. Es wurden jeweils im Rahmen von acht Gruppensitzungen (je 90 Minuten, ein Mal wöchentlich) psychoedukative Inhalte von ärztlichen Spezialisten oder von geschulten Betroffenen (mit wöchentlicher Supervision) an Betroffene vermittelt (peer to peer).

Ziele des psychoedukativen Gruppenprogramms sind:

- » Aktivierung von Selbsthilfemöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung;
- » Vermittlung des Gefühls, mit der Erkrankung nicht allein zu sein, verstanden zu werden, Entlastung von Angst-, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen;
- » Ausschöpfung der Möglichkeiten des Gruppenprozesses und der Gruppendynamik.

Fragestellung

- » Verändert Psychoedukation bei bipolar Erkrankten die Einstellung zur Erkrankung?
- » Wie wird Gruppenpsychoedukation durch die Peers angenommen?
Gibt es Einflussfaktoren auf den Effekt?

Methodik

Die Daten wurden mit einem Anamnesebogen und der Krankheitskonzept-Skala nach Linden et. al. (1988) erhoben, die Krankheitskonzept-Skalen wurden vor und nach der Gruppenedukation erfasst.

Die Daten wurden mittels SPSS 13.0 statistisch ausgewertet. Zur Anwendung kamen Häufigkeitsberechnungen, t-Test, Wilcoxon-Test und ANOVA. Das Signifikanzniveau lag nach der Berechnung der α -Korrektur nach Bonferroni bei $p=0,002$ (gerundet).

Stichprobenbeschreibung:

55,1 Prozent der 137 Gruppenteilnehmer/innen waren Frauen, das durchschnittliche Alter betrug 44,2 Jahre. 39,4 Prozent waren ledig, 36,5 Prozent lebten in einer Partnerschaft und 24,1 Prozent waren geschieden oder verwitwet. 39,5 Prozent waren berufstätig, 16,7 Prozent arbeitslos und 36 Prozent in Alters-, Früh- oder Invaliditätspension.

Drop-Out

56 Personen (40,9 %) brachen die Teilnahme an den Gruppen ab und konnten trotz aktiver Bemühungen nicht zu einer weiteren regelmäßigen Teilnahme motiviert werden. Die Daten wurden auf mögliche Einflussfaktoren untersucht, die den Abbruch der Teilnahme an der Gruppe erklären können. Es fanden sich signifikant weniger Abbrecher in den durch Spezialisten geleiteten Gruppen (27 %) als in den Peer-to-Peer Gruppen (39 %; $p=0,000$).

Ergebnisse

Von den insgesamt 137 Teilnehmern und Teilnehmerinnen wurden soziale und krankheitsbezogenen Daten sowie die Einstellungen zur Erkrankung und zur Behandlung erhoben (Krankheitskonzept).

Krankheitsbezogene Daten:

Die Gruppenteilnehmer/innen waren bei Beginn der bipolaren Erkrankung durchschnittlich 27,9 Jahre alt und zu Gruppenbeginn seit durchschnittlich 16,5 Jahren krank. Trotzdem gaben 22 Prozent an, bisher keine stationären Aufnahmen aufgrund der bipolaren Erkrankung gehabt zu haben. 40,2 Prozent gaben somatische Erkrankungen an. 38,5 Prozent waren Raucher, 4,5 Prozent gaben Drogenkonsum und 25,7 Prozent Alkoholkonsum (keine Alkoholabhängigkeit!) an.

Der Großteil der Gruppenteilnehmer/innen (75,4 %) erhielt eine Psychopharmaka-Kombinationstherapie, 3,7 Prozent nahmen zu Gruppenbeginn keinerlei Psychopharmaka ein, immerhin 16,1 Prozent hatten trotz bekanntem bipolaren Verlauf keine Phasenprophylaxe.

Krankheitskonzept

Von 62 Personen konnten vollständig ausgefüllte Krankheitskonzept-Skalen zu Beginn und Ende der Gruppenedukation ausgewertet werden. Es zeigte sich, dass die Gruppenteilnahme negative Erwartungen und ideosynkratische Annahmen reduzierte, das Medikamenten- und Arztvertrauen erhöhte und das allgemeine Krankheitsverständnis für die bipolare Erkrankung verbesserte. Allerdings konnten diese Effekte nur bei GruppenteilnehmerIn/-teilnehmerinnen festgestellt werden, die keinen Alkoholkonsum angaben. Personen, die Alkoholkonsum (keine Abhängigkeit) angaben, zeigten keine signifikanten Veränderungen im Krankheitskonzept durch die Gruppenteilnahme.

Schlussfolgerung

Die Unwissenheit und Unklarheit, die durch das Verhalten von behandelnden Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen im Rahmen des Zuweisungs- und Rekrutierungsprozesses entsteht, weist darauf hin, wie dringlich die Aufklärung von Personen im österreichischen Gesundheitssystem über (die Wirkung von) Psychoedukation wäre. Psychoedukation bei Patientinnen und Patienten mit bipolaren Störungen wird aber noch immer nicht als psychotherapeutische Behandlung anerkannt und honoriert.

Aufgrund des hohen Zufriedenheitsgrades der Betroffenen und der Veränderung in der Sicht auf die eigene Erkrankung, die sich in der Evaluation zeigten, sollte eine Psychoedukationsgruppe unbedingt in ein umfassendes Behandlungsprogramm integriert werden.

Literatur

- Baethge, C.; Gruschka, P.; Smolka, MN.; Berghöfer, A.; Bschor, T.; Müller-Oerlinghausen, B.; Bauer, M. (2003): Effectiveness and outcome predictors of long-term lithium prophylaxis in unipolar major depressive disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2003 September; 28(5): 355-361.
- Berghöfer, A.; Kossmann, B.; Müller-Oerlinghausen, B. (1996): Course of illness and pattern of recurrences in patients with affective disorders during long-term lithium prophylaxis: a retrospective analysis over 15 years. *Acta Psychiatr Scand* 1996/93:349-54.
- Dietrich, G.; Wagner, P.; Bräunig, P. (2003): Psychoedukation in der Behandlung bipolarer affektiver Erkrankungen.
- Linden M, Nather J, Wilms HU. (1988): Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschr Neurol Psychiat* 1988; 56: 35-43
- Wagner, P.; Bräunig, P. (2004): Psychoedukation bei bipolaren Störungen – Ein Therapiemanual für Gruppen. Schattauer Verlag, Stuttgart / New York
- Simhandl C. & Lang A. V. (2009): Psychoedukation bei bipolaren Störungen. In: *Facharzt*, 2009/3:16-18
- Simhandl C. & Wunsch C. (2011): Psychoedukation mit Schwerpunkt bipolar affektiver Störungen. In: *Der Mediziner*, 2011/12:22-26
- Simhandl C. Management der Bipolaren Störungen *Österreichische Ärztezeitung ÖÄZ* 5, S24-32, 10.3.2013, www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/.../State_Bipolare_Stoerungen.pdf
- Christian Simhandl, Barbara König, and Benedikt L. Amann (2014): A Prospective 4-Year Naturalistic Follow-Up of Treatment and Outcome of 300 Bipolar I and II Patients. *J Clin Psychiatry* 2014/75(3):254-263. in press
- Christian Simhandl, Joaquim Radua, Barbara König, Benedikt L. Amann (2015): The prevalence and effect of life events in 222 bipolar I and II patients: A prospective, naturalistic 4 year follow-up study. *JAD* 170:166-171

2.6 Session 6: Spezielle Settings und Patientengruppen

Moderation: Christian Korunka

2.6.1 Fallbericht: „Es hört nie auf“ – Beschreibung einer Krisensituation in der Behandlung eines Patienten mit Persönlichkeitsstörung an der Forensischen Ambulanz

Margarete Finger-Ossinger (Medizinische Universität Wien)

Fragestellung

Unter welchen Bedingungen kann es sinnvoll und zulässig sein, bei frühen Störungen mehrere psychotherapeutische Methoden anzuwenden?

Der vorliegende Fallbericht soll einerseits anhand eines Ausschnitts des psychotherapeutischen Prozesses die Veränderungsmöglichkeiten eines Patienten mit schlechter Prognose aufzeigen, andererseits die Hypothese untermauern, dass es sinnvoll ist, besonders bei frühen Störungen durch Bindungsstörung (vgl. Bowlby 2011) mehrere psychotherapeutische Methoden anzuwenden bzw. anzubieten.

Es wird von einer Krisensituation im Befinden eines Patienten mit den Verlaufsdiagnosen „instabile Persönlichkeitsstörung“, „kombinierte Persönlichkeitsstörung“ und „Male Depression“ berichtet. Der Patient wurde im Rahmen einer Weisung zur Psychotherapie an einer forensischen Ambulanz behandelt, die nach den Kriterien der ‚Personenzentrierten Psychotherapie‘ und der ‚Körperpsychotherapie‘ durchgeführt wurde. Aufgrund der multiplen Traumatisierung des Patienten wurde auch die ‚Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie‘ (PITT) nach Reddemann angewandt.

Behandlungskontext

Die Behandlung des Patienten wurde an der forensischen Ambulanz durchgeführt. Dort werden Patienten und Patientinnen aufgrund einer richterlichen Weisung zur Psychotherapie vorstellig, deshalb erfolgt die Psychotherapie im Zwangskontext.

Aufgrund der Hypothese einer multiplen Traumatisierung und einer unsicheren Bindung lag das besondere Augenmerk während des gesamten Therapieverlaufs auf der stabilen therapeutischen Beziehung. Die personenzentrierte Haltung sollte eine andere Beziehungserfahrung ermöglichen. Die ‚Personenzentrierte Psychotherapie‘ vertraut auf die Selbstaktualisierungskräfte des Menschen. Wesentlich ist eine gelingende therapeutische Beziehung, in der der Patient seine

Inkongruenzen bewusst wahrnehmen kann. Akzeptanz des Patienten als Person ist ein wesentlicher Faktor für das Freilegen der Selbstaktualisierungskräfte (vgl. Keil/Stumm 2002).

Im gesamten Therapieverlauf waren sowohl der verbal-kognitive Bereich, die visuellen Bilder und die Emotionen des Patienten im Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Aufgrund der Anamnese konnte auf eine frühe Deprivation des Patienten im vorsprachlichen Alter geschlossen werden, was auch eine besondere Beachtung der Bewegungsebene und der Empfindungsebene – beides wichtige Ebenen der Körperpsychotherapie – nahelegte.

Die im gegenständlichen Fall angewandte körperpsychotherapeutische Methode stützt sich unter anderem auf die neueren Theorien zur Bedeutung von Emotionen. Mentale Prozesse werden über Emotionen vermittelt, die ihrerseits über Gedanken und somatische Signale erfahrbar werden. Damasio (1997) sieht aus neurowissenschaftlicher Sicht Emotionen als Veränderungen von Körperzuständen an. Dieser Theorie zufolge ist die Wahrnehmung von Gefühlen an die Fähigkeit zur körperlichen Selbstwahrnehmung gebunden. Wenn Gefühle nicht wahrgenommen werden können und nur physiologische Reaktionen auftreten, steigt das Risiko für körperliche Erkrankungen, weil die Steuerungsmöglichkeit für die emotionalen Prozesse verringert wird.

Die Anwendung der ‚Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie‘, die insbesondere zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen entwickelt wurde, trug wesentlich dazu bei, dass der Patient trotz Krisen zunehmend das Gefühl für Selbstwirksamkeit entwickelte. PITT – als ein Konzept zur spezifischen Behandlung von multiplen Traumata (vgl. Reddemann 2013/14) – konnte den Patienten befähigen, sich selbstgesteuert mit Gefühlen zu assoziieren oder zu dissoziieren, und ihm das Versorgen von verletzten Persönlichkeitsanteilen ermöglichen.

Ergebnis

Anhand der ausschnittweisen Darstellung des psychotherapeutischen Prozesses eines forensischen Patienten mit schlechter Prognose (und zusätzlich unterschiedlichen Zielvorstellungen von Patient und Institution) konnte zumindest in diesem Fall die Sinnhaftigkeit gezeigt werden, mehrere psychotherapeutische Methoden – besonders bei frühen Störungen – reflektiert im Dialog mit dem Patienten anzubieten und anzuwenden.

2.6.2 „Surf your emotions“ – Ein Pilotprojekt mit Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT-A) bei Jugendlichen in Wien

Eva Pollak, Robert Diehm und Eva Weigl

Hintergrund

Die ‚Dialektisch Behaviorale Therapie für Adoleszente‘ (DBT-A) wurde von Miller, Rathus und Linehan (2007) für Jugendliche mit Suizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen in Anlehnung an die DBT für Erwachsene entwickelt. Die DBT stellt im Erwachsenenbereich einen gut untersuchten, wirksamen Therapienansatz für Borderline-Persönlichkeitsstörungen dar (z. B. Linehan et al. 1999). Nach bisherigen Untersuchungsergebnissen ist die DBT-A für Jugendliche ebenfalls hilfreich (Plener et al. 2010, Fleischhaker et al. 2011), es fehlen jedoch noch randomisiert kontrollierte Studien dazu (vgl. Quinn 2009).

Ein ambulantes DBT-A-Behandlungsangebot beinhaltet klassischerweise vier Bausteine: (1) wöchentliche Familien-Skills-Gruppe, (2) wöchentliche DBT-A-Einzeltherapie, (3) Telefoncoaching für Krisensituation und (4) Consultation Team Meetings (Intervisionsgruppe). In der Skillsgruppe werden Fertigkeiten zur Bewältigung emotional schwieriger Situationen vermittelt. Das Programm besteht aus den fünf Modulen „Achtsamkeit“, „Stresstoleranz“, „Emotionsregulation“, „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“, „Den Mittelweg finden“.

In Österreich gibt es derzeit noch keine etablierten DBT-A-Behandlungsangebote und nur wenige Therapeuten/Therapeutinnen, die mit DBT arbeiten. Aufgrund der kinder- und jugendpsychiatrischen Unterversorgung und der großteils privat zu finanzierenden Psychotherapie ist es generell schwierig, adäquate ambulante Behandlungsangebote für diese sehr belastete Patientengruppe zu finden.

Design der Studie und Fragestellungen

In Anpassung an diese Versorgungsbedingungen bieten wir derzeit in einer Pilotstudie eine adaptierte Form der ambulanten DBT-A an. Zu den Therapiebausteinen gehören die wöchentliche Skillsgruppe unter Einbezug der Familie (17 Sitzungen, davon 3 Familiensitzungen), die Kooperation mit den niedergelassenen Einzeltherapeuten/-therapeutinnen (unterschiedlicher Therapierichtungen), ein Telefoncoaching-Angebot durch die Gruppenleiterin und eine externe Telefonsupervision durch eine zertifizierte DBT-A-Supervisorin. In einem Ein-Gruppen-prä-post-Design sollen die Realisierbarkeit (feasibility) und die mögliche Wirksamkeit dieses Therapieangebotes hinsichtlich der Zielvariablen ‚emotional-instabile Symptomatik‘, ‚Emotionsregulationsstrategien‘ und ‚psychopathologische Gesamtbelastung‘ untersucht werden.

Methoden

Stichprobe: Geplant ist eine Stichprobe von N=15. Eingeschlossen werden Jugendliche (1) im Alter von 13–19 Jahren, die (2) mindestens drei Symptome einer Borderline–Störung und (3) non–suizidale selbstverletzende und/oder suizidale Verhaltensweisen in den letzten vier Monaten zeigen. Ausschlusskriterien sind stationäre Behandlungsbedürftigkeit, eine Suchtstörung als Hauptdiagnose oder eine starke kognitive Einschränkung (IQ < 80).

Messinstrumente: Es werden standardisierte Selbst– und Fremdbeurteilungsinstrumente (klinische Interviews und Fragebögen) eingesetzt. Die Achse–I–Diagnosen nach ICD–10 werden mit dem M.I.N.I.–KID 6.0 (Sheehan et al. 2010) erfasst, die Borderline–spezifische Symptomatik mit dem SKID–II–Interview (Wittchen et al. 1997), dem LPI (Rathus & Miller 1995) und dem FASM (Functional Assessment of Self–Mutilation, Lloyd et al. 1997). In der Selbstbeurteilung wird die Psychopathologie durch die SCL–90–R (Franke 1995) und das BDI–II (Hautzinger et al. 2006) erfragt, in der Proxy–Beurteilung durch die CBCL (Döpfner et al. 1998). Die Emotionsregulationsstrategien werden mit dem FEEL–KJ (Grob & Smolenski 2005) erhoben. Der Schweregrad der Erkrankung (CGI, Guy 2000) und die psychosoziale Funktionsfähigkeit (GAF–Score, Saß et al. 2003) werden durch die Kliniker eingeschätzt.

Ausgewählte Ergebnisse zur Emotionsregulation

Bisher konnten in zwei Therapiedurchgängen die Daten von zehn Jugendlichen (7 weiblich) zu beiden Messzeitpunkten gewonnen werden. Das durchschnittliche Alter betrug 16,4 Jahre (SD 1,58). Im Mittel wurden pro Patient/in drei ICD–10–Diagnosen (SD 1,24) vergeben, hauptsächlich aus den Bereichen ‚Affektive Störungen‘ (F3), ‚Angst– und Belastungsstörungen‘ (F4) und ‚Persönlichkeitsstörungen‘ (F6). Neun der zehn Jugendlichen wurden psychopharmakologisch behandelt. Selbstverletzendes Verhalten (NSSI) bestand im Mittel seit dem 13,3 Lebensjahr (SD 1,95), vor der Behandlung im Mittel zwei Mal pro Woche. Acht Jugendliche hatten Suizidversuche hinter sich, im Mittel 2,4 (SD 1,2). In der Proxy–Einschätzung wurden klinisch relevante Symptome v. a. aus dem internalisierenden Störungsbereich angegeben. Im Prä–post–Vergleich konnte eine geringfügige Abnahme in der Verwendung maladaptiver Strategien der Emotionsregulation und tendenziell eine Zunahme in der Verwendung adaptiver Strategien der Emotionsregulation ($p=0,31$) nach der Behandlung verzeichnet werden. Nach einer Poweranalyse könnte diese Differenz bei einer Stichprobengröße von N=46 signifikant werden. Ebenso fand sich tendenziell eine Abnahme Borderline–spezifischer Probleme in der Selbstbeurteilung ($p=0,33$).

Zusammenfassung und Diskussion

Nach den bisherigen Erfahrungen ist ein ambulantes Behandlungsangebot mit DBT–A unter den Versorgungsbedingungen in Wien mit Abstrichen (v. a. keine passende Einzeltherapie) implementierbar. Erste Ergebnisse an einer Teilstichprobe deuten auf eine Abnahme Borderline–spezifischer Probleme und eine Zunahme im Einsatz adaptiver Strategien der Emotionsregulation hin. Methodische Limitationen sind die kleine Stichprobe, die fehlende Kontrollgruppe und mehrere intervenierende Variablen.

Literatur

- Döpfner, M. et al. (1998a): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) Köln: AG Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Fleischhaker, C. et al. (2011): Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 5: 3
<http://www.capmh.com/content/5/1/3>
- Franke, G.H. (1995): Die Symptom Checkliste von Derogatis- Deutsche Version - Manual. Göttingen: Beltz
- Glenn, C.R. & Klonsky, E.D. (2013): Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 42 (4): S. 496-507.
- Grob, A. & Smolenski, C. (2005): Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ). Bern: Hans Huber.
- Guy, W. (2000): Clinical Global Impressions Scale (CGI). *Psychiatric Measures*. Washington DC: APA
- Hautzinger, M. et al. (2006): BDI-II. Beck Depressions Inventar, Revision. Frankfurt a.M.: Harcourt.
- Linehan, M.M. et al. (1991): Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064
- Lloyd, E.E. et al. (1997): Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.
- Mehlum, L. et al. (2014): Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53 (10): S. 1082-91
- Miller, A.L. et al. (2007): Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press.
- Plener, P.L. et al. (2010): Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 38: 77-89
- Quinn, C.R. (2009): Efficacy of dialectical behaviour therapy for adolescents. *Australian Journal of Psychology* 61, 156-66.
- Rathus, J.H. & Miller, A.L. (1995): Life Problems Inventory. Unpublished Manuscript. New York: Montefiore Medical Center/ Einstein College of Medicine.
- Sheehan, D., Shytle, D., Milo, K., Janavs, J. & Lecrubier, Y. (2010): M.I.N.I. KID 6.0 Austria/German - Version of 25 Mar 11 - Mapi Institute
- Wittchen, H.U. et al. (1997): SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

2.6.3 Wirksamkeit von Laienhilfe für Migrantinnen und Migranten mit posttraumatischen Belastungsfolgen: Schlussfolgerungen auf unspezifische Effekte in der Psychotherapie und Forderung nach Psychotherapeuten und -therapeutinnen mit Migrationshintergrund

Walter Renner (Pan-European University Bratislava) und Heidi Siller (Leopold-Franzens-Universität Innsbruck)

Fragestellung

Migrantinnen und Migranten leiden nicht nur unter post-traumatischen Belastungssymptomen, sondern häufig zusätzlich unter erheblicher Stressbelastung im Zuge der Akkulturation im Aufnahmeland. Konventionelle psychotherapeutische, psychiatrische und klinisch-psychologische Angebote werden häufig nicht in Anspruch genommen oder scheitern an sprachlichen bzw. kulturellen Barrieren.

Drei vom Fonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung (FWF) finanzierte Studien, welche jeweils auf zwei Jahre angelegt waren, untersuchten daher Alternativen zu professionellen Behandlungsangeboten im Bereich der Laienhilfe. Die hier gewonnenen Erfahrungen sollten zugleich Hinweise auf unspezifische Effekte im Rahmen regulärer Psychotherapie geben. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob und inwieweit muttersprachliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Migrationshintergrund für Migrantinnen und Migranten von Vorteil sind.

Design

Studie 1 untersuchte 94 Asylsuchende bzw. anerkannte Flüchtlinge aus Tschetschenien (N = 94). Diese wurden randomisiert folgenden Angeboten zugeteilt:

- » (1) angeleiteten muttersprachlichen Selbsthilfegruppen (ASHG), welche sich 15 Wochen hindurch wöchentlich trafen,
 - » (2) kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) mit Dolmetsch im Gruppensetting,
 - » (3) Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) mit Dolmetsch sowie
 - » (4) einer Warte-Kontrollgruppe (WKG).
- Die WKG erhielten nach Abschluss der Wartezeit dieselbe Intervention wie die ersten ASHG.

In analoger Weise wurden in Studie 2 ASHG für 66 Arbeitsmigrantinnen aus der Türkei mit rezidivierender chronischer Depression (N = 66) randomisiert

- » (1) einer muttersprachlichen ASHG über 15 wöchentliche Sitzungen,
- » (2) KVT über 15 wöchentliche Gruppensitzungen mit Dolmetscherin und
- » (3) einer WKG zugeteilt.

Studie 3 untersuchte, ebenfalls in in einem randomisierten Design, die Effekte von Patenschaften für erwachsene Asylsuchende und anerkannte Flüchtlinge aus Tschetschenien und Afghanistan. Insgesamt wurden 63 Personen einer Patenschaft oder einer WKG für die Dauer von sechs Monaten zugeteilt (N = 63).

In allen drei Studien wurden klinische – insbesondere post-traumatische – Symptome mittels Selbstbeurteilungsfragebögen vor und nach der Intervention sowie bis zu sechs Monate nach Abschluss der Interventionen gemessen. Zusätzlich wurden qualitative Interviews geführt, um den subjektiven Gewinn bzw. das persönliche Erleben der Teilnehmenden zu erfassen.

Ergebnisse

In den Studien 1 und 3 zeigte sich im Rahmen der statistischen Analyse der Fragebogendaten jeweils im Vergleich zu den WKG eine statistisch signifikante Reduktion der klinischen Symptomatik mit Effektstärken knapp unter 1,00. In Studie 1 war AHSG gleich wirksam wie KVT. Im Gegensatz dazu erwiesen sich in Studie 2 sowohl AHSG als auch KVT als wirkungslos, d. h., beide Interventionen waren hinsichtlich der Symptomreduktion der WKG nicht signifikant überlegen.

Die qualitative Evaluation wies in Übereinstimmung mit den quantitativen Analysen in Studie 1 und Studie 3 die Nützlichkeit der ASHG aus, wobei insbesondere palliative Aspekte betont wurden: die Teilnehmenden hatten den sozialen Austausch als hilfreich wahrgenommen und berichteten, vom Erlebnis des sozialen Austausches und der gegenseitigen Unterstützung profitiert zu haben. Es sei ihnen jedoch schwer gefallen, das Gelernte außerhalb des geschützten Rahmens der ASHG im Alltag umzusetzen.

Im Falle der türkischen Arbeitsmigrantinnen (Studie 2) zeigte sich zwar einerseits, dass die Teilnehmerinnen den Gruppenbesuch subjektiv als unterstützend und nützlich wahrgenommen hatten, andererseits wurde aber auch deutlich, dass die durchwegs jungen und "fachfremden" Leiterinnen der ASHG sowie die Leiterin der KVT-Gruppen die Erwartungen der Teilnehmerinnen an "charismatische Heilerpersönlichkeiten" nicht erfüllt hatten.

Die Ergebnisse der Studien 1 und 3 deuten auf die zentrale Rolle erlebter sozialer Unterstützung als Wirkfaktor – auch im Rahmen konventioneller Psychotherapie. Studie 1 unterstreicht zusätzlich die Wichtigkeit von Empowerment bzw. Selbst-Management als unspezifische therapeutische Wirkfaktoren.

Das negative Ergebnis von Studie 2 unterstreicht jedoch die Notwendigkeit, im Falle komplexer Problemstellungen – wie sie im Falle der türkischen Arbeitsmigrantinnen vorliegen –, vermehrt muttersprachliche Psychotherapeuten/-therapeutinnen, welche den kulturellen Hintergrund der Behandelten teilen, auszubilden und im Rahmen fester Anstellungsverhältnisse im stationären und ambulanten Bereich (z. B. in Beratungsstellen) zu beschäftigen. Zusätzlich wäre die verstärkte Kooperation mit Hausärzten/-ärztinnen zu fordern, um die Inanspruchnahme spezialisierter Dienste durch Migranten und Migrantinnen zu fördern und Hindernisse zu reduzieren.

Probleme/Ressourcen/Hilfestellungen bei der Studienumsetzung

In Studie 3 zeigte sich für uns überraschend, dass das gut gemeinte Angebot sozialer Unterstützung im Rahmen von Patenschaften insbesondere von tschetschenischen und afghanischen Männern nur zögernd, mit Misstrauen oder gar nicht angenommen wurde. Im Gegensatz dazu erwies es sich als überraschend leicht, mit Unterstützung der Massenmedien geeignete Patinnen und Paten aus der einheimischen Bevölkerung Tirols anzuwerben.

Künftige Forschungen auf diesem Gebiet sollten berücksichtigen, dass die ehrenamtliche Gewährung sozialer Unterstützung zwar den Selbstwert der Helfenden fördert, aber jenen der Unterstützten gefährdet, weshalb die Annahme solcher Angebote keineswegs als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann. In Übereinstimmung mit der traditionellen Rollenerwartung moslemischer Familien erwiesen sich schließlich jene Patenschaften am günstigsten, in welchen ein österreichisches Ehepaar eine Patenschaft für ein tschetschenisches oder afghanisches Ehepaar übernommen hatte. Obwohl die Unterstützung der Kinder nicht Gegenstand der Studie war, ließ sich auf diesem Weg insbesondere in der frühen Projektphase am leichtesten Zugang zu den Familien finden.

2.7 Session 7: Forschungsleitende Diskurse in der Psychotherapie

Moderation: Brigitte Schigl

2.7.1 Warum es feministische Psychotherapiewissenschaften braucht

*Angelika Gruber, Corinna Obrist und Sabine Kirschenhofer
(Institut feministischer Psychotherapiewissenschaften (IFPW))*

Michel Foucault weist in seinen Arbeiten darauf hin, dass Wissenssysteme immer mit herrschenden Machtverhältnissen zu tun haben. Insofern muss das Konzept „Psyche“ in aktueller politischer Historie als „Wahrheit“ verstanden werden. Denn „Wissenssysteme und symbolische Systeme machen uns zu denen, die wir sind“ (Illouz 2011, 19). Die Wahrheit um die Existenz der Psyche und die Etablierung psychologischen Wissens haben damit zu einer veränderten Form des „Subjekt-Seins“ geführt. Menschen werden in spätmodernen Gesellschaften als psychische Subjekte adressiert und verstehen sich selbst als solche. Daran wird erkennbar, wie sich Foucault'sche Macht im Selbstverständnis des Subjekts ausdrückt: Macht nimmt „eine psychische Form an, die die Selbstidentität des Subjekts ausmacht“ (Butler 2001, 9).

Diese kurz angeführten Überlegungen lassen sich in folgende Fragestellungen übersetzen, die unsere Arbeit am Institut feministischer Psychotherapiewissenschaften leiten werden:

1. Facts: Psychotherapie etabliert sich zunehmend als Frauenberuf (Grafik Psyonline), „60–75 % der Psychotherapieklientinnen/–klienten sind weiblich.“ (Schigl 2012, S. 127)

Inwiefern reproduzieren diese Fakten tradierte Geschlechterverhältnisse, indem Psychotherapie – als Frauenberuf – Theorien männlicher Denker praktiziert, womit die geschlechtsspezifisch imaginierte Spaltung zwischen Denken und (Mit-) Fühlen erhalten bleibt?

2. Inwieweit ist Psychotherapie eine Reparaturwerkstatt gesellschaftlicher Schädigungen statt ein emanzipatorischer Prozess?

Dies ist eine Frage, die sich seit den 1970er Jahren, zur Zeit des beginnenden Psychobooms stellt. Im psychotherapeutischen Diskurs der deutschen Nachbarinnen/Nachbarn etabliert sich seit geraumer Zeit ein skeptisches Raunen, das sich um die politische Dimension der psychotherapeutischen Tätigkeit formiert. Heiner Keupp fragt, „ob der Zusammenhang von subjektiven Leidenszuständen mit gesellschaftlichen Lebensbedingungen überhaupt noch thematisiert“ (Keupp 2013, 175) werde und Jürgen Hardt stellt die Frage, ob sich die „Psychotherapie [...] unkritisch in die Gesellschaft [einfüge] und zu einem effektiven Reparaturbetrieb gesellschaftlicher Schädigungen“ (Hardt 2011, 273) etabliere?

3. Welche Funktion erfüllt die Psychotherapie in neoliberalen Verhältnissen?

4. Stützen Psychotherapien mit der Selbstoptimierung Prozesse der gesellschaftlichen Endsolidarisierung und die Vermeidung öffentlichen politischen Engagements sowohl bei den Klientinnen/Klienten als auch bei den Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten?
5. Inwiefern muss psychotherapeutischen Konzepten als auch den Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten in ihrem Selbstverständnis machttheoretische Blindheit zugeschrieben werden?
6. Fungieren psychotherapeutische Verfahren aus einer neoliberalen individualisierten Weltsicht, die ausschließlich psychologische Erklärungsmodelle verfolgen und so gesellschaftsstrukturierende Faktoren wie Race, Class und Gender übersehen und damit stützen?
7. Wie muss die Ausbildung von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten umgestaltet und verändert werden, um die in Frage 6 aufgeworfenen gesellschaftsstrukturierenden Faktoren zu integrieren?
8. Was braucht es an berufspolitischen Positionierungen?
9. Wie kann Psychotherapie als Kulturkritik in Theorie und Praxis konzipiert werden?

Im Folgenden geht es um die praktische Relevanz feministischer Psychotherapieforschung, nämlich um dementsprechende Forderungen an bzw. Auswirkungen auf Behandlungsmodelle für suchtkranke Frauen. Dazu möchte ich zwei Bereiche besonders in Augenmerk nehmen: nämlich einerseits Entstehungsbedingungen weiblicher Suchtentwicklung und andererseits die daraus resultierenden Forderungen für psychotherapeutische Konzepte.

Weibliche Sozialisation und die damit verbundenen spezifischen Lebensbedingungen spielen eine entscheidende Rolle bei Entstehung und Verlauf von Drogenabhängigkeit bei Frauen. Konsequenterweise müssen diese auch bei therapiegestützten Ausstiegsversuchen berücksichtigt werden und in konkreten Behandlungsangeboten ihren Niederschlag finden.

Drogenabhängige Frauen – deren Anteil seit Jahren stetig im Steigen begriffen ist – haben mit ganz besonderen Lebensbedingungen zu kämpfen: Sie sind häufiger Opfer von Gewalt, sie leiden (dadurch) oftmals an einer sehr unsicheren Geschlechtsidentität, sie kommen seltener und später als Männer ins Gefängnis (ein guter Teil von ihnen kann den Drogenkonsum über einen längeren Zeitraum durch Prostitution oder ähnliche ausbeutende Verhältnisse finanzieren) und sie finden kaum frauenspezifische Angebote und Einrichtungen vor, die bei einem Ausstieg aus der Sucht hilfreich sein können.

Daraus ergibt sich, dass psychotherapeutische Behandlungsmodelle für suchtkranke Frauen derart gestaltet werden müssen, dass Lernprozesse in Gang kommen können, die Entwicklungsmöglichkeiten hin zu einer größeren emotionalen und ökonomischen Unabhängigkeit eröffnen. Mit dem Begreifen und Hinterfragen der Bedingungen gesellschaftlicher Ungleichbehandlung, der Frauen ausgesetzt sind, und durch deren Mechanismen ihre Autonomie- und Selbstständigkeitsbestrebungen unterdrückt werden, wird Drogensucht nicht mehr nur als ein individuelles Problem, sondern auch als eine – wenn auch ungesunde und kriminelle – Bewältigungsstrategie deutlich. Aufgabe der Behandlerinnen ist einerseits die Vermittlung des Wissens um diese komplexen Zusammenhänge und andererseits die Ermutigung und Unterstützung zur Entdeckung alternativer Frauenrollen.“ (Obrist, Werdenich 2004, S. 47 f.)

Literatur

- Butler, Judith (2001): *Psyche der Macht. Das Subjekt der Unterwerfung*. Suhrkamp. Frankfurt/Main.
- Grubner, Angelika (2014): *Geschlecht therapieren. Andere Erzählungen im Kontext narrativer systemischer Therapie*. Carl Auer. Heidelberg.
- Illouz, Eva (2011): *Die Errettung der modernen Seele*. Suhrkamp. Frankfurt/Main.
- Hardt, Jürgen (2011): *Schlussbemerkungen zur gesellschaftlichen Relevanz der Psychotherapie und des Kammerprojektes*. In: Hardt, Jürgen; Cramer-Düncher, Uta; Hein, Jörg; Krause-Girth, Cornelia; Merz, Thomas; Otte, Reinhard; Schaeben, Wilfried; Schwarz, Marion (Hg. _nnen): *Verantwortung der Psychotherapie in der Gesellschaft*. Psychosozial Verlag. Gießen. (S. 269–285)
- Keupp, Heiner (2013): *Heraus aus der Ohnmachtsfalle. Psychologische Einmischungen*. Dgvt-Verlag. Tübingen.
- Obrist, Corinna; Werdenich, Wolfgang (2004): *Drogentäter*. In: Pecher, W. (Hg.): *Justizvollzugspsychologie in Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer. Stuttgart.
- Schigl, Brigitte (2012): *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* Springer VS. Wiesbaden.

Affiliation

- DSA Angelika Grubner, Obfrau des Instituts feministischer Psychotherapiewissenschaften (IFPW)
- Mag.^a Corinna Obrist, Obfrau Stellvertreter_in des Instituts feministischer Psychotherapiewissenschaften (IFPW)

2.7.2 Zum Verhältnis Psychiatrie – Psychotherapie

Erwin Haidvogel (Medizinische Universität Wien)

Der präsentierte Vortrag behandelt das Verhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei geht es nicht um einen Vergleich, sondern um den Versuch, eine gemeinsame Basis zu finden, um mit den Stärken der jeweiligen Wissenschaften den Patienten/Patientinnen zu helfen. Ein entscheidender Schritt in diese Richtung besteht darin, den Patienten / die Patientin zu verstehen, was aus der Position des personenzentrierten Psychotherapeuten bereits einen wichtigen Schritt der Therapie darstellt. Natürlich ist auch für die Psychiatrie das Verstehen des Patienten / der Patientin von Bedeutung, das über eine Diagnostizierung oder Kategorisierung hinausgehen sollte.

Ein Anknüpfungspunkt besteht in der Kommunikation, die sowohl für die Psychiatrie als auch für die Psychotherapie grundlegend ist. Anders formuliert findet ein Verstehensprozess erst in der Interaktion mit dem Patienten statt, wobei zu fragen ist, wie dieser Prozess in Gang gesetzt und aufrecht erhalten werden kann. Dabei bildet fachliches Wissen und Kenntnis eine Basis bzw. stellt eine Grundlage dafür da, besser zu verstehen und zu analysieren – auf einer bewussten, rationalen Ebene – bleibt aber totes Wissen ohne eine Beziehung zu dem Menschen und ohne die eigene Reflexion. Bubers Ich–Es–Beziehung bezeichnet die notwendige distanzierte, professionelle Beziehung.

Diese hilft allerdings noch nicht, den Menschen selbst zu verstehen, sondern die sichtbaren Verhaltensformen. Was man dadurch verstehen kann, ist die Störung, nicht aber den Menschen. Es besteht sogar die Gefahr, zu resignieren. Zudem verführt es dazu, das Verhalten (fehl) zu interpretieren. Probleme, Verhaltensauffälligkeiten und Kommunikationsprobleme werden nur beim Patienten / bei der Patientin gesehen.

Trotzdem bleibt die Auseinandersetzung auf der Ich–Es–Ebene wichtig. Einerseits wegen der Bedeutung des fachlichen Wissens, das dabei unterstützt, ein adäquates Setting und Therapieziel zu erstellen. Andererseits, da man hierdurch – mit den Worten Levinas – „der Spur des allgemeinen Anderen folgen“ kann.

Insgesamt ist aber festzustellen, dass dies nur wenig – oder nur bedingt – dazu beiträgt, den Therapeuten / die Therapeutin an eine Ich–Du–Beziehung zum/zur Patienten/Patientin heranzuführen, die die Grundvoraussetzung dafür ist, dass man den Menschen an sich verstehen und damit therapeutisch wirksam sein kann.

Hier entfaltet die Ethik Levinas' ihre Stärken. Sowohl für Buber als auch für Levinas gilt, dass der Andere anders ist als man selbst und man dieses Anderssein akzeptieren muss. Allerdings geht Levinas einen Schritt weiter, indem er gerade von diesem radikal Anderen ausgeht. Zudem ist für ihn die Trennung zwischen den Prinzipien Interiorität und Exteriorität entscheidend.

Die eigene Innerlichkeit muss zuvor gesetzt sein, bevor man mit der Exteriorität des Anderen in Kontakt treten kann. Grundlegend hierfür ist nicht Verstehen und Erkenntnis, sondern die Sinnlichkeit.

D. h. wenn man in Kontakt tritt mit dem Anderen, kann man – je gefestigter die eigene Innerlichkeit gesetzt ist – mit größerer Sensibilität die Gefühle des Anderen, dessen Exteriorität, ergründen. Von Angesicht zu Angesicht verlässt man die rational-logische Ebene und lässt das sinnliche Erleben zu, ohne sich in den Anderen hinein zu versetzen und die Grenzen wählend. Dies ermöglicht, sich dem Anderen vorurteilsfreier zu nähern und eine Ich-du-Beziehung aufzubauen.

Nach dem Heraustreten aus dem Kontakt, kann man, aufgrund seines Störungswissens und der je eigenen Störungstheorie, die Begegnung rationalisieren und logisch ergründen, aber auch in einen Sinnzusammenhang setzen. Dieser Sinnzusammenhang wird genährt aus dem fachlichen Wissen, aber auch aus dem, was ich im sinnlichen Kontakt erfuhr. Notwendig dafür ist zunächst eine Offenheit, das Zulassen des Nichtwissens und Nichtverstehens.

Ein Vertrauen auf das eigene sinnliche Erleben, welches nicht danach trachtet, zu fragen, sondern zu ergründen, wie man den Anderen erlebt und welche Gefühle bei einem selbst auftauchen. Dabei ist wichtig zu ergründen, welche Gefühle aus der eigenen Innerlichkeit auftauchen und welche der Exteriorität entsprechen. Bewusst muss man sich sein, dass der andere ein Rätsel darstellt, von dem man zunächst nichts kennt als den gemeinsamen Weg.

Trotz allen Wissens bleibt das Bild vom anderen immer vorläufig, rudimentär, annähernd. Man kann nicht in den Schuhen des anderen gehen. Worauf es ankommt ist, dass man sich auf ihn einlässt und versucht zu verstehen, was im Inneren des Anderen – der absolut anders ist als ich selbst – vor sich geht, und die auftauchenden Gefühle im Hier und Jetzt akzeptiert. Vorgefasste Meinungen, Konzepte und Diagnosen bergen die Gefahr, diese Offenheit nicht zuzulassen. Um zu helfen, muss man aber versuchen, hinter die Symptome zu blicken.

Gerade demente Menschen leben in einer Welt, die man nicht dinglich festmachen kann. Sie befinden sich an einem Ort zu einer Zeit, die man nicht kennt, und erinnern sich besser an weit zurück liegende Ereignisse, wobei es nicht um exakte Daten und Fakten geht, sondern um die heute auftretenden Gefühle. Es braucht also ein Annehmen der Person, deren Verhalten und Worten man nicht logisch folgen kann und die scheinbar keinen Sinn ergeben, aber für den Betroffenen Bedeutung besitzen.

Für eine konstruktive Kommunikation ist also die sinnliche Wahrnehmung entscheidend, die es ermöglicht, eine Ich-Du-Beziehung aufzunehmen. Dafür ist es notwendig, dass sich die eigene Innerlichkeit „gesetzt“ hat, so dass man die Exteriorität des Anderen fassen kann. Dann kann, je differenzierter die eigene Innerlichkeit und je größer das fachliche Wissen ist, auf Basis des wissenschaftlichen Verständnisses eine Interpretation und Analyse erfolgen.

2.7.3 Gestalt- und Systemische Therapie: Fremde oder Verwandte?

Alexander Wengraf (ARGE Bildungsmanagement)

Die titelgebende Frage ergab sich aus kollegialen Diskussionen und der alltäglichen psychotherapeutischen Arbeit des Autors, der in beiden Methoden ausgebildet ist. Ähnlichkeiten und Gleichsinnigkeiten, die vorerst nur intuitiv erfasst wurden, weckten das Interesse zur Erkundung methodenübergreifender Möglichkeiten der Verständigung zwischen den beiden therapeutischen Verfahren hinsichtlich Theorie und Praxis. Das gab den Anstoß, der Frage methodisch und systematisch nachzugehen. Ziel dieser qualitativen Untersuchung war die Klärung von Gemeinsamkeiten sowie Differenzen im Verständnis von Begriffen und Konzeptionen der Gestalttherapie und der Systemischen Therapie.

Um dies auch empirisch durchführbar zu machen, musste die Ausgangsfrage folgendermaßen operationalisiert werden: „Können grundlegende Begriffe und Konzeptionen der Gestalttherapie konstruktivistisch/systemisch verstanden werden?“

Dadurch wurde es möglich, die Arbeit methodologisch zweifach auszurichten: Der umfassende Rahmen orientiert sich an der Vorgangsweise der Verfremdung bzw. Transkontextualisation. Diese wurde in einer empirisch-methodischen Form angewandt und für diese Arbeit sprachtheoretisch begründet. Unter Verfremdung bzw. Transkontextualisation wird hier jener Vorgang verstanden, mit dem Begriffe, Sätze, Aussagen und Konzeptionen aus einem Kontext (Gestalttherapie) in einem anderen (Systemische Therapie) auf Kompatibilität und Sinnhaftigkeit geprüft werden. Die Sinnhaftigkeit oder Absurdität des Ergebnisses der Verfremdung bildet ein Kriterium zur Beantwortung der Fragestellung.

Die Auswertung des durch Befragung erhobenen Datenmaterials erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse und Kontingenzanalyse. Somit enthält die gewählte Vorgangsweise sowohl empirische als auch hermeneutische und selbstreflexive Elemente.

Durchführung: 39 aus der Literatur zu diesem Zweck herausgearbeitete grundlegende Begriffe und Konzeptionen der Gestalttherapie wurden systemischen Therapeutinnen und Therapeuten (mehrheitlich Lehrtherapeutinnen/-therapeuten), die den Verfremdungskontext bildeten, zur Befragung und Überprüfung im Sinne der Fragestellung vorgelegt.

Dazu wurden ihnen bezüglich ihres Verständnisses und der systemisch-therapeutischen Brauchbarkeit in theoretischer und praktischer Hinsicht drei Leitfragen gestellt:

1. Können die vorgelegten gestalttherapeutischen Begriffe und Konzeptionen in einem konstruktivistisch/systemischen Sinn verstanden werden? Sind sie mit einer konstruktivistisch/systemischen Position kompatibel?
2. Können konstruktivistisch/systemische Begriffe und Konzeptionen bzw. solche aus der systemischen Therapie damit in Verbindung gebracht werden? Wenn ja, welche?

3. Können die vorgelegten gestalttherapeutischen Begriffe und Konzeptionen mit einem Impuls zu einer therapeutischen Intervention in Verbindung gebracht werden? Wenn ja, mit welcher?

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass sich im theoretisch-begrifflichen Bereich weite Verständigungsmöglichkeiten ergeben – mit der Einschränkung, dass diese Ansicht nicht von jeder befragten Person in Bezug auf jede der vorgelegten gestalttherapeutischen Konzeptionen geteilt wurde. Sowohl die Anzahl der bejahenden bzw. teilweise zustimmenden Antworten auf Frage 1 als auch die Kontingenzanalyse zu Frage 2 bestätigt die Anschlussfähigkeit zwischen gestalttherapeutischen und konstruktivistisch/systemisch/systemtherapeutischen Konzeptionen in hohem Maße. Vor allem auf der Ebene der Metatheorie wird dies deutlich: So wurden die gestalttherapeutischen Konzeptionen von Weltbild und Wirklichkeit hoch kontingent mit Konstruktivismus und – in etwas geringerem Maß – mit Systemtheorie verbunden.

Als Gegenbeispiel sei aber auch angeführt, dass etwa die gestalttherapeutische Konzeption von Gesundheit/Krankheit auf höchste Ablehnung stieß.

Im praktischen Bereich der Interventionen konnte nur eine geringe Anschlussfähigkeit festgestellt werden; dort, wo sie jedoch möglich war, gelang dies mit hoher inhaltlicher Übereinstimmung.

Überraschende Einsichten erbrachte die Untersuchung in Hinsicht auf den Verfremdungskontext, nämlich die systemischen Therapeuten und Therapeutinnen. Wurde anfangs von der Annahme ausgegangen, diese würden auf Grund ihrer Schul-Zugehörigkeit und ihrer behaupteten Metatheorie – Systemtheorie und Konstruktivismus – eine homogene Kommunikationsgemeinschaft bilden, so legen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nahe, dass es tatsächlich eine ausgeprägte Uneinheitlichkeit im systemtherapeutischen Gebrauch konstruktivistischer und systemtheoretischer Begriffe und Konzeptionen gibt.

Die ausgehende Fragestellung ist zu bejahen. Dies ist keinesfalls als selbstverständlich zu betrachten. Die unerwarteten Detailergebnisse, die sich in den sehr unterschiedlichen bis widersprüchlichen Verständnisurteilen der Befragten zeigten, bekräftigen dies. Zwischen diesen und dem bejahenden Gesamturteil zur Fragestellung ergibt sich eine interessante Spannung, deren weitere Erforschung lohnend erscheint.

Folgt man der Metapher der 'Verwandtschaft', so kann man Gestalt- und Systemische Therapie wohl in einer solchen verorten, und zwar über Generationen. Wie theorie- und wissenschaftsgeschichtliche Recherchen ergaben, kann die Erklärung dafür in den erkenntnistheoretischen Fundamenten beider gefunden werden.

Die Arbeit ist als Beitrag zum wechselseitigen Verstehen im Psychotherapieschulen-Dialog gedacht. So zeigt sich auch ihre Praxisrelevanz überall dort, wo Gestalt- und systemische Therapeuten/Therapeutinnen kooperieren, zum Beispiel in therapeutischen Teams. Von den Kolleginnen und Kollegen der Systemischen Therapie, die sich der Befragung stellten, kam auch die wichtigste Unterstützung zur Durchführung der Studie.

2.7.4 Einbindung neurobiologischer Annahmen in die Psychotherapieforschung am Beispiel der Ergebnisse zum Prozess- und Outcome-Monitoring

*Günter Schiepek, Benjamin Aas, Guido Strunk, Kathrin Viol, Damir Lovric, Katharina Helm,
Clemens Fartacek, Isa Sammet und Wolfgang Aichhorn
(Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung, Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Salzburg, Universitätsklinikum/Christian-Doppler-Klinik)*

Die im psychotherapeutischen Prozess stattfindenden neuronalen, psychischen und sozial-kommunikativen Systemprozesse können in einem übergreifenden Paradigma komplexer, nichtlinearer, selbstorganisierender Systeme konzeptualisiert, modelliert, empirisch erfasst und analysiert werden. Ein solcher schulen- und disziplinübergreifender, transdisziplinärer Ansatz ist wesentlich durch die Synergetik und Chaostheorie geprägt. In zahlreichen Studien konnten die von der Theorie beschriebenen Phänomene inzwischen nachgewiesen werden, z. B. diskontinuierliche Ordnungsübergänge, Auftreten kritischer Fluktuationen im zeitlichen Umfeld von Ordnungsübergängen, deterministisches Chaos auf unterschiedlichen Zeitskalen therapeutischer Veränderungsprozesse (damit begrenzter Vorhersagehorizont dieser Prozesse), Komplexität und ausgeprägte Individualität der Dynamik (Ergodizität und Standard-Tracks sind damit hoch unwahrscheinlich), spezifische Synchronisationsmuster und deren Veränderung in neuronalen Systemen (effektive und funktionelle Konnektivität), Koordination neuro-psycho-sozialer Ordnungsübergänge im Prozess usw.

Eine der praktischen Konsequenzen besteht in der zeitnahen Erfassung psychotherapeutischer Prozesse mit einem internetbasierten System (Synergetisches Navigationssystem, SNS), das seit 2007 in mehreren Kliniken erprobt wurde (im Forschungsdatensatz befinden sich derzeit 723 Fälle, Zeitreihendaten mit im Durchschnitt 80 Messpunkten = erfassten Therapietagen in Folge). Klienten/Klientinnen führen auf einem dazu entwickelten Prozessfragebogen (Therapie-Prozessbogen) tägliche Selbsteinschätzungen durch. Auch die Outcome-Erfassung erfolgt mit diesem System. Implementiert sind verschiedene Verfahren der nichtlinearen Zeitreihenanalyse (dynamische Komplexität, Recurrence Plots, zeitvariante Inter-Item-Korrelationsmuster). Mit dieser Technologie sind ein zeitnahes Therapiefeedback und eine partnerschaftliche Therapiesteuerung möglich. Die Machbarkeit ist belegt.

Eine vielversprechende Variante besteht in der Nutzung individueller Prozessfragebögen, die auf Ressourceninterviews und idiographischen Systemmodellen beruhen und über einen Fragebogen-Editor in das SNS eingegeben werden. Mit individuellen Systemmodellen und darauf bezogenen individuellen Prozessdaten ist eine maximal spezifische Prozesserfassung möglich, welche passgenau auf das persönliche Entwicklungsprojekt eines Klienten / einer Klientin zugeschnitten ist und eine entsprechend passgenaue Prozesssteuerung zulässt. Eine vergleichbare Vorgehensweise wurde auch im Bereich der Suizidprävention implementiert (idiographisches Prozessmonitoring mit dem Ziel eines Frühwarnsystems für suizidale Krisen).

Das SNS wird derzeit neu programmiert, um Stabilität, Performance, (Multi-)Funktionalität sowie die Anwendung auch über SmartPhones und Tablets weiterzuentwickeln. Das System steht als Forschungsermöglichungstechnologie nach siebenjährigem Einsatz im Routinebetrieb der Prozess-Outcome-Forschung für die Prozesssteuerung und Qualitätssicherung in Kliniken, Tageskliniken und ambulanten Praxen zur Verfügung.

Folgende weitere Projekte sind derzeit in Arbeit:

Modellierung der nichtlinearen Interaktion und Dynamik von psychotherapeutischen Wirkfaktoren. Entwickelt wurde ein qualitatives Modell, dessen Dynamik mit gekoppelten nichtlinearen Differenzialgleichungen simuliert wird. Die Simulation kann mit empirischen Prozessdaten abgeglichen werden, da die 5 zentralen Variablen des Modells den 5 Faktoren des Therapieprozessbogens entsprechen. Die Zeitreihen liegen inzwischen von 723 Fällen vor.

Die zeitliche Passung von neuronaler Reorganisation und psychologischer Dynamik in der Psychotherapie wird in einem Projekt untersucht, das wiederholte fMRI-Messungen im Therapieverlauf (individualisiertes und standardisiertes Stimulationsparadigma, Resting-State) mit täglichen Selbsteinschätzungen (TPB) abgleicht. Im Mittelpunkt steht die Dynamik von Phasenübergängen in der stationären Therapie von Patienten/Patientinnen mit Zwangsstörungen. fMRI-Auswertungen im Therapieverlauf erfolgen lokalisatorisch (ROIs), mit Bezug auf die effektive Konnektivität (Dynamic Causal Modelling) und mit einem Full-Brain-Modell zur funktionellen Konnektivität (TheVirtualBrain), welches auch die anatomische Konnektivität berücksichtigt (DTI).

Ein weiteres Projekt bezieht sich auf Besonderheiten der funktionellen Konnektivität bei ‚Major Depression‘. Durchgeführt wurde eine Meta-Analyse zur effektiven und funktionellen Konnektivität bei Depression. EEG-Studien richten sich derzeit auf die Veränderung einer pathologischen Konnektivität bei Depression, ihre Veränderung durch Psychotherapie und vor allem auf die Möglichkeit, das Verfahren einer nichtinvasiven Coordinated Reset (CR) Stimulation zur Desynchronisation pathologisch übersynchronisierter neuronaler Netze zu nutzen (entwickelt von Prof. Dr. Peter Tass, Forschungszentrum Jülich, mit derzeitigen Anwendungen im Bereich von Tinnitus und Morbus Parkinson).

Literatur

- Haken, H. & Schiepek, G. (2006, 2. Aufl. 2010): Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten. Göttingen: Hogrefe.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2006): Systemische Psychologie. Einführung in die komplexen Grundlagen menschlichen Verhaltens. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Schiepek, G., Tominschek, I., Karch, S., Lutz, J., Mulert, C., Meindl, T. & Pogarell, O. (2009): A controlled single case study with repeated fMRI measures during the treatment of a patient with obsessive-compulsive disorder: Testing the nonlinear dynamics approach to psychotherapy. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 10(5), 658–668.
- Schiepek, G. & Strunk, G. (2010): The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series – a method for the real-time monitoring of human change processes. *Biological Cybernetics*, 102(3), 197–207.
- Schiepek, G., Tominschek, I., Heinzl, S., Aigner, M., Dold, M., Unger, A., Lenz, G., Windischberger, C., Moser, E., Plöderl, M., Lutz, J., Meindl, T., Zaudig, M., Pogarell, O. & Karch, S. (2013): Discontinuous patterns of brain activation in the psychotherapy process of obsessive compulsive disorder: converging results from repeated fMRI and daily self-reports. *PLoS ONE*, 8(8), e71863
- Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B. (2013): Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Göttingen: Hogrefe.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2014): Therapeutisches Chaos. Göttingen: Hogrefe.
- Sammet, I., Dammann, G. & Schiepek, G. (Hrsg.) (2015): Der psychotherapeutische Prozess. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinzel, S., Tominschek, I., & Schiepek, G. (2014): Dynamic patterns in psychotherapy – discontinuous changes and critical instabilities during the treatment of obsessive compulsive disorder. *Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences*, 18(2), 155–176.
- Schiepek, G., Tominschek, I. & Heinzl, S. (2014): Self-organization in psychotherapy – testing the synergetic model of change processes. *Frontiers in Psychology for Clinical Settings*, 5/Article 1089, 1–11. DOI: 10.3399/fpsyg.2014.01089
- Schiepek, G., Eckert, H., Aas, B., Wallot, S. & Wallot, A. (in press): Integrative Psychotherapy. A Feedback-Driven Dynamic Systems Approach. Toronto: Hogrefe International Publishers.

Affiliation

Günter Schiepek, Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Universitätsklinikum/Christian-Doppler-Klinik, Ignaz Harrer Str. 79, 5020 Salzburg

2.8 Session 8: Ausbildung und Kompetenzentwicklung II

Moderation: Henriette Löffler-Stastka

2.8.1 Über den Tellerrand geschaut: Die Begegnung mit verschiedenen Methoden der Psychotherapie als Ausbildungselement

Jutta Fiegl und Brigitte Sindelar (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Die fachspezifische psychotherapeutische Ausbildung vermittelt den Auszubildenden das Menschenbild der jeweiligen Methode, die damit kongruenten Interventionstechniken und im Weiteren das psychotherapeutische Selbstverständnis. Sie gibt damit einen sicheren Bezugsrahmen, innerhalb dessen sich eine psychotherapeutische Identität entwickeln kann, die dann im Laufe der Praxiserfahrung zumeist um Elemente aus anderen Methoden erweitert wird. Allerdings birgt die Bindung an eine Methode auch die Gefahr einer konkurrenzierenden und wechselseitig abwertenden Haltung der in einer Methode Ausgebildeten, die – in einer entwicklungspsychologischen Metapher formuliert – dem Verharren in einer symbiotischen Bindung (an die „eigene“ Methode) und damit einem Stillstand der Entwicklung der Beziehungsfähigkeit vergleichbar ist – eine *Contradictio* zur psychotherapeutischen Kompetenz.

Postuliert wird, dass eine noch während der fachspezifischen Ausbildung stattfindende Begegnung mit anderen als der „eigenen“ Methode, bei der die Auszubildenden methodenspezifische Aspekte praxisbezogen kennenlernen, zu einem in der „eigenen“ Methode beheimateten, aber gegenüber anderen Methoden offenen professionellen Selbstverständnis führt. Dieser Ansatz in der Ausbildung wird dem Ergebnis der Wirksamkeitsforschung und Evaluationsforschung gerecht, dass nicht die Methode, sondern die „Passung“ zwischen Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut und Patientin bzw. Patient – also letztlich die Beziehungskompetenz des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin – das essentielle Agens einer wirksamen Psychotherapie ist.

An der SFU wird dieser Ausbildungsaspekt, der in der Dimension des wertschätzenden Umgangs der Angehörigen unterschiedlicher Psychotherapiemethoden miteinander auch als ein Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen ist, in Form einer Lehrveranstaltung „Methodenwerkstatt“ realisiert, in der kasuistisch-supervisorisch die Begegnung der Auszubildenden mit unterschiedlichen Methoden, reflektiert aus dem Bezugsrahmen der „eigenen“ Methode, angeboten wird. Dazu wird von mehreren psychotherapeutisch unter Supervision tätigen Auszubildenden je eine kurze Fallvignette in gleichbleibender Form den Supervisoren bzw. Supervisorinnen unterschiedlicher Methoden nacheinander vorgetragen. Der bzw. die Supervisierende jeder Methode bespricht mit dem bzw. der Vortragenden die psychotherapeutische Diagnostik sowie den psychotherapeutischen intersubjektiven Prozess der Behandlung. Eine

Gruppe von Studierenden ist als Zuhörerschaft dabei und begleitet den Vortragenden / die Vortragende zu den jeweiligen Supervidierenden.

Die Umsetzung dieses Ausbildungselements ist an der SFU naheliegend und gut realisierbar, da an der SFU mehrere psychotherapeutische Methoden „unter einem Dach“ unterrichtet werden und daher die Begegnung mit anderen Methoden im Zuge der Ausbildung jedenfalls stattfindet: Die Studierenden der Psychotherapiewissenschaft wählen im vierten Semester aus dem Angebot der psychotherapeutischen Methoden eine Methode als Wahlpflichtfach aus, in dem der praxisbezogene Anteil der Ausbildung unterrichtet wird. Die akademischen Fächer besuchen die Studierenden gemeinsam. Schon allein diese Struktur, dass die Studierenden aller Wahlpflichtfächer gemeinsam die akademischen Fächer absolvieren, macht den Austausch über die Methoden unter den Studierenden selbst zum Studienalltag. Abgesehen davon arbeiten die Vertreter/innen der einzelnen Methoden, die innerhalb des Wahlpflichtfachs als Lehrtherapeuten/-therapeutinnen der jeweiligen methodenspezifischen Ausbildungsinstitution tätig sind, in den regelmäßig stattfindenden Wahlpflichtfach-Konferenzen zusammen.

Mittels anonymer schriftlicher Feedbackbögen wurden die Studierenden dazu befragt, inwieweit sie diese Lehrveranstaltungen als bereichernd für ihre Ausbildung erlebten und ob dieser Profit eher durch die Themenstellung der jeweiligen Lehrveranstaltung, durch die einzelnen Lehrtherapeuten/-therapeutinnen, durch die Methode oder durch eine Kombination dieser Elemente zustande kam. Dabei wurde auch der Aspekt der Konkurrenzierung miteinbezogen, indem zu jeder Methode das Ausmaß an Bereicherung erfragt wurde. So konnten mittels einer statistischen Auswertung sowohl das Ausmaß der Bereicherung, das die Studierenden den einzelnen Methoden zuordnen, als auch die Frage, ob die Bereicherung dem Lehrtherapeuten / der Lehrtherapeutin, der Methode, dem Thema oder der Kombination aus diesen hinsichtlich statistisch signifikanter Unterschiede geprüft werden.

Die Ergebnisse der Auswertung zeigten, dass sehr wohl Unterschiede zwischen den Methoden hinsichtlich ihrer Bereicherung für die Studierenden festzustellen waren, und auch signifikante Unterschiede, ob der Profit der Methode oder dem Lehrtherapeuten / der Lehrtherapeutin zugeordnet wurden. Die Analyse dieser signifikanten Unterschiede stellt klar, dass eine Interpretation nach dem Gesichtspunkt, wer der „bessere“ Lehrtherapeut bzw. die „bessere“ Lehrtherapeutin oder was in der Einschätzung der Studierenden die „bessere“ Methode sei – also aus dem Blickwinkel der Konkurrenz verstanden – bei weitem zu kurz greift. Intrinsische Wirkfaktoren, die der Vermittlung von Sicherheit zugeordnet werden können, erwiesen sich als ausschlaggebend. Das Ergebnis, dass die größte Bereicherung nicht immer der eigenen Methode zugeordnet wurde, bestätigt, dass die Studierenden sehr wohl zu einem gegenüber anderen Methoden offenen professionellen Selbstverständnis bereit und imstande sind, „über den Tellerrand schauen“, wobei sich auch hier der Wirkfaktor des Gefühls der Sicherheit abbildet. Geplant ist, dieses Studiendesign, das bis dato auf zwei Lehrveranstaltungen der „Methodenwerkstatt“ angewendet wurde, weiterzuführen, um die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse abzusichern.

2.8.2 Entwicklung von Forschungskompetenz in der Psychotherapieausbildung

Jutta Fürst und Hannes Krall (Universität Innsbruck)

In den Bereichen ‚Beratung und Psychotherapie‘ gibt es ein häufig konstatiertes Defizit an Forschung. Vor allem kleinere Ausbildungsrichtungen, die nicht traditionell an Universitäten oder anderen akademischen Institutionen und Forschungseinrichtungen angebunden sind, sehen sich mit einer schwach ausgeprägten Forschungslandschaft konfrontiert. Die mangelnde Forschungspraxis in einer psychotherapeutischen Methode führt oft auch zu dem Umstand, dass sich Praktiker/innen distanzierend oder sogar ablehnend gegenüber Forschung äußern und damit die Kluft zwischen Praxis und Forschung aufrechterhalten (Widdowson 2012). Umgekehrt kann aber auch die Forschungspraxis kritisiert werden, zu sehr von eigenen Forschungsansätzen und -intentionen auszugehen und zu wenig zu unternehmen, um eine bessere Kooperation zwischen psychotherapeutischer Praxis und Forschung zu entwickeln. Praxisorientierte Psychotherapieforschung (Castonguay et al. 2013) und Praxisforschungsnetzwerke (Castonguay 2011) scheinen diesbezüglich ein vielversprechender Ansatz zu sein.

Studien belegen jedoch auch, dass Psychotherapeuten/-therapeutinnen gegenüber Forschung grundsätzlich aufgeschlossen sind (Felber/Margreiter 2007). Für das Psychodrama zeigen internationale Erhebungen zum Stellenwert von Forschung ebenso ein durchaus positives Bild (Krall 2012a, 2012b). Forschung wird als etwas sehr Förderliches für die Qualität psychotherapeutischer Arbeit und die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Methode angesehen. Des Weiteren wird deutlich, dass bei vielen Trainern/Trainerinnen, Praktikern/Praktikerinnen und Studierenden die Bereitschaft groß ist, sich weiterzubilden und sich in Forschungsaktivitäten zu engagieren (siehe Poster „Stellenwert von Forschung in der Psychotherapie“). Dennoch finden sich bisher in nur geringem Ausmaß entsprechende Forschungserfahrungen und aktuell laufende Projekte. Der Teufel sitzt – wie es praxisnahe Forschungsprojekte oft zeigen – im Detail.

Praxisorientierte Forschung in der Psychotherapie setzt voraus, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten bereit sind, in Forschungsprojekten mitzuwirken. Um überhaupt die Grundlagen für vermehrte Partizipation im Forschungsbereich nachhaltig zu verankern, sind Entwicklungsschritte auf mehreren Ebenen zu setzen.

Im Psychodrama besteht seit Anfang der 1990er Jahre in Form der FEPTO (Federation of European Psychodrama Training Organizations) ein professionelles Netzwerk, das Trainingsstandards in Europa festsetzt und den jeweiligen neuen Erfordernissen anpasst. In den letzten Jahren hat in der FEPTO vor allem die Frage an Aufmerksamkeit gewonnen, wie Forschung im Psychodrama gestärkt werden könne. In vielen Bereichen sind mittlerweile Initiativen zur Entwicklung und Förderung von Forschungsaktivitäten entstanden (Krall 2013, 2014). Dabei wird versucht, eine Wissenschafts- und Forschungskultur schrittweise stärker in den Ausbildungsinstitutionen und den jeweiligen Curricula zu verankern.

Eine aktuelle Initiative im Psychodrama mit dem Titel TRAIN (Fürst/Krall 2010) soll dazu beispielhaft beschrieben werden. In dem internationalen Ausbildungsprojekt TRAIN (Towards Research Applied in an International Network of Trainees) – unter Beteiligung von Österreich, Portugal und der Türkei – wird ein gemeinsames ausbildungsbegleitendes Programm durchgeführt, das die Forschungskompetenz der Studierenden in der Ausbildung zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten in der Methode ‚Psychodrama‘ verbessern und die Motivation zur Forschung steigern soll. Außerdem soll die Haltung der Studierenden dahingehend verändert werden, dass sich die Bereitschaft der späteren Praktiker/innen, sich an Forschungsvorhaben zu beteiligen, erhöht.

Die Studierenden werden über einen Zeitraum von vier bis sechs Jahren schrittweise an theoretische und praktische Aspekte der Forschung herangeführt, indem sie die verschiedenen Rollen aus unterschiedlichen Perspektiven wahrnehmen und erfahren. Unter Verwendung qualitativer und quantitativer Methoden erlernen die Studierenden deren Anwendung, Auswertung und Interpretation, um kleinere Studien selbständig durchführen zu können. Sie erfahren Unterstützung bei der Durchführung ihrer Praxisforschung und werden dazu angeregt, sich mit Kollegen und Kolleginnen, die an ähnlichen Fragestellungen arbeiten, international auszutauschen.

Im Rahmen der Ausbildungsbegleitforschung wurde untersucht, in welcher Weise sich die Studierenden entwickeln und verändern. Jener Lehrgang, der bisher komplett das Trainingsprogramm in dieser Form durchlaufen hat und aus neun Teilnehmern/Teilnehmerinnen besteht, wurde dafür herangezogen. Mit Hilfe von Interviews, die am Ende der Ausbildung durchgeführt wurden, und Fragebögen, welche die Studierenden vor Beginn und am Ende der Ausbildung ausfüllten, wurden sowohl die Veränderungen als auch die hilfreichen und hinderlichen Aspekte in der Ausbildung in Bezug auf die Kompetenzentwicklung und Einstellung zur Forschung erhoben.

Die bisherigen Ergebnisse dieser Befragung zeigen, dass Studierende nach Absolvierung des Programms positive Gefühle – wie Interesse und Begeisterung – versus belastende Gefühle – wie Frustration und Überforderung – gegenüber Forschung in der Psychotherapie insgesamt gleich häufig nennen. Forschung in der Psychodramapsychotherapie wird als sehr wichtig für die Akzeptanz der Methode und die Qualität der Arbeit genannt. Als hilfreiche Aspekte in der Ausbildung bei der Integration der Forscherrolle in die Identität der/des Psychodramapsychotherapeutin/-therapeuten wurden besonders die Verbindung von Theorie und Praxis, der Zugang zu Information und die positive Beziehung der Teilnehmer/innen untereinander genannt.

Für zukünftige Lehrgänge sollte nach Sichtweise der Studierenden Forschung als integraler Bestandteil der Ausbildung für alle Studierenden von Beginn an sichtbar sein. Dazu sind insbesondere Beispiele notwendig, in denen für Studierende machbare Psychotherapieforschung in nachvollziehbarer Weise praktisch und anschaulich demonstriert wird. Es erscheint den Studierenden unerlässlich, dass die Lehrenden selbst Forschung als Teil ihrer Psychotherapeutenidentität wahrnehmen und dies auch vermitteln.

Literatur

- Castonguay, Barkham, Lutz & McAleavey (2013): Practice-Oriented Research. Approaches and Applications. In: Lambert, M. (Ed.). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley, New Jersey, S. 85-108.
- Castonguay, L. G. (2011): Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21(2), 125-140
- Felber, M., & Margreiter, U. (2007): Einstellung von Psychotherapeut(inn)en zu Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum* 15, 192-196
- Fürst, J. & Krall, H. (2011): Train -Project. Tools and procedures (unveröffentlichtes Konzept).
- Krall, H. (2012): Practitioner research in psychodrama: Strengthening the researcher's role. In: Testoni, I./ Guglielmin, M.S. et al. (2012a): Ending gender violence in the family and in the society. Empirical research in psychodrama, group psychodynamic therapy and group processes. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 2, p. 261-265
- Krall, H. (2012b): Research in Psychodrama - FEPTO-Trainers and their view about research. In: *FEPTO News*, 2, S. 16-20.
- Krall, H. (Ed.) (2013): Ending Gender Violence - Empirical Research in Psychodrama Group Therapy and Group Processes. Report of the FEPTO Research Committee Meeting in Padua.
- Krall, H. (Ed.) (2014): Integrating Research in Training - Improving Research Competencies of Trainers in Psychodrama. Report of the FEPTO Research Committee Meeting in Budapest.
- Widdowson, M. (2012): Perception of psychotherapy trainees of psychotherapy research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1-9.
<http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2012.697473>

2.8.3 The training philosophy of International Psychotherapy students' favorite teachers

Ivana Dragic (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Multicultural, indigenous and international movements in psychotherapy have raised numerous issues about cultural, social, economic and political variables as essential considerations in mental health research, training and practice. These cultural movements have challenged the universality of psychological and psychotherapy theories, and has emphasized the need to understand people in their local terms, including their ecological, historical, philosophical and religious contexts, motivated by the aims of human rights, social justice and equality. However, efforts to translate these ideals into guidance and practice have so far been less fruitful.

The context and the purpose of the study.

The newly established English-language International Psychotherapy Program at the Sigmund Freud Private University in Vienna (SFU), provides a unique setting in which classrooms contain no minority or majority, but pure diversity of international students. The main assumption was that the diverse body of students, from four continents (at the time of research) in one place, resembles a small sample of the "global community," which can stimulate the international perspective in psychotherapy training and inform audiences interested in developing an international perspective in various contexts and settings. The purpose of the study was to describe, on an empirical basis, the good-practice training philosophy employed by international SFU students' favorite teachers. The term training philosophy is used in its broadest sense, to address the underlying assumptions about teaching, in relation to „why, what, how, whom, where, and with what objectives one teaches“. The study was conducted as the author's doctoral dissertation at the same university.

The research questions and mixed-methods design.

For the purpose of the study, the two-phase, transformative sequential mixed-methods research design was developed. The first phase of the study queried all SFU international bachelor's and master's candidates who were willing to participate (N=37). It used a mixed-methods concurrent design of the International Psychotherapy Students' Survey in order to:

- » (a) describe the context of the program from the students' point of view (qualitative);
- » (b) measure the level of their adaptation to the university (quantitative);
- » (c) describe the students' perceptions and experiences about the development of multicultural competencies (qualitative and quantitative); and
- » (d) define who their favorite teachers were and why (quantitative and qualitative).

Qualitative data was analyzed with qualitative content analysis and quantitative with descriptive and inferential non-parametric statistics. On the basis of the quantitative elements of the

survey's results, the sample of three favorite teachers was defined. In the second phase of the research, a narrative interview strategy was used to address the main research question: "How do the favorite teachers describe and explain their training philosophy?" Interviews with favorite teachers were further analyzed with 'grounded theory' method.

The students' perceptions of the program and the teachers.

Empirical findings showed that the program as a whole is perceived by students as infused with cultural issues and useful for their professional future in different countries. Quantitative results showed students' positive institutional attachment, good academic and personal-emotional adjustment, and somewhat lower sociocultural adjustment. In the process of their overall adaptation to the training environment, students have identified interpersonal relations as the most helpful, and more specifically – the faculty members' support as crucially helpful factor for their better adjustment. The three favorite teachers are all perceived as multiculturally competent and very helpful for creating the safe atmosphere for cultural discussions, as well as for meeting the requirements of the courses followed with useful and fair assessment. Within the scope of their teaching roles, they have shown the profound transformative influence on students in terms of development of their competencies – and most importantly for the development of their capacities for critical thinking, academic skills and for becoming more open, tolerant and emphatic persons.

The "good practice" training philosophy.

All three favorite teachers used to be international students themselves and were teaching internationally. Teachers have demonstrated their multidimensional cultural competencies through the critical understanding of the program's challenges, which was in accord with students' perceptions of the context, and through the active roles they are taking toward more inclusive approaches regarding diversity on the individual, professional, organizational and societal level. Despite their different focus in psychotherapy education (systemic family therapy, psychoanalysis and psychotherapy research), they have described remarkably similar set of underlying assumptions about cultural diversity and approach to teaching. Their theoretical conceptualization of the role of culture in psychotherapy includes: the foundational belief of understanding culture in the most inclusive way, which takes in consideration wide spectrum of affiliations, identities and factors across time and space; idiographic approach with an aim to understand individual cultural profile of every person and their personal meanings and needs; understanding the importance of language barriers and trying to find the strategies to enhance mutual understandings; understanding multiculturalism in terms of tolerating individual differences while fostering interaction among diverse population and aiming toward actual cultural pluralism; and balancing auto and alloplastic orientation in psychotherapy. Finally, their approach to teaching can be clearly conceptually described as transformative pedagogy. Their pedagogy is explicated through three main features:

- » (a) establishment of good working alliance – the circular process of assessing students' beginning levels and needs, setting the structure and clarifying mutual expectations, offering support, and providing continuous evaluation;

- » (b) transformative learning strategies – innovative diverse instructional strategies that are designed to connect the knowledge with experience, provoke group discussions and critical reflections, and foster the development of a safe group atmosphere, where students feel free to engage in dialectic exchange of different perspectives; and
- » (c) preparation of students for the transfer of knowledge to other contexts – understanding students’ professional intentions, prospects and challenges, encouraging transfer of knowledge during the training (e.g., clinical practicum and/or research in different contexts and with different populations) and teaching students how to “translate” and adapt concepts to specific settings and contexts.

Implications of the study

Although the research was conducted on a small sample at the specific university, it has offered – due to unique setting – very general implications that I believe are relevant for many who are interested in the internationalization of psychotherapy. The clarification of the conceptualization of culture in psychotherapy is useful not only for international training, but for the ethical approach in practicing psychotherapy with culturally different. The study has further emphasized the crucial role of transformative (critical) pedagogy in psychotherapy education for translating ideals of true cultural pluralism and social justice into practice, and has explicated its principles through concrete steps.

Moreover, I would highly recommend the mixed methods research design that involves both users and protagonist of different programs, treatment approaches and/or policies in the search for “good practice” models, since it can offer more comprehensive and useful findings, which could better resemble the complexity of situations under investigations. However, this kind of research design is more suitable for a team of researchers, as it is demanding expertise in different methods.

Affiliation

Dr. scient. pth. Ivana Dragic, Lecturer and research supervisor at the International Psychotherapy Program, SFU, Vienna, Psychotherapist in private practice (systemic family therapy, ÖAS), e-mail: office@psychotherapie-dragic.at

2.8.4 Zum Reifebegriff in der Psychotherapieausbildung. Eine qualitative Erhebung aus Expertensicht

Irina Zamfirescu und Kathrin Mörtl (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Hintergrund

Das Psychotherapiegesetz in Österreich gibt bestimmte Zulassungskriterien zum Eintritt in das Propädeutikum und das Fachspezifikum vor. Wer ein bestimmtes Studium (Medizin, Pädagogik, Philosophie, Psychologie, Publizistik, Theologie oder Lehramtsstudien), eine Ausbildung zur Krankenpflege oder zu einem medizinisch-technischen Dienst oder einen Sozialberuf erlernt hat (Akademie für Sozialarbeit, ehemalige Lehranstalt für Sozialberufe, Pädagogische Akademie, Lehranstalt für Ehe- und Familienberatung oder eine Ausbildung zur Musiktherapie) erhält Zugang zum Fachspezifikum. Nach Paragraph 10 (1) Z5 und (2) Z6 sieht das Psychotherapiegesetz⁹ auch die „persönliche Eignung“ als Zugangsmöglichkeit vor. Wie aber wird diese Eignung begutachtet? Neben dem Alterskriterium (Vollendung des 24. Lebensjahres) und dem Stichwort der „Reife“ gibt es in diesem Bereich eine grosse Spannweite.

Fragestellung

Aufgrund dieser Lücke, die nicht nur im Gesetz, sondern in der gesamten Expertencommunity besteht, stellt sich die Frage, wie Gutachter und Entscheidungsträger der zur Ausbildung berechtigten Institute die Eignung feststellen.

Methode

In explorativen leitfadengestützten Interviews wurden neun Supervisorinnen und Supervisoren aus unterschiedlichen Psychotherapiemethoden (Psychoanalyse, Systemische Familientherapie, Integrative Gestalttherapie, Individualpsychologie, Personenzentrierte Psychotherapie und Transaktionsanalyse) zum Thema ‚Eignung und Reife von Auszubildenden‘ befragt. Die Interviews wurden mit der induktiven qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Der Begriff der Reife ist insofern problematisch, als er verschiedene Aspekte in sich vereint: Einerseits wird Reife als Prozess erachtet, als entwicklungsorientierte Art der Reflexion von Lebenserfahrung, wie diese auch erworben sei. Andererseits wird Reife als Zustand, als Komplex

9

Psychotherapiegesetz (1990): Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie, BGBl.Nr. 361/1990 ST0151

von Eigenschaften und Fähigkeiten gesehen; dazu gehören Empathie, Offenheit sowie kritisches Denken und innere Stabilität. Zudem wird angenommen, dass Reife etwas zumindest intuitiv Erfassbares sei, was dem Begriff wiederum etwas fast Magisches verleiht. Denn es wird auch beschrieben als Talent, Berufung, Begabung, ein „je ne sais quoi“, das einen Therapeuten erfolgreich macht und nicht unbedingt mit klaren Kriterien zu definieren ist.

Antithetische Zuschreibungen in Bezug auf das Alter ziehen sich durch verschiedene Themen der Interviews. So ist zum Beispiel die Gegenüberstellung „Jüngere sind offen und flexibel“ versus „Ältere sind rigide“ in verschiedenen Kontexten zu finden. Auch die Gegenüberstellung „Jüngere sind gegenwartsbezogen (im Hier und Jetzt)“, während „Ältere Weitblick und differenzierte Perspektiven haben“ kann als Variation dieses Prinzips verstanden werden. Allerdings sind diese Gegenüberstellungen nur insofern relevant, als sie auf das Alter bezogene Unterschiede verdeutlichen möchten. Denn ein kompetenter Therapeut / eine kompetente Therapeutin – so wie sich das Bild in den Interviews abzeichnet – kann beide Pole in sich vereinen, da er/sie Weitblick und Erfahrung haben und dennoch flexibel und offen für die Gegenwart sein muss.

Der Diskurs um die Eignung junger Kandidaten und Kandidatinnen (an dieser Stelle wird bewusst nicht nur auf die expliziten Altersbegrenzungen eingegangen) ist in sich widersprüchlich. Denn einerseits wird immer wieder die Wichtigkeit eines offenen, flexiblen Entwicklungsprozesses notiert, andererseits soll eingeschätzt werden, welche Eigenschaften und Fähigkeiten vorhanden sind, um eine angemessene Entwicklungsprognose abzugeben. In diesem Zusammenhang ist zu unterstreichen, dass im Diskurs über die Eignung junger Kandidaten/Kandidatinnen nicht klar zu unterscheiden ist, wo über aktuelle Kompetenzen und wo über Potentiale gesprochen wird.

Andererseits lässt sich einwenden, dass, wenn auch nicht unbedingt klar definierte, dann doch immer wiederkehrende Eigenschaften bzw. Fähigkeiten genannt werden, die als wichtige Basis für die Entwicklung erachtet werden. Diese sind – vielleicht wider Erwarten – sehr basale und allgemeine Eigenschaften, zum Beispiel Empathie, (nur) eine gewisse Stabilität, (nur) eine gewisse Bereitschaft zur Selbstreflexion; und interessanterweise auch als Negativkriterium das Fehlen von psychischen Störungen.

Die Experten gehen davon aus, dass die meisten therapeutisch relevanten Fähigkeiten und persönlichen Eigenschaften, wenn nicht komplett erlernbar, dann zumindest ausbaubar sind (z. B. Empathie). Dies kann als wichtigstes Argument für die Aufnahme junger Kandidatinnen und Kandidaten betrachtet werden. Der Einwand mangelnder Lebenserfahrung wird von den Experten/Expertinnen selbst konterkariert, indem sie die Verarbeitung der Lebenserfahrung und nicht diese selbst in den Vordergrund stellen und argumentieren, dass Lebenserfahrung auch tradiert werden kann (z. B. durch intensiven Kontakt mit verschiedenen Menschen, Literatur usw.). Daher sei Reife nicht unbedingt quantitativ durch Lebenserfahrung erreichbar, sondern durch die Qualität der Verarbeitung. Dies wiederum wirft die Frage auf, warum dann Lebenserfahrung als definitorisches Kriterium genannt wird.

Diskussion

Eindrücklich war bei den Narrativen der Expertinnen und Experten die Verwendung abstrakter Begriffen wie „Reife“, „Lebenserfahrung“, „Offenheit“, „Veränderungsbereitschaft“ etc., deren Spezifizierung ihnen auch mithilfe der explorativen Interviewführung kaum möglich war. Hier kommt es zu einem Zirkelschluss zwischen Vorgaben des Gesetzgebers und formulierten Kriterien aus der Praxis. Wir möchten diskutieren, welche empirischen Methoden sich zur Erkundung dieses Phänomens eignen bzw. welche von vornherein scheitern müssen.

Kritische Fragen drängen sich auf bezüglich der Aufnahmekriterien, der Entscheidungsfindung über die Eingung von Kandidatinnen und Kandidaten und in Bezug auf die Beobachtung und Bewertung von Entwicklungsprozessen.

3 Außer Programm

3.1 Akademisierung der Psychotherapie – Ausbildung aus der Sicht der Auszubildenden im Propädeutikum

*Sabine Völkl-Kernstock, Ursula Margreiter und Lucia Zehetgruber
(ÖAGG-Psychotherapeutisches Propädeutikum)*

Die Akademisierung – im Sinne von wissenschaftlicher Professionalisierung sowie Vereinheitlichung des europäischen Hochschulraumes – bildet seit Beginn des Bologna-Prozesses im Jahr 1999 einen steten Diskussionsschwerpunkt, auch hinsichtlich der Psychotherapieausbildung.

Fragestellung

In Zusammenhang mit allgemeinen Bestrebungen zur Akademisierung der gesamten Psychotherapieausbildung geht vorliegende Arbeit der Frage nach, ob diese Akademisierung dem Interesse der derzeitigen Propädeutikumskandidatinnen und –kandidaten entspricht.

Methode und Stichprobe

Im ersten Quartal des Jahres 2012 wurde an alle 627 Kandidatinnen und –kandidaten des ÖAGG-Propädeutikums ein von der wissenschaftlichen Leitung selbst entwickelter semistrukturierter Fragebogen per E-Mail versendet. Dieser wurde von 174 Befragten retourniert, wobei diese Gruppe hinsichtlich des Geschlechts und des Alters repräsentativ für die Kandidatinnen/Kandidaten des ÖAGG-Propädeutikums war (83,3 % Frauen; 16,7 % Männer; 31 % 20- bis 29-Jährige; 41,4 % 30- bis 39-Jährige; 6,3 % 50- bis 59-Jährige; 2,3 % ohne Altersangabe). Die Rücklaufquote beträgt somit 27,9 Prozent. Analog zum insgesamt hohen Akademikeranteil des ÖAGG-Propädeutikums, der im Jahr 2011 bei 60,9 Prozent lag, liegt dieser im Rahmen der Befragung bei 57,5 Prozent.

Ergebnisse

Akademisierung des Psychotherapeutischen Propädeutikums

Die erste Fragestellung bezieht sich auf das Interesse der Kandidatinnen und Kandidaten, mit der Absolvierung des Propädeutikums den akademischen Grad eines Bachelors zu erwerben. Sowohl 55,2 Prozent der weiblichen als auch 55,2 Prozent der männlichen befragten Personen bekundeten kein Interesse an einer Akademisierung des psychotherapeutischen Propädeutikums. 44,1 Prozent der weiblichen und 44,8 Prozent der männlichen Teilnehmerantworten befürworteten hingegen eine solche Akademisierung.

75,3 Prozent der Befürworter/innen einer Akademisierung zeigen auf Nachfrage die Bereitschaft zur Leistung eines damit verbundenen Mehraufwandes hinsichtlich Zeit und Kosten (z. B. Besuch weiterer Lehrveranstaltungen und Verfassen einer wissenschaftlichen Arbeit).

Akademisierung des Psychotherapeutischen Fachspezifikums

Bei der Frage nach dem Interesse an einer Akademisierung des psychotherapeutischen Fachspezifikums, verbunden mit dem Erwerb des akademischen Mastertitels, ist eine deutlich höhere Zustimmung gegeben: 59,3 Prozent der antwortenden Kandidatinnen und 55,2 Prozent der Kandidaten befürworteten diese. Auch hier ist eine Tendenz zur Bereitschaft zu einem Mehraufwand zu erkennen.

Diskussion

Im Zentrum der Diskussionen rund um die Psychotherapieausbildung stehen die Frage der Akademisierung der gesamten Ausbildung sowie die Gründung von universitären Ausbildungseinrichtungen im Sinne von Fachhochschulen bzw. Privatuniversitäten. Hinsichtlich einer Akademisierungsbestrebung der psychotherapeutischen Ausbildung ist somit zu berücksichtigen, dass die derzeit nach dem European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) für das Propädeutikum anrechenbaren 90 ECTS-Punkte mit den für den Erwerb eines akademischen Abschlusses notwendigen ECTS-Punkten auszubauen bzw. aufzuwerten sind. Das wiederum bedeutet einen Mehraufwand an Zeit und Kosten für die Auszubildenden.

Die Studie zeigt in Bezug auf die zentrale Frage nach dem Interesse an einer Akademisierung des Propädeutikums einen mäßigen Zuspruch von weniger als der Hälfte der teilnehmenden Propädeutikumskandidaten/-kandidatinnen. Die Bereitschaft zur Leistung eines damit verbundenen Mehraufwandes an Zeit und Kosten wird aber von 75 Prozent jener Personen bekundet, die an der Akademisierung interessiert sind.

Außerdem zeigt sich im Rahmen der Studie, dass mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer/innen des ÖAGG-Propädeutikums Interesse an einer Akademisierung des psychotherapeutischen Fachspezifikums zeigen. Obwohl bereits derzeit der zeitliche sowie der finanzielle Aufwand als sehr hoch erlebt werden, besteht tendenziell eine Bereitschaft, im Rahmen einer Akademisierung zusätzlichen Mehraufwand zu akzeptieren.

Ein universitärer Abschluss mit Bachelor- und Mastergrad erfordert 300 ECTS. Sollte das Propädeutikum in den Bachelor-Abschluss integriert werden, ergeben sich zwei Möglichkeiten: entweder das Propädeutikum wird auf 180 ECTS aufgewertet (zusätzliche Schwerpunktbildung, Bachelorarbeit) oder Inhalte aus dem Fachspezifikum müssen in das Bachelorstudium aufgenommen werden.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse gegenständlicher Befragung zeigen ein heterogenes Bild und machen deutlich, dass eine Akademisierung des psychotherapeutischen Propädeutikums im Interesse von knapp weniger als der Hälfte der befragten Kandidaten und Kandidatinnen liegt. Die Mehrheit der derzeitigen ÖAGG-Propädeutikumskandidaten/-kandidatinnen strebt eine weiterhin zeit- und kosteneffiziente Vorbereitung zum Einstieg in das psychotherapeutische Fachspezifikum an, zumal viele eine akademische Ausbildung mitbringen. Auch ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass die Akademisierung der sowohl im Psychotherapiegesetz¹⁰ verankerten Quellenberufe als auch der Berufe im psychosozialen Bereich weiter fortschreitet. Daher ist eine Steigerung des Akademikeranteils bei den Auszubildenden im Propädeutikum zu erwarten.

Daher ist eine Parallelstruktur im Sinne der Möglichkeit, das psychotherapeutische Propädeutikum einerseits wie bisher als Lehrgang zur Vorbereitung auf ein psychotherapeutisches Fachspezifikum und andererseits als Beginn einer akademischen Berufsausbildung zu nutzen, anzudenken.

10

Psychotherapiegesetz (1990): Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie, BGBl.Nr. 361/1990 ST0151

Anhang 1 – Posterpräsentationen

In jeder Session bestand neben den Vorträgen die Gelegenheit, Poster zu einem entsprechenden Forschungsthema zu präsentieren und zu kommentieren. 15 Teilnehmer/innen nutzten diese Möglichkeit.

Session 1 Wirkung und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie

- » Wirksamkeit von Verhaltens- und Systemischer Therapie in der Praxis.
Eine retrospektive Konsumentenstudie
Theresa Ferstl und Anton-Rupert Laireiter (Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg)

Session 2 Wirkung und Wirksamkeit stationärer Psychotherapie

- » Therapie- und Kosteneffektivität eines achtwöchigen Psychosomatikturus der regionalen Versorgungspsychiatrie in einer Einjahreskatamnese
Kurt Stastka, Michael Schiffinger und Henriette Löffler-Stastka
(Otto-Wagner-Spital Baumgartner Höhe, Medizinische Universität Wien)

Session 3 Rolle der Therapeuten – therapeutische Beziehung

- » Forschung am Department: Bereiche und Projekte
Silke Gahleitner (Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit)
- » Die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit während der Psychotherapieausbildung
Elitsa Tilkidzhieva¹, Omar Gelo^{1,2}, Kathrin Mörtl¹ und Jutta Fiegl¹
(¹Sigmund Freud PrivatUniversität Wien und ²University of Salento)

Session 4 Ausbildung und Kompetenzentwicklung I

- » Zur psychotherapeutischen Profession ohne Umwege –
Entwicklung der Auszubildenden während eines berufsqualifizierenden Studiums
Jutta Fiegl und Brigitte Sindelar (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Session 5 Therapeutische Prozesse

- » Von Gefühle überschwemmt – und doch nichts spüren können – Gestalttherapeutische Falldarstellung zur Bedeutung der Körperwahrnehmung bei einer Patientin mit histrionischem Persönlichkeitsstil
Ursula Grillmeier-Rehder (Institut für Integrative Gestalttherapie Wien)

Session 6 Spezielle Settings und Patientengruppen

- » Lassen sich Menschen zum Glück zwingen?
Elfriede Feichtinger (Institut für Paar- und Familientherapie Wien)
- » (Wie) Kann Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung funktionieren?
Regina Haberl und Henriette Löffler-Stastka (Universitätslehrgang Psychotherapieforschung Medizinische Universität Wien)
- » Therapie hinter Gittern
Angela Watzak-Helmer (ARGE Bildungsmanagement Wien)
- » Suizidversuche und Persönlichkeitsstruktur bei PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung
Nestor Kapusta und Nicole Baus (Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien)
- » Es bewegt sich doch! – Wirkungen systemischer Beratung und Therapie bei Veränderungsprozessen polytoxikomaner DrogenkonsumentInnen
Franz Schiermayr (FH Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit und Soziales)

Session 8 Ausbildung und Kompetenzentwicklung II

- » Status of Research in Psychotherapy – Trainers, Practitioners and Trainees in Psychodrama
Hannes Krall (Universität Klagenfurt)
- » Wie bin ich, wie will ich werden, wie glaube ich zu sein? Eine empirische Studie zur Persönlichkeit des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin
Brigitte Sindelar und Jutta Fiegl (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)
- » Development of Therapeutic Attitudes: Attitudes of trainees in training
Barbara Pastner, Johanna Alexopoulos, Christine Rohm, Ingrid Preusche und Henriette Löffler-Stastka (Medizinische Universität Wien)

Tagungsfolder Psychotherapieforschung 7. und 8. November 2014

Strategien der Wirksamkeitsforschung

- Efficacy vs. Effectivenessforschung
- Phase III vs. Phase-IV-Forschung

• Phase III/Efficacy-Forschung:

- Randomisierte Kontrollierte Designs (RCT's)

• Phase-IV/Effectivenessforschung:

- Multiple Forschungsdesigns
- Prospektive vs. retrospektive Designs
- Konsumentenbefragungen
- Retrospektive Katamnese-Designs

• Konsumenten-/Retrospektive Katamnese-Designs

Retrospektive Befragung von PatientInnen und TherapeutInnen hinsichtlich Therapieerfolg, Zufriedenheit, Veränderung etc.

Bisherige Konsumentenstudien

- Consumer Reports Study (Seligman, 1995)
- Deutsche Consumer Reports Study (Hartmann & Zepf, 2004)
- Retrospektive Wirksamkeitsstudie (Albani et al., 2011)
- TRANS-OP-Studie (Gallas et al., 2008)
- Stiftung Warentest-Studie: Positive und negative Effekte (Buntebart & Jacobi, 2011)
- GLE-Studie (Laireiter et al., 1998, 2013)
- Beratungsstelle-Studie (Strizek et al., 2012)

Fragestellungen

1. In welchem Ausmaß zeigt sich bei Klienten eine Reduzierung der psychischen und körperlichen Symptomatik?
2. In welchem Ausmaß zeigen sich Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit nach der Therapie?
3. In welchem Ausmaß steigt das globale Funktionsniveau der Klienten?
4. Inwiefern zeigen sich Verbesserungen in unterschiedlichen Lebensbereichen?
5. Gibt es Unterschiede zwischen den Therapiemethoden?

Design

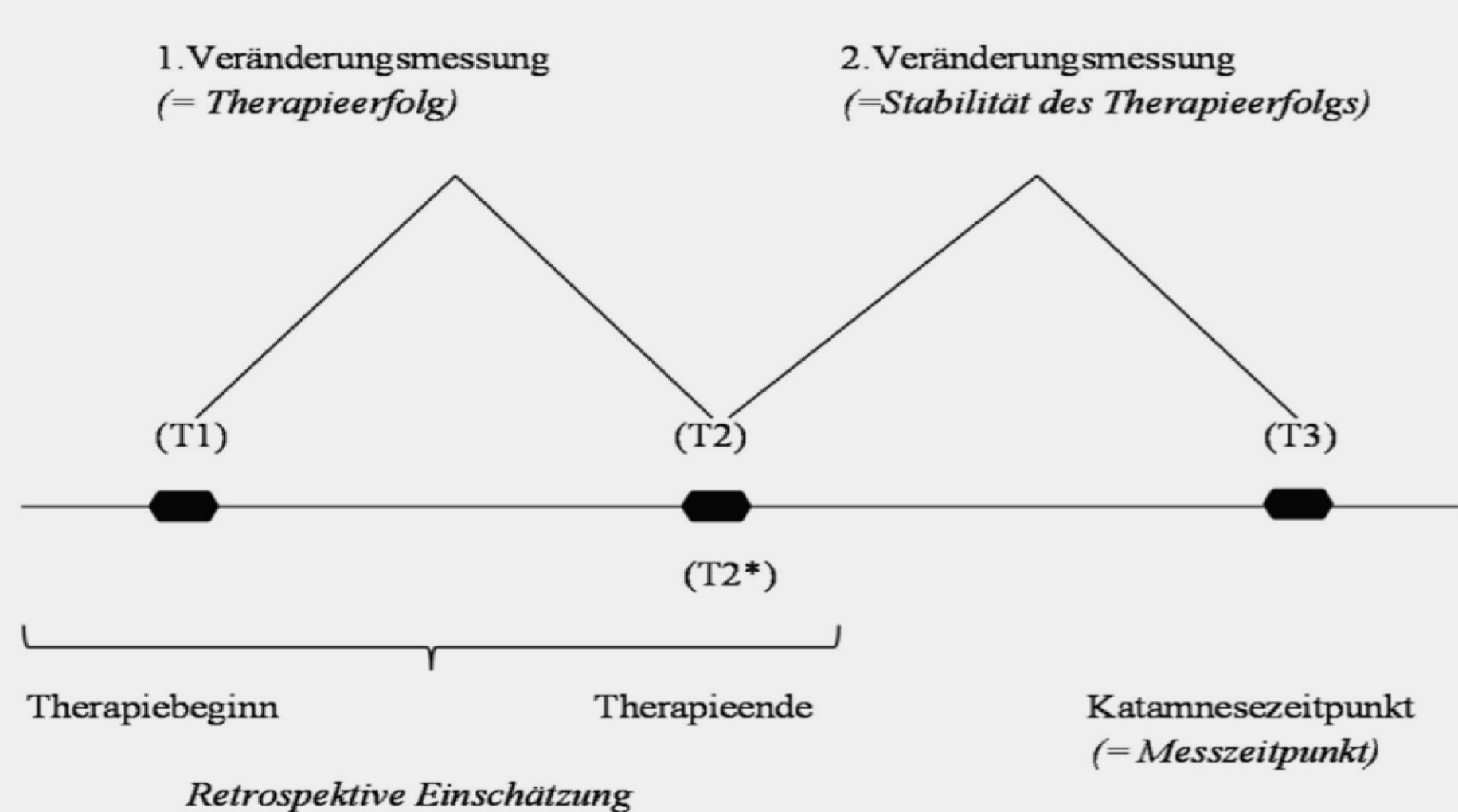


Abbildung 1. Quasi-indirekte Veränderungs-messung: 1. und 2.: jeweils indirekte Veränderungsmessung zwischen (T1) und (T2) und (T2) und (T3); T2* direkte Veränderungsmessung; Zeitpunkt der Erhebung = Katamnesezeitpunkt (T3);

Instrumente:

1. Fragen zur Therapie: Orientierung, Dauer, Therapieverlauf, TherapeutIn
2. Soziale und klinische Merkmale eigene Person
3. Quasi-indirekte Veränderungsmessung (retrospektiv, Status) (T1, T2, T3)
 - BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score)
 - SCL-K-9 (Symptom-Checkliste)
 - SWLS (Subjektives Wohlbefinden/Lebensqualität)
 - SOFAS (soziales Funktionieren)
4. Direkte Veränderungsmessung (T2, T3)
 - V-Skala (Veränderungsfragebogen)
 - Goal Attainment Scaling (GAS)
 - Therapiezufriedenheit
 - Negative Effekte und Nebenwirkungen

Stichprobe

Teilnahmekriterien

- Katamnese-Abstand: 3 Monate - 7 Jahre
- Ambulante Therapie
- Letzte Therapie war ST oder VT
- Kenntnis darüber, welche Art von Therapie absolviert wurde
- Die Therapie wurde in Österreich absolviert (Angabe des Bundeslandes)

Stichprobe

187 Zugriffe; VT: n=32; ST: n=22; N=54

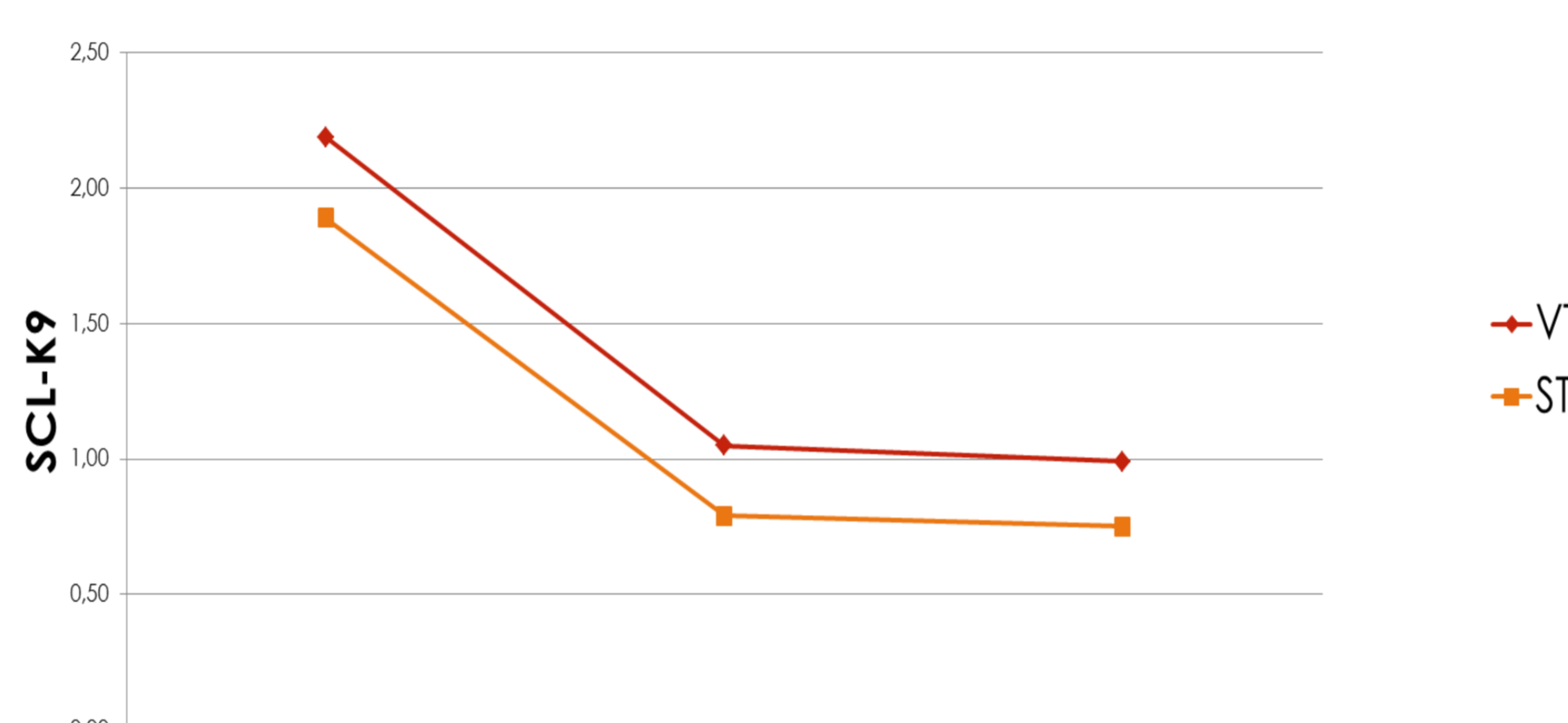
Tabelle 1

Vergleich der soziodemographischen Merkmale

	VT (N = 32)		ST (N = 22)		$\chi^2(1, N = 54) = 0.13$ $p = .72$
	f	%	f	%	
Geschlecht					
Männlich	6	18.8	5	22.7	
Weiblich	26	81.3	17	77.3	
Familienstand					
Ledig	20	62.5	7	31.8	
Verheiratet	5	15.6	5	22.7	
Gestrennt	1	3.1	-	-	
Geschieden	3	9.4	4	18.2	
In einer Lebensgemeinschaft	3	9.4	6	27.3	
Staatsangehörigkeit					
Österreichisch	25	78.1	22	100.0	
Deutsch	7	21.9	-	-	
Schulabschluss					
Hauptschule	1	3.1	-	-	
Höher bildende Schule	2	6.3	2	9.1	
Fachhochschule	3	9.4	4	18.2	
Berufsschule	4	12.5	-	-	
Matura	7	21.9	4	18.2	
Universitätsabschluss	12	37.5	12	54.5	
Sonstiges	3	9.4	-	-	
	<i>M(SD)</i>	<i>MD</i>	<i>M(SD)</i>	<i>MD</i>	<i>U-Test</i> <i>z</i> <i>p</i>
Alter (Jahre)	33.46(10.64)	31	39.55(11.46)	41	-2.14 .03*

Ergebnisse

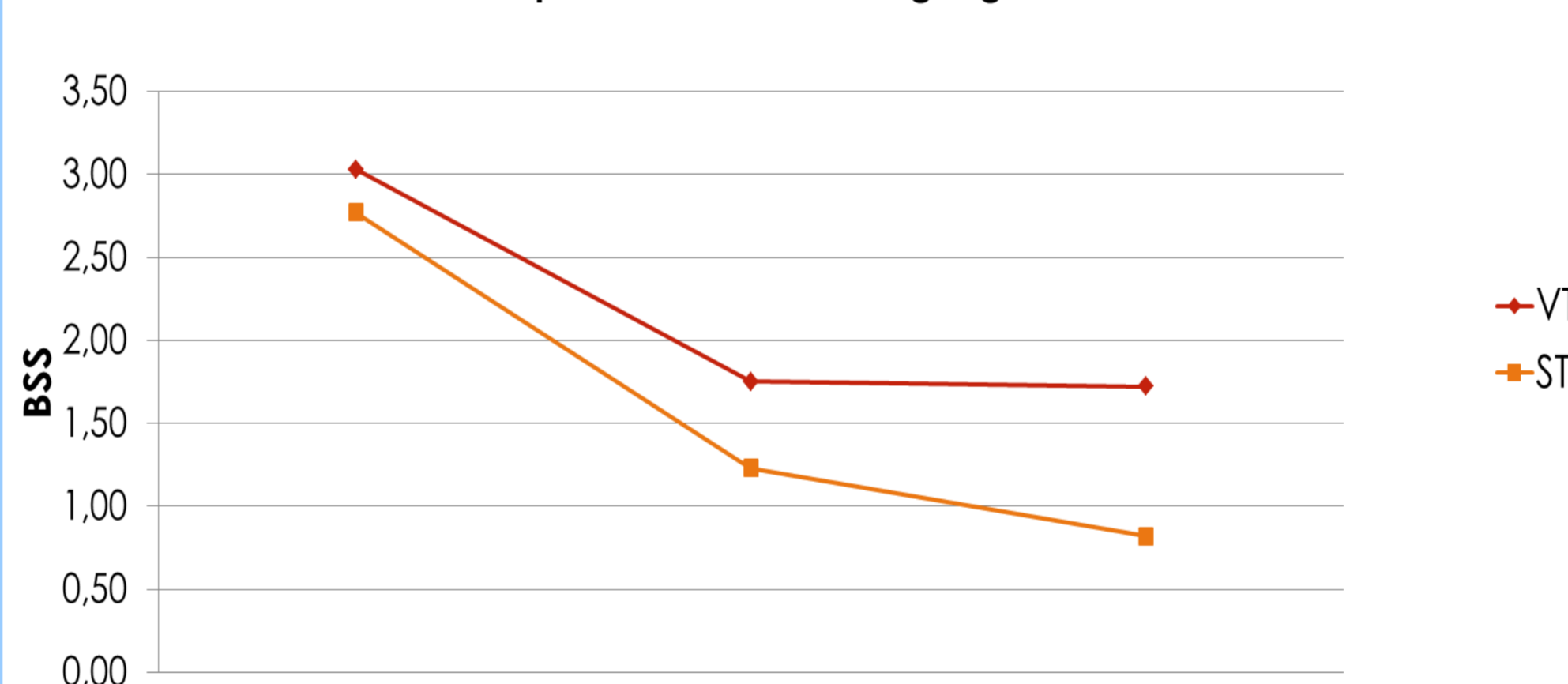
Abb. 1 psychische Beeinträchtigung zu T1, T2, T3



Veränderung T1-T2:

VT: $t(30) = 7.57, p < .001^{***}, dz = 1.34, RCI = 5.37$
ST: $t(20) = 7.07, p < .001^{***}, dz = 1.50, RCI = 4.97$

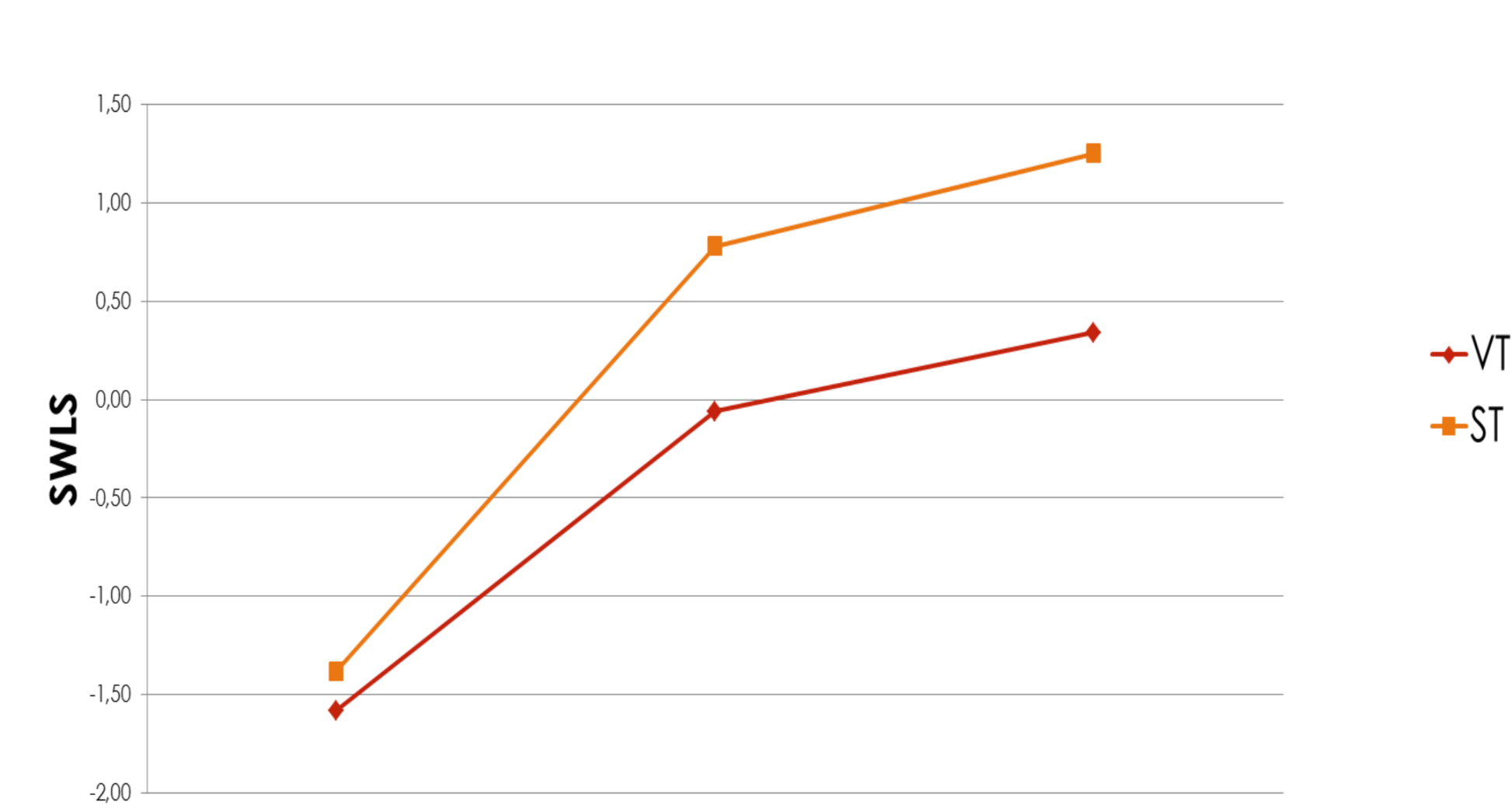
Abb. 2 körperliche Beeinträchtigung zu T1, T2, T3



Veränderung T1-T2:

VT: $t(30) = 4.62, p < .001^{**}, dz = 0.82, RCI = 3.26$
ST: $t(20) = 4.37, p < .001^{***}, dz = 0.89, RCI = 2.94$

Abb. 3 Lebenszufriedenheit zu T1, T2, T3



Veränderung T1-T2:

VT $t(30) = 8.14, p < .001^{***}, dz = 1.44, RCI = 5.77$
ST $t(20) = 6.70, p < .001^{***}, dz = 1.43, RCI = 4.63$

Veränderung T2-T3:

ST $t(20) = -2.18, p = .04^*, dz = 0.47, RCI = 1.55$

Ergebnisse Fortsetzung

Abb. 4 Einschränkungen in Beruf, Familie, Freizeit zu T1, T2, T3



Veränderung T1-T2:

VT: $z = -4.54, p < .001^{***}, \phi = 0.80, RCI = 5.12$
ST: $z = -3.84, p < .001^{***}, \phi = 0.82, RCI = 4.94$

Ergebnisse direkte Veränderungsmessung

- Mittlere Verbesserung im Wohlbefinden ($Md=+2$)
- Geringe bis mittlere Verbesserung im Befinden und körperlichen Wohlbefinden ($Md=+1.5$)
- Geringe bis mittlere Verbesserung im Selbstwertgefühl ($Md=+1.5$)
- Mittlere Verbesserung in Zukunftsperspektive ($Md=+1.5$)
- Geringe Verbesserung in den sozialen Beziehungen ($Md=+1$)
- Geringe Veränderung in medizinischen Variablen ($Md=+1$)
- Keine Veränderungen im Gesundheitsverhalten ($Md=0$)

Unterschiede zwischen VT und ST

In quasi-indirekter Veränderungsmessung wenig Unterschiede:

- ST: Stärkere Verbesserung in der Lebenszufriedenheit T1-T2; weitere Verbesserung zur Katamnese (T3)
- ST: Stärkere Verbesserung in körperlicher Beeinträchtigung T1-T2

In direkter Veränderungsmessung:

- VT: Stärkere Verbesserung in depressiven Gefühlen
- ST: Stärkere Verbesserung in familiären Beziehungen (Partner, Kinder)
- ST: Stärkere Verbesserung im Umgang mit Stress
- ST: Hilft stärker bei aktuellem Umgang mit Problemen

Zusammenfassung

- Studie belegt positive Wirksamkeit von VT und ST mit **hohen Effektstärken** in wichtigen Bereichen psychischer Auffälligkeit und Störungen
- Dabei erweisen sich die beiden Verfahren als **vergleichbar wirksam**
- Die direkten Veränderungsmessungen weisen insgesamt auf eine **mittlere wahrgenommene Wirksamkeit** in verschiedenen Bereichen des Befindens und der Emotionalität hin
- Insgesamt fanden sich nur wenige Unterschiede in der wahrgenommenen Wirksamkeit zwischen beiden Verfahren
- Wenn, dann wurde die systemische Therapie als effektiver wahrgenommene

Diskussion

Trotz positiver Ergebnislage **methodische Probleme**:

- Retrospektivität der Datenerhebung
- Kleine Stichprobe
- Keine Vergleichs-/Kontrollgruppe

Aber:

Quasi-indirekte V-Messung besitzt erwiesene Validität!

Therapie- und Kosteneffektivität eines achtwöchigen Psychosomatikturnus der regionalen Versorgungspsychiatrie in einer Einjahreskatamnese

*Kurt Stastka, Michael Schiffinger und Henriette Löffler-Stastka
(Otto-Wagner-Spital Baumgartner Höhe, Medizinische Universität Wien)*

Fragestellung

Die Outcome-Erhebung ermöglicht es, die eingesetzten Kosten des achtwöchigen Psychosomatik-Turnus in Bezug zu den medizinischen, soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Behandlungseffekten und deren Wirkdauer zu setzen. Die Behandlungsspezifitäten sind: 25 Therapieeinheiten wöchentlich, davon 2 Einheiten Einzelpsychotherapie und 8 Einheiten Gruppenpsychotherapie, Milieu- und Soziotherapie, sozialpsychiatrisches Casemanagement, multiprofessioneller Therapieplan.

Methoden

Ein-Jahres-Prä-Post-Katamnesevergleich bei 106 Patienten/Patientinnen mittels EQ-5D (EuroQol-Gesundheitsindex), Mini-ICF-APP (für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen), GAF; Soziodemographie und Benchmarks. (Wirksamkeitsforschung / praxisorientierte Outcomeforschung)

Auswertungsverfahren

t-Tests für gepaarte Stichproben, verteilungsfreier Wilcoxon-Test zur Absicherung und Varianzanalysen mit Messwiederholung und einer Kovariate (Geschlecht, Alter, somatoforme Schmerzstörung und Diagnosegruppe) zur Prüfung auf Moderatoreffekte. 106 befragte Personen, davon knapp ein Drittel Männer (34). Durchschnittsalter 52,9 Jahre \pm 11,2; Diagnose nach ICD-10 teilt sich auf die Gruppen F3 (28) und F4 (74) auf, andere (4). Knapp ein Viertel der Befragten (26) sind Patienten /Patientinnen mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (F 45.4). Das Alter moderiert den Effekt bei der Anzahl der Arztbesuche. Die Häufigkeit von Behandlungswechseln nimmt bei SchmerzstörungspatientInnen/-patienten nach dem Turnus stärker ab.

Ergebnisse

Neben den statistisch signifikanten Verbesserungen des ICF Globalscore, des allgemeinen Gesundheitszustands im EQ5 und des GAF zeigte sich im Ein-Jahres-Prä-Post-Vergleich eine Reduktion der Medikamentenanzahl, der Arztkontakte und der Krankenstandstage um ein Drittel zum Jahr vor dem Turnus. Die Krankenhausaufenthaltstage sanken im Jahr nach dem Turnus um 70 Prozent. Die Anzahl der Untersuchungen nahm um mehr als die Hälfte ab. Vor allem die Anzahl der Behandlungswechsel sank um 80 Prozent bei Steigerung der Psychotherapiestunden auf das Doppelte.

Diskussion

Auf eine hohe nachhaltige Therapieeffektivität und Kosteneffektivität eines achtwöchigen Psychosomatikturnus der regionalen Versorgungspsychiatrie mit Fokus Hochdosispsychotherapie mit gemeindenaher Sozio- und Milieuthherapie bei sozialpsychiatrischem Case-Management kann geschlossen werden.

Literatur

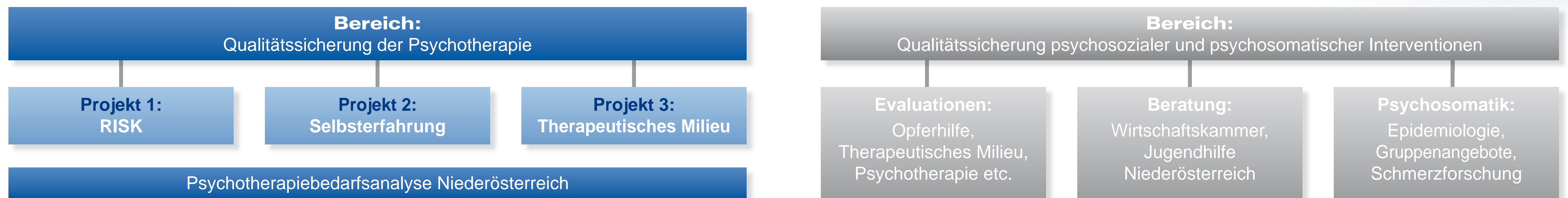
Kurt Stastka, 5. Psychiatrische Abteilung OWS Baumgartner Höhe, Wien; Michael Schiffinger, Interdisziplinäres Institut für verhaltenswissenschaftlich orientiertes Management & Kompetenzzentrum für empirische Forschungsmethoden, Wirtschaftsuniversität Wien;

Henriette Löffler-Stastka, Associate Professor an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, MedUni Wien / AKH Wien.

Forschung

am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems

Forschung am Department: Bereiche und Projekte



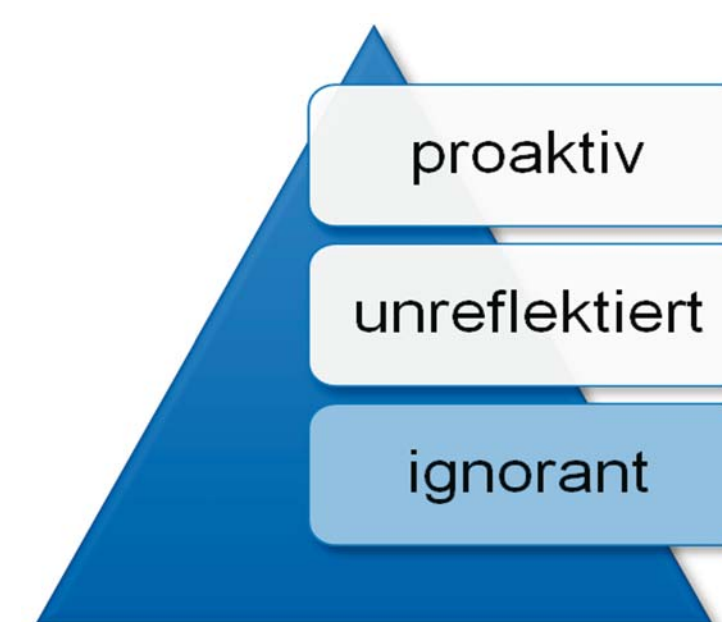
1 Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden («RISK»)

Publikationen: Leitner, Märtens, Höfner et al., 2012; Leitner, Schigl & Märtens, 2014

Forschungsfrage: Welche Risiken, Nebenwirkungen und Therapieschäden können bei einer psychotherapeutischen Behandlung auftreten, wie häufig sind sie, und wie können negative Therapiefolgen verhindert werden?

Ergebnisse:

- Psychotherapie ist ein soziales Geschehen und wird in interaktiven Prozessen zwischen den beteiligten Subjekten stetig neu erzeugt (Hilsenroth, 2013) – therapeutische Beziehung ist bedeutsam!
- Prävalenz ist abhängig von Untersuchungsmodalitäten.
- Folgen verhindern? – »unique inner world of the client« (Bachelor & Horvath, 1999) als TherapeutIn beachten!
- TherapeutInnen zeigen verschiedene Umgangsformen mit Fehlern.

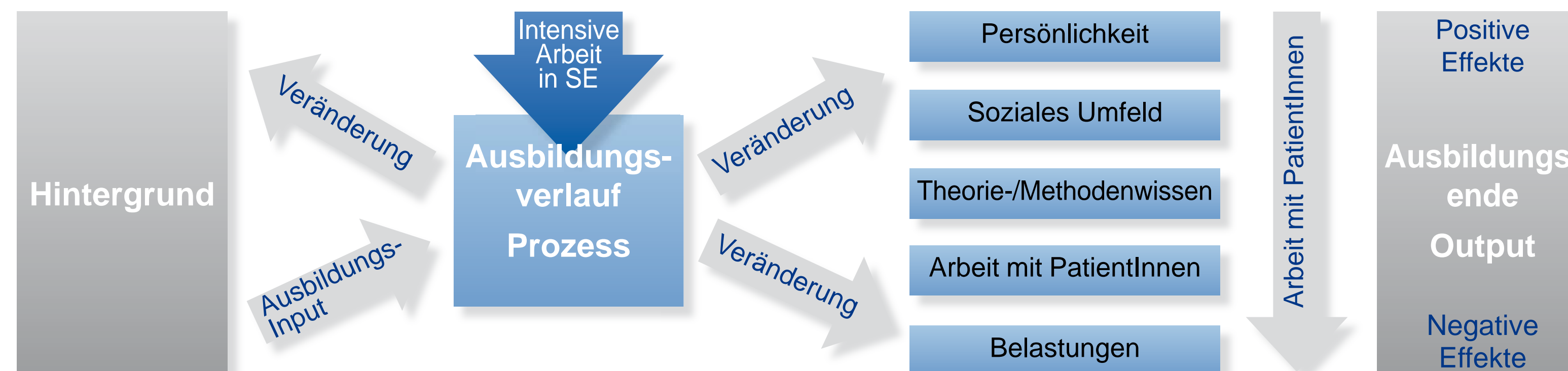


2 Selbsterfahrung: Rolle in der Psychotherapieausbildung

Publikationen: Gahleitner, Reichel, Schigl & Leitner, 2014; Leitner, Gahleitner, Märtens et al., 2014

Forschungsfrage: Welche Bedeutung und welchen Nutzen hat Selbsterfahrung für (angehende) PsychotherapeutInnen?

Ergebnisse:



3 Therapeutisches Milieu: z.B. Daphne EU

Publikation: Radler, Gahleitner, Gerlich & Hinterwallner, 2014

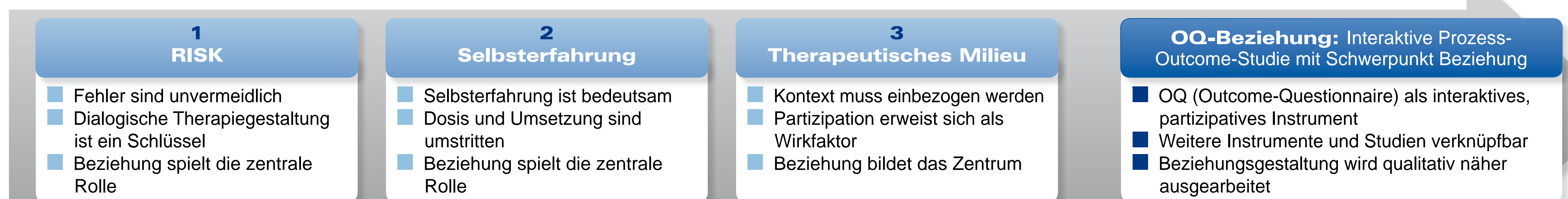
Forschungsfrage: Wie beschreiben Jugendliche ihre Erfahrungen mit der Gewalt in ihrer Lebenswelt und die therapeutische Unterstützung in den untersuchten Einrichtungen?

Ergebnisse:

- Alle Einrichtungen behandeln Jugendliche mit komplexen Problemlagen und zerstörten Familienstrukturen.
- Basisbestandteil des »Therapeutischen Milieus« ist die dialogische Alltagsarbeit.
- Dialogische Bindungs- und Beziehungsarbeit stellt die Kernkompetenz dar, Strukturgebung bietet das fundamentale Gegenüber dazu.
- Psychotherapie bietet die Chance, Veränderungsprozesse aus dem geschützten Raum in den Lebensalltag zu befördern.
- Partizipation und Vernetzung sind maßgeblich.



Forschungslinien: Zusammenfassung und Ausblick



Abstract: How do psychotherapy trainees develop during their psychotherapeutic training? More specifically – how do their qualities and abilities to relate to others develop? We have investigated the extent to which psychotherapy trainees from different stages of their training (early vs. late stage) may present differences with regard of a series of dimensions considered to play a relevant role in the developing psychotherapists, such as (a) personal characteristics, (b) representations of themselves, (c) representation of an ideal therapist, (d) emotional and psychological well-being, and (e) experiences about personal relationships. Data are collected from a sample of N=110 psychotherapy trainees (n=64 at early stage; n=48 at late stage) attending the psychotherapy training program of the Sigmund Freud University Vienna. To this aim, adapted versions of the Development of Psychotherapists Trainee Background and Process forms, developed by the SPR Interest Section on Therapist Training and Development (SPRISTAD), were used to collect the data. We have identified several differences among trainees being at an early vs. late stage of their psychotherapy training which might shed preliminary light on the path of professional development of psychotherapy trainees.

Introduction: The essence of the psychotherapeutic profession is the ability to relate – to relate to clients, to trainers, supervisors, colleagues, to significant others and also to oneself. As Orlinsky & Rønnestad (2005) point out, the ability to create and maintain meaningful, authentic, deep relations, that facilitate growth and connectedness is a central feature in psychotherapy and an ‘important helping influence on its own’. Moreover, the way one relates to oneself can be an important predictor of how one would relate to clients and work as a therapist. In this study we were interested to trace these features and qualities (Fig.1) in different stages of psychotherapeutic training and among different age groups. Our assumption was that with the specialized psychotherapeutic training, all these qualities will get refined and increase, providing a stable relational basis for future psychotherapists.

Methods:

Instruments

- DPCCQ/SFU questionnaire
- Trainee Background Form
- Trainee Process Form
- SFU modifications (Self/Ideal)

Participants (n=110)

Students of psychotherapy science (Bach/Mag)

Training levels	Beginners 56,4% (n=62)	Advanced 43,6% (n=48)	
Gender	Male 21,8% (n=24)	Female 78,2% (n=86)	
Age	Under 24 33,8% (n=37)	24-29 30,5% (n=33)	29+ 33,7% (n=37)

Data Analyse

- 2-Way ANOVA (p<.05)
- Post-hoc Tests

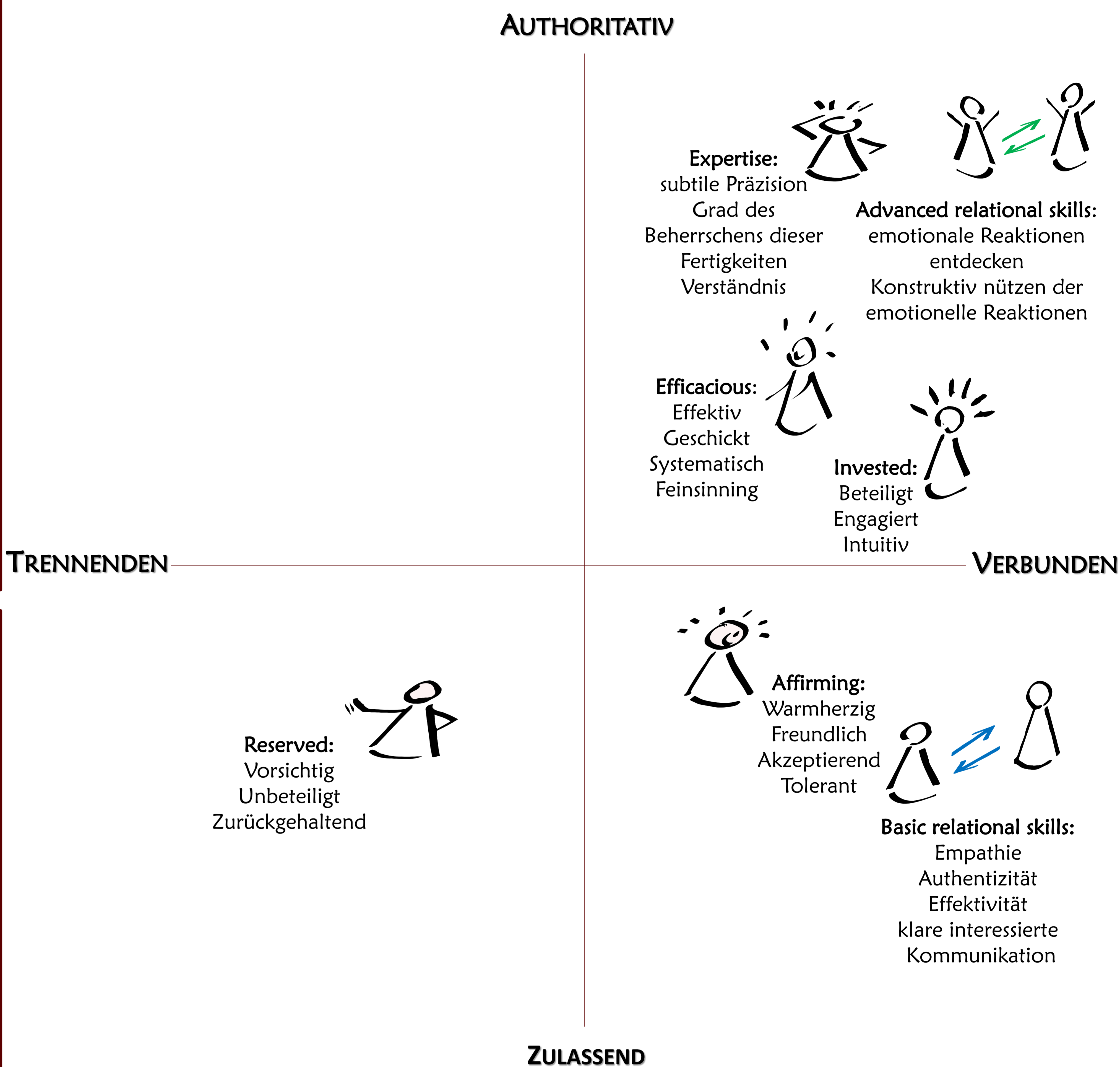
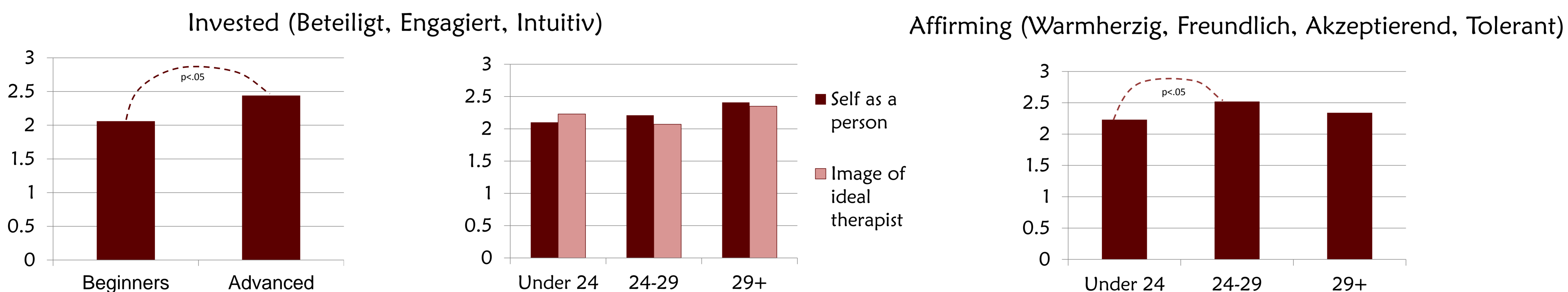


Figure 1: The circumplex model of interpersonal behaviour, based on Leary (1957) (Orlinsky & Rønnestad, 2005)

Results:



Discussion and conclusion: The ability to create and maintain relationships is central quality of psychotherapists. Our results show that in the course of the psychotherapeutic training there is a significant positive change in how involved, committed and intuitive (Involved) the trainees are, as well as how warm, friendly, accepting and tolerant (Affirming) they experience themselves (Fig. 4). We have also observed a change in the representation of the Ideal therapists – the image of the ideal therapist of advanced trainees is significantly more Invested in advanced students (Fig.2). An interesting and unexpected result is that the older students consider themselves more involved, committed and intuitive than the younger ones (Fig. 3). A possible explanation can be that the trainees have replaced their image of ideal therapist with a more realistic one. Moreover, it can be the ideal has transformed into a goal to achieve (also to be able to regulate how much invested one is, which is often a challenge for the trainees at the beginning). However, this was one of the first attempts to examine the relational competences of psychotherapy trainees. Much more research with subtler instruments is needed to understand the exact reasons and processes behind these and more subtle change.

Zur psychotherapeutischen Profession ohne Umwege

Entwicklung der Auszubildenden während eines berufsqualifizierenden Studiums

Jutta Fiegl, Brigitte Sindelar. Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

www.sfu.ac.at

Explikation der Fragestellung

Die Frage des Einstiegsalters in die psychotherapeutische Ausbildung, wird einerseits durch Gesetzesvorgaben geregelt - direkt mit einem Alterslimit oder indirekt als Verpflichtung, zuvor ein Quellenstudium oder einen Quellenberuf abschließen zu müssen.

Wird die persönliche Eignung als zentrale Bestimmgröße für spätere Berufskompetenz angenommen, so ist dazu festzuhalten, dass die Annahme der persönlichen Eignung zum Zeitpunkt der Berufswahl üblicherweise durch Selbsteinschätzung getroffen wird. Diese Selbsteinschätzung beruht auf Vorstellungen, die die InteressentInnen von der angestrebten Profession haben, welche Persönlichkeitseigenschaften sie mit ihrem Wunschberuf verbinden und der persönlichen Überzeugung, diese Eigenschaften mit zu bringen.

Seit 2005 hat sich in Österreich an der Sigmund Freud PrivatUniversität weltweit erstmalig ein Studium der Psychotherapiewissenschaft etabliert, um die Eigenständigkeit der Profession zu verdeutlichen, um Lehre, Praxis und Forschung zu verbinden und dem Beruf des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin den Rang eines akademischen Erstberufes zu geben. Damit wird eine Direktausbildung für die psychotherapeutische Profession in Form eines berufsqualifizierenden Studiums der Psychotherapiewissenschaft angeboten, die daher nach der Matura – also ab dem 18. Lebensjahr – mit der Ausbildung begonnen werden kann. Es ist zu erwarten, dass diese akademisch getragene Ausbildung dazu führt, dass im Berufsleben das wissenschaftliche Interesse erhalten bleibt.

In den ersten vier Semestern werden die Studierenden in allgemeinen Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft unterwiesen. In diesem ersten Studienabschnitt ist das psychotherapeutische Propädeutikum enthalten, das den ersten Teil der gesetzlich vorgeschriebenen Psychotherapieausbildung enthält. Ab dem fünften Semester entscheiden sich die Studierenden für eine der an der SFU angebotenen psychotherapeutischen Methoden und erhalten bis zum Ende des Studiums eine methodenspezifische Ausbildung, die dann auch zur Ausübung des psychotherapeutischen Berufes berechtigt.

Forschungsfragen

Sind im Laufe der Ausbildung Veränderungen im Persönlichkeitsbild der Studierenden messbar?

- Unterscheiden sich Studierende vor der Ausbildung in einer psychotherapeutischen Methode von jenen, die bereits methodenspezifisch unterrichtet werden?

- Unterscheiden sich über-24-jährige Studierende vor der Ausbildung in einer psychotherapeutischen Methode von jenen, die bereits methodenspezifisch unterrichtet werden?

Studierende des ersten Studienabschnittes wurden mit Studierenden des zweiten Abschnittes verglichen.

Studiendesign

Im Rahmen einer Querschnittuntersuchung wurden Studierende des Studienzweiges Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) des ersten Studienabschnittes mit Studierenden des zweiten Studienabschnittes mittels des NEO-Persönlichkeitsinventars NEO-PI-R (Ostendorf, Angleitner 2004) und des Emotionalen Kompetenzfragebogens EKF (Rindermann 2009) untersucht.

Die Gesamtstichprobe umfasste 381 Studierende, davon 259 im ersten Studienabschnitt (= vor WPF) und 122 im zweiten Studienabschnitt (= im WPF).

Die Teilstichprobe der Über-24-Jährigen umfasste 187 Studierende, davon vor WPF 96, im WPF 91).

Studienergebnisse

Gesamtstichprobe:

Unterschiede vor dem WPF zu im WPF:

vor WPF > im WPF:

Offenheit für Erfahrung Gesamt ($p=.001$), Offenheit für Gefühle ($p=.007$), Offenheit für Ideen ($p=.000$), Offenheit des Werte- und Normensystems ($p=.000$), Verträglichkeit ($p=.001$), Vertrauen ($p=.009$), Entgegenkommen ($p=.028$), Gewissenhaftigkeit Gesamt ($p=.000$), Kompetenz ($p=.000$), Ordnungsliebe ($p=.017$), Leistungsstreben ($p=.000$), Selbstdisziplin ($p=.030$),

vor WPF = WPF:

Neurotizismus Gesamt, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, Impulsivität, Verletzlichkeit, Soziale Befangenheit; Extraversion Gesamt, Geselligkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Aktivität, Erlebnishunger, Frohsinn, Herzlichkeit; Offenheit für Fantasie, Offenheit für Ästhetik, Offenheit für Handlungen; Freimütigkeit, Altruismus, Bescheidenheit, Gutherzigkeit; Pflichtbewusstsein, Besonnenheit,;

Regulation eigener Gefühle, Emotionale Expressivität, Erkennen eigener Emotionen, Erkennen der Gefühle anderer.

Teilstichprobe der Über-24-Jährigen:

Unterschiede vor dem WPF zu im WPF:

vor WPF > im WPF:

Altruismus ($p=.028$), Gewissenhaftigkeit Gesamt ($p=.007$), Kompetenz ($p=.001$), Ordnungsliebe ($p=.048$), Leistungsstreben ($p=.001$),

vor WPF < im WPF:

Bescheidenheit ($p=.043$)

In allen anderen Dimensionen finden sich keine signifikanten Unterschiede.

Interpretation

Studierende des zweiten Studienabschnittes weisen im Vergleich zu Studierenden im ersten Studienabschnitt in manchen Persönlichkeitsfacetten signifikant geringere Werte auf: Studierende des ersten Studienabschnittes zeigen sich offener für Erfahrungen, besonders für Gefühle, Ideen und Werte, zeigen mehr Vertrauen und Entgegenkommen. Auch Leistungsstreben und Selbstdisziplin sind im ersten Studienabschnitt höher ausgeprägt.

In vielen Persönlichkeitsfacetten ist kein Unterschied zwischen den Gruppen der beiden Studienabschnitte zu entdecken: In der Dimension Neurotizismus unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht. Auch Extraversion und Verträglichkeit, beides zentrale interpersonelle Bereiche, sind in beiden Gruppen gleich ausgeprägt. Dies ließe den vorsichtigen Schluss zu, dass es sich hierbei um Persönlichkeitsmerkmale der Beziehungsgestaltung handeln könnte, die bereits in das Studium mitzubringen sind.

Auch die Dimensionen der Emotionalen Kompetenz bleiben nach diesen Ergebnissen stabil: Auch hier lässt sich zwischen Studierenden des ersten und zweiten Studienabschnittes kein signifikanter Unterschied feststellen. Da Persönlichkeitsfragebögen immer die Selbsteinschätzung der Befragten abbilden, lässt dies den Schluss zu, dass sich die Selbsteinschätzung hinsichtlich eigener grundlegender Persönlichkeitsfacetten bei den Studierenden auch durch Herausforderungen des Studiums nicht irritieren lässt.

Die Über-24-Jährigen des zweiten Studienabschnittes scheinen zu lernen, sich mehr abzugrenzen, „Helfen“ relativer zu sehen, da die Über-24-Jährigen des ersten Studienabschnittes höhere Werte in der Dimension Altruismus aufwiesen. Dafür weisen sie eine höhere Ausprägung in Bescheidenheit auf, dies könnte ebenfalls auf eine mehr realitäts-bezogene Sichtweise des Anspruches an das Helfen hinweisen.

Fazit

Studierenden im ersten Studienabschnitt unterscheiden sich von Studierenden im zweiten Studienabschnitt des Studiums der Psychotherapiewissenschaft in den Ergebnissen eines standardisierten Persönlichkeitsfragebogen, der auf dem Persönlichkeitsmodell der „Big Five“ basiert, im Faktor Offenheit, Facetten des Faktors Verträglichkeit und im Faktor Gewissenhaftigkeit: Die Studierenden im ersten Studienabschnitt zeigen hier einen höheren Ausprägungsgrad. Als Erklärungsmodell für die Wirkursachen dieser Ergebnisse können drei Elemente postuliert werden:

- Die im zweiten Studienabschnitt gelehrt methodenspezifischen Inhalte in Theorie, Diagnostik und Interventionstechnik, die zur Identifikation mit der gewählten Methode in Abgrenzung von anderen psychotherapeutischen Methoden führt, reduzieren die Offenheit für Erfahrungen.
- Die Selbstreflexion im Rahmen der Lehrtherapie verringert die Selbstidealisierung im Faktor der Selbstdisziplin hin zu einer realistischeren Selbsteinschätzung.
- Die psychotherapeutische Arbeit mit PatientInnen lässt die Studierenden erleben, dass Verträglichkeit und Entgegenkommen in Widerspruch zur empathischen professionellen Haltung geraten können, was den Ausprägungsgrad der Selbsteinschätzung in diesen Persönlichkeitsdimensionen vermindert.

Von Gefühlen überschwemmt – und doch nichts spüren können

Gestalttherapeutische Falldarstellung zur Bedeutung der Körperwahrnehmung bei einer Patientin mit histrionischem Persönlichkeitsstil

Ursula Grillmeier-Rehder (Institut für Integrative Gestalttherapie Wien)

Patientin: 40a, Diagnose lt. ICD 10: Histrionische Persönlichkeitsstörung

Kontext: Anfangsphase einer Einzelpsychotherapie in einer gestalttherapeutischen Praxis

Einverständnis der Patientin wurde mündlich in der 5. Stunde eingeholt.

Fragestellung: Inwieweit hatten aus dem Prozessverlauf heraus eingesetzte Interventionen, die sich gezielt auf die Körperwahrnehmung der Patientin richteten, eine maßgebliche Auswirkung auf die Selbstunterstützungsfähigkeit der Patientin?

Intervention 1: Berührung mit der Hand am Rücken

- Ausgangssituation: Darstellung von "extremer" Hilflosigkeit, Verzweiflung, Schmerz, Dissoziation
- Ziel: Wahrnehmung der Patientin wird auf das Hier-und-Jetzt gerichtet, über die Berührung wird auf der körperlichen Ebene Halt und Orientierung gegeben.
- Ergebnis: Begegnungsmoment, Beruhigung, reflexive Auseinandersetzung mit zugrundeliegendem Konfliktthema möglich

Intervention 2: Fokussierte Körperwahrnehmung

- Ausgangssituation: Darstellung von "unerträglicher" Körperempfindung, Kälte, Energieverlust, Schwäche
- Ziel: Stärkung der Selbstunterstützung (Self-Support) durch Gewahrsein des Kontaktes zur eigenen leiblichen Präsenz im Umweltfeld
- Ergebnis: Erwärmung der Hände, Rückkehr in den Kontakt, Reflexion der Erfahrung im biographischen Zusammenhang

Intervention 3: Lenkung der Aufmerksamkeit auf unwillkürliche gestische Ausdrucksbewegung

- Ausgangssituation: Unwillkürliche Handbewegung der Patientin an den eigenen Hals
- Ziel: Erhöhung des Gewahrseins auf die gegenwärtigen Empfindungen und Reaktionen in Verbindung mit dem Thema
- Ergebnis: Biographischer Zusammenhang zu Beziehungserfahrung mit wichtiger Bezugsperson konnte hergestellt und erlebt werden.

Hysterischer Modus

"Aufgrund der Abwesenheit angemessener innerer Unterstützungsmöglichkeiten wird eine Leere erfahren, und er oder sie hetzt eilig weiter in dem Versuch, die Leere zu füllen...sie haben nicht gelernt, in sich selbst nach dem Ausschau zu halten, was sie suchen." (G.Kogan, S.39)

"Für ein eventuell aufsteigendes Bedürfnis bleibt keine Zeit, sich klar und vollständig zu entwickeln. So wird lediglich die Spannung reduziert, während das ursprüngliche Bedürfnis unberührt bleibt." (G.Kogan, S.41)

Self- Support

"Kontakt kann nur in dem Maß gut und kreativ sein, wie genügend und angemessene Stütze dafür vorhanden ist. Jedes Fehlen wesentlicher Stütze wird als Angst erfahren" (L.Perls, S.103) "Stütze ist all das, was einer Person ... die Assimilation und die Integration von Erfahrung erleichtert: Primäre Physiologie, aufrechte Haltung und Koordination, Sensibilität und Beweglichkeit ..." (L.Perls, S. 94).

"Konflikte in Bezug auf ein Gefühl resultieren daraus, dass nicht genug organismische Unterstützung oder Unterstützung aus der Umwelt für das Gefühl da ist, weshalb es als überwältigend erlebt wird." (J.Kepner, S.44)

Körperwahrnehmung

"...die gestalttherapeutische Körperprozessarbeit (fokussiert) primär auf die Resensibilisierung des Körpers... bis sich Empfindung und damit ...Bewusstheit und ...Wiederaneignung des abgespaltenen Körperselbst einstellt" (W. Krauss-Kogan, S. 903)

"Berührungen sind ein Mittel zu einem Zweck: Sie werden eingesetzt, um dem Klienten die Entwicklung eines Körper-Selbst durch Empfindung, Bewusstheit, Bewegung und Haltung zu erleichtern" (J.Kepner, S.118).

Schlussfolgerung: Die Lenkung der Bewußtheit der Patientin auf die Wahrnehmung des Körpers im Hier und Jetzt könnte eine Stärkung der Selbstunterstützung bewirkt haben, die das Auftauchen und die beginnende reflexive Bearbeitung zugrundeliegender Konfliktthemen ermöglichte, sowie eine positive Wirkung auf ihre emotionale Sicherheit im Beziehungskontext mit der Therapeutin hatte.

LASSEN SICH MENSCHEN ZUM GLÜCK ZWINGEN?

Elfriede Feichtinger, MSc

Gibt es einen **Unterschied** in der **Veränderungsbereitschaft**, ob Klientinnen im „**Zwangs- oder Kontrollkontext**“ oder „**freiwillig**“ **Therapie** am Institut für systemische Paar- und Familientherapie Wien in Anspruch nehmen?

Forschungsfragen:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen Motivation und Beziehung zur Therapeutin?
- Gibt es einen Unterschied in der Veränderungsbereitschaft von Klientinnen, die „freiwillig“ oder im „Kontrollkontext“ kommen?

Quantitative Vergleichsstudie: Standardisierter Fragebogen:

Stichprobe: 57 Klientinnen gesamt (n = 57)

“unfreiwillige Klientinnen”

28 Personen

“freiwillige” Klientinnen

29 Personen

Vergleichsstudie: Fragebogenuntersuchung aus der ambulanten Drogentherapie (n = 33).

Gesamtstatistik zum Zwangs- oder Kontrollkontext der untersuchten Einrichtung 2010 (n = 70)

Überprüfung der Hypothese 1 (Auswertung über SPSS):

Hypothese 1: Es gibt einen Unterschied in der Veränderungsbereitschaft von Klientinnen die „freiwillig“ oder im „Kontrollkontext“ kommen.

Tabelle 1: Hypothese 1 Hypothese 1

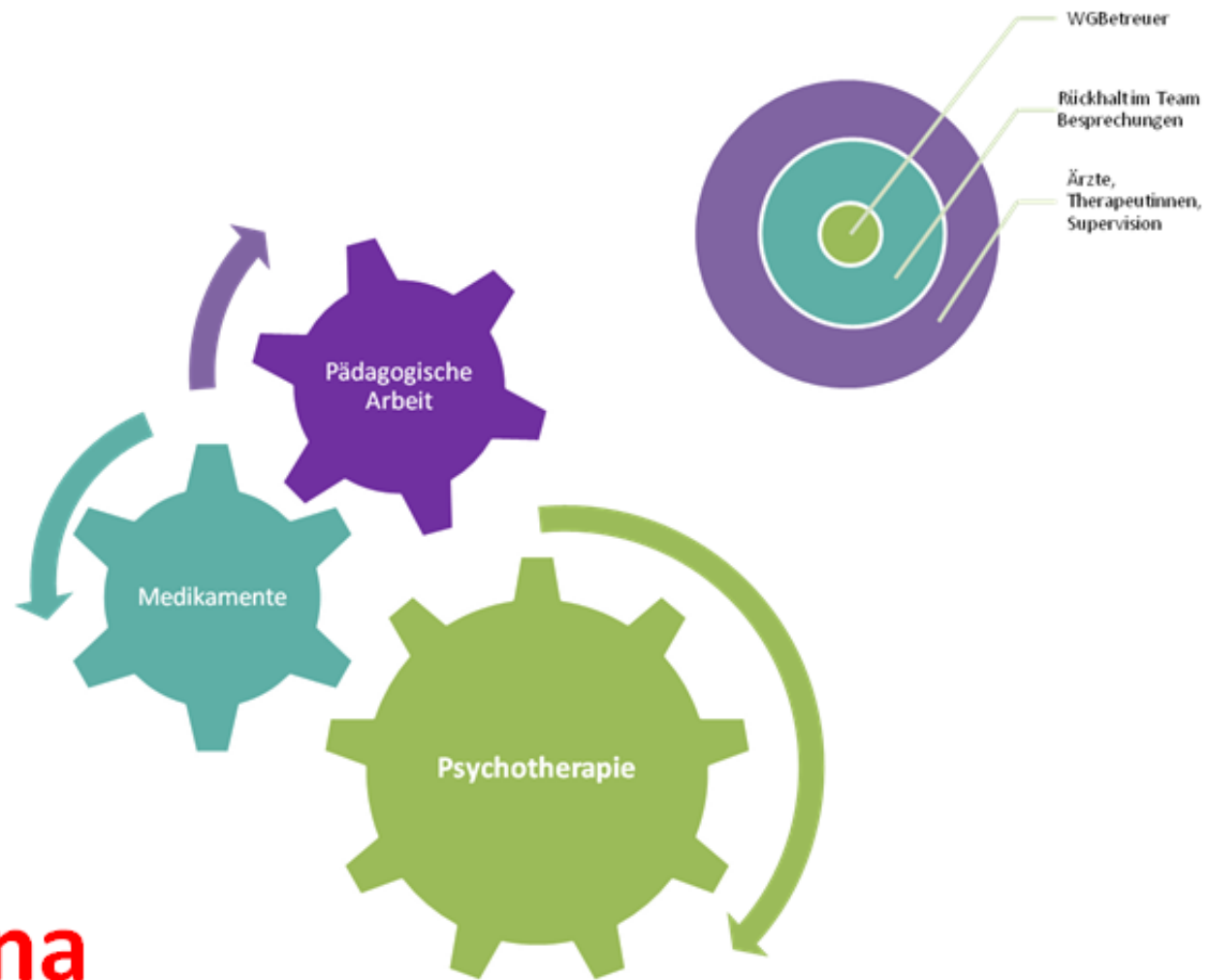
	Absichtslosigkeit	Nachdenklichkeit	Handlung
Bereitschaft			
Mittelwert	4,71	1,50	1,48
Zwangskontext			
Mittelwert	4,19	1,40	1,31
Freiwillig			
T-Wert	2,13	0,79	1,82
Freiheitsgrade	55	55	43,11
Signifikanz	0,04	0,44	0,08

Vergleich mit der Statistik von Moser (2006): Fragebogenuntersuchung aus der ambulanten Drogentherapie

Ergebnisse: „Freiwillige“ Klientinnen beteiligen sich aktiver an Veränderung und haben eine bessere Beziehung zur Therapeutin aufbauen können als Klientinnen im „Kontrollkontext“.

Die Rahmenbedingungen und persönlichen Voraussetzungen von Klientinnen im „Kontrollkontext“ sind häufig schwieriger als von „freiwilligen“ Klientinnen. Sie gelten deshalb nicht als unmotiviert, sie haben durchwegs eine schlechtere Schulbildung und dadurch schlechtere Basisvoraussetzungen, die sich auf die gesamte Lebenssituation auswirken können.

Anna



Anna

Mag.a Regina Haberl



ULG Psychotherapieforschung



(WIE) KANN PSYCHOTHERAPIE BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEEINTRÄCHTIGUNG FUNKTIONIEREN?

Regina Haberl, Henriette Löffler-Staska
Universitätslehrgang Psychotherapieforschung Medizinische Universität Wien

Diese Frage stellte sich im Laufe meiner Tätigkeit in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderung immer wieder: Können unsere Klientinnen von Psychotherapie profitieren und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen. Ich habe mich der Thematik für diese Tagung in Form einer Einzelfallstudie genähert.

In meiner Präsentation steht eine junge Frau im Zentrum – ich werde sie hier Anna nennen – die ich vier Jahre lang in einer Wohngemeinschaft betreut habe. Nach einer Phase des Einlebens, die in Hinblick auf ihre schwierige Vergangenheit fast zu problemlos gelaufen ist, durchlebte sie eine krisenhafte Phase, die die Betreuung an ihre Grenzen gebracht hat. Sie zeigte immens distanzloses Verhalten, hatte Phasen, in denen sie komplett abwesend wirkte, dann wiederum zeigte sie aggressive Tendenzen. Beispielsweise lief sie auch bei Ausflügen einfach davon, quer über Straßen um fremden Kindern ihre Puppen wegzunehmen mit Kommentaren wie „du gehörst jetzt mir!“. Uns Betreuern war nicht viel von Annas Vergangenheit bekannt, jedoch gab es Hinweise auf Missbrauch und immer wiederkehrendes auffälliges Verhalten, wie etwa wochenlanges nicht-außer-Haus-gehen.

Obwohl wir ein interdisziplinäres Team aus Pädagogen, Psychologen und Behindertenfachbetreuern waren, wurde rasch deutlich, dass wir mit unsren pädagogischen Mitteln nicht weiter kommen. In einer Helferkonferenz und zwei Fallsupervisionen wurde dann ein Vorgehen überlegt, das einerseits die Betreuung weiter ermöglichen sollte und aber vor allem Anna helfen sollte, da es ihr in dieser Phase sichtlich nicht gut ging.

Um eine Basis für die weitere Arbeit zu schaffen wurde zunächst eine diagnostische Abklärung im Neurologischen Zentrum Rosenhügel initiiert. Auf Basis ihrer Diagnosen wurde dann auf drei Ebenen gleichzeitig interveniert:

→ Durch die Diagnostik war es möglich, Anna gezielt medikamentös zu unterstützen – sie wurde auf Tresleem und Sertralin eingestellt. Noch in der Zeit ihres stationären Aufenthaltes zeigte sich durch die Medikation, dass Anna viel zugänglicher und „klarer“ in ihrer Aufmerksamkeit war.

→ Pädagogisch ergriffen wir in der Wohngemeinschaft einige einfache Maßnahmen, um Anna ihr eigenes Verhalten aufzuzeigen und zu stoppen. Es wurden einfache, klare Regeln aufgestellt, die täglich mit ihr besprochen wurden, und wenn sie es schaffte diese einzuhalten, gab es am Abend einen „Belohnungskaffee“. So gelang es, einige Verhaltensweisen von Anna langsam abzubauen. Etwa das offensive, distanzlose Deuten mit ausgestrecktem Finger auf Fremde.

Literatur:

- Argelander, H. (1970). Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung. *Psyche*, 24, 325-345.
- Bion, W.R. (1962a). A Theory of Thinking. In E. Bott Spillius (ed.) *Melanie Klein Today: Developments in theory and practice*. Volume 1: Mainly Theory. 1988. London: Routledge

=> Der dritte Punkt ist nun der Entscheidende: Direkt nach Entlassung aus dem Krankenhaus wurde eine Psychotherapie gestartet, die schon im Vorhinein mit der Therapeutin abgesprochen war. Anfangs gab es wöchentliche Termine, nach etwa einem Jahr wurde auf 14-tägig umgestellt. Die Therapeutin mit Fachgebiet Psychodrama ging die Therapie sehr spielerisch an und richtete sich genau an die Möglichkeiten von Anna. Es wurde einerseits gemeinsam Kaffee getrunken, viel mit Puppen dargestellt aber auch ein „Ich-Buch“ erstellt. Die Kommunikation zwischen der Therapeutin und der Wohngemeinschaft bestand aus ausführlichen Gesprächen vor Beginn der Therapie und dann in vierteljährlichen Feedbackgesprächen, bei denen Anna immer anwesend war. Teilweise gab es auch Hinweise und Bitten der Therapeutin an die WG, wenn gerade besondere Themen bearbeitet wurden, oder die Therapeutin Rückfragen hatte, um bestimmte Aussagen von Anna richtig zu deuten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Psychotherapie bei Anna über zwei Jahre hinweg sehr viel Positives bewirkt hat. Möglich geworden ist dies durch die gezielte Zusammenarbeit von pädagogischer Arbeit in der Wohngemeinschaft, medikamentöser Betreuung durch einen Psychiater und eben die reibungslose Kommunikation mit der Psychotherapeutin.

Es zeigte sich, dass eben eine gewisse Flexibilität und Kreativität von Nöten war, um in Kontakt mit Anna zu kommen und sich dann auch schwierigeren Themen zu widmen. Leider gibt es wenig bis gar keine Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die therapeutische Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Personen und somit auch wenige TherapeutInnen, die mit KlientInnen wie Anna gut arbeiten können. Es gibt hier ein weites Feld, wo weitere Forschung dringend notwendig wäre.

Anna erkundet mittlerweile mittwochnachmittags mit einem Besuchsdienst die Stadt – sie hat deutlich an Lebensqualität gewonnen.

Reflexion und Gedanken zur Diskussion:

Szenisches Verstehen (Sandler, 1976) ist gerade bei Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen wesentlich. Ein adäquates Containment (Bion, 1962) muss hier im Team angeboten werden, die Einzeltherapeutische Herangehensweise genügt hier oft nicht, vielmehr muss diese durch ein gut kommunizierendes und ausreichend verarbeitungsfähiges Team ergänzt sein.

- Bion, W.R. (1962b) *Learning from Experience*. London: Heinemann
- Lorenzer, A. (1970). Das szenische Verstehen. In: *Spracherstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sandler, J. (1976). Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30, 297-305.

THERAPIE HINTER GITTERN

Exploration von Psychotherapie im Kontext einer totalen Institution

Justizanstalt Wien-Simmering

Drittgrößte Strafvollzugsanstalt Österreichs >>> Männliche Strafgefangene, Schwerpunkt Berufsausbildung, gelockerter Strafvollzug

Überwindung bürokratischer Hindernisse zum Schutz des Systems um Bewilligung für die Untersuchung zu erhalten

431 männliche
Strafgefangene

48 davon
in Psychotherapie

15 externe
Psychotherapeuten

Um den Schutz der Daten zu wahren,
erfolgte die Auswahl der interviewten Insassen durch den
Psychologischen Dienst der Justizanstalt.

Auswahlkriterien:
> größtmögliche Diversität
bei Therapieindikation
> Therapiesetting
> Therapiedauer
> Haftdauer
> Vollzugsart

Auswahlkriterium:
> Dauer der Tätigkeit

9 davon
befragt

4 davon
befragt

INTERVIEWS

Zeitpunkt der Befragung:
Februar/März 2010

Auswertung

Leitfadenbasierte Interviews
mit offener Fragestellung;
freien Erzählfluss generieren, um durch
direkte Fragen hervorgerufene
„angepasste Antworten“ zu vermeiden.
Narrative bringen viel
und breites Material.

qualitative Inhaltsanalyse
induktive Kategorienbildung
Kategorien zu Themenbereichen
zusammengefasst

ERGEBNISSE exemplarisch

- > Psychotherapie ist in der Justizanstalt Wien-Simmering eine erzieherische Maßnahme für Strafgefangene mit Sexual- Sucht- und Gewaltdelikten.
- > Psychotherapie findet keinen Einsatz als Heilbehandlung für psychische Erkrankungen. Nach Einschätzung der Therapeuten zeigen mehr als 50% der Insassen psychische Störungen.
- > Im Zwangskontext Gefängnis erleben Insassen Psychotherapie als Freiheit – anders als bei Therapieweisungen im Sinne von Therapie statt Strafe.
- > Die Chance durch Psychotherapie den Weg in die Freiheit zu verkürzen ist Einstiegsmotivation für Therapie. Haben Therapeuten Erfahrung im Strafvollzug wird diese Sekundärmotivation rasch von einer primären Motivation abgelöst.
- > Für tragfähige therapeutische Beziehung im Strafvollzugskontext sind transparentes Vorgehen, Verschwiegenheit und ausreichend Zeit für Vertrauensaufbau besonders bedeutend.
- > Wichtig für den Vertrauensaufbau ist, dass Therapeuten nicht Justizmitarbeiter sind und Insassen bei der Wahl des Therapeuten ein Mitspracherecht haben. Externe Therapeuten ermöglichen ein Fortsetzen der Therapie auch nach der Entlassung.
- > Der Haftalltag bietet sehr eingeschränkten Lebens- und Erfahrungsraum. Dadurch entsteht ein Transferproblem welches therapeutische Themen reduziert und die Umsetzung von Therapieerkenntnissen erschwert.
- > Justizmitarbeiter werden für die therapeutische Arbeit sowohl unterstützend als auch hinderlich erlebt.
- > Gefängnis gibt Struktur von außen und ermöglicht damit Menschen Therapie zu machen, die in Freiheit zu wenig Verlässlichkeit für Psychotherapie aufbringen.
- > Überwachung gibt Therapeuten Sicherheit, sodass auch mit aggressiven Klienten an schwierigen Themen angstfrei gearbeitet werden kann und erleichtert abhängigen Insassen die Abstinenz.
- > Therapieinhalte verändern sich mit verbleibender Haftdauer. Zukunftsthemen werden erst im Entlassungsvollzug relevant.
- > Therapeuten gehen davon aus, dass 100% der therapierten Insassen, hätten sie ein Budget um Betreuung zuzukaufen, dieses für Psychotherapie und nicht für andere Betreuungsangebote nutzen würden. Von den befragten Insassen würden jedoch nur 60 % dieses Budget für Psychotherapie einsetzen. 40% der befragten Insassen bevorzugen andere Betreuungsangebote (allen voran Pädagogen für Ausbildung und Sozialarbeit – eine Berufsgruppe, die von Psychotherapeuten gar nicht genannt wurde.)

Suizidversuche und Persönlichkeitsstruktur bei PatientInnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung

Nicole BAUS, Nestor KAPUSTA

Suicide Research Group, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien

✉ Korrespondenz: nicole.baus@web.com, nestor.kapusta@meduniwien.ac.at

Hintergrund: Suizidversuche nehmen im therapeutischen Prozess mit Borderline PatientInnen einen großen Stellenwert ein. Die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) haben bis zu 20% der stationären und bis zu 10% der ambulanten PatientInnen (Chapman, Specht & Cellucci, 2005). Kernberg (1992) erweitert den phänomenologisch orientierten Ansatz der Persönlichkeitsstörungen des ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000) auf einer strukturellen Ebene der Persönlichkeitsstruktur und bezieht Konstrukte wie Identitätsstörung, unreife Abwehrmechanismen und Realitätskontrolle in die Betrachtung der Borderline Persönlichkeitsstörung mit ein.

Ziel: Auf der Basis dieses Konzepts soll überprüft werden, ob es einen Zusammenhang zwischen einer dysfunktionalen Persönlichkeitsstruktur und Suizidversuchen gibt und inwiefern einzelne maladaptive Dimensionen der Persönlichkeitsstruktur Suizidversuche begünstigen.

Methode: Die Persönlichkeitsstruktur wurde mittels des Strukturierten Interviews zur Persönlichkeitsorganisation untersucht (STIPO-D; Doering, 2004). Das Inventar nimmt etwa 2 Stunden in Anspruch und erfasst die Bereiche Identität, Objektbeziehungen, Primitive Abwehr, Coping/Rigidität, Aggression, Wertvorstellungen, Wahrnehmungsverzerrungen und Realitätskontrolle. Zur Erhebung der Suizidversuche wurde der Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ; Gutierrez et al., 2001) Fragebogen verwendet. Die Testverfahren wurden im Rahmen einer diagnostischen Sitzung an ambulanten PatientInnen in der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie in Wien erhoben.

Ergebnisse: Von 80 PatientInnen, berichten 18 von früheren Suizidversuchen und 62 von keinem Suizidversuch in der Vergangenheit. T-Tests zur Berechnung von Mittelwertsunterschieden zwischen den Gruppen zeigen, dass PatientInnen, mit wenigstens einem Suizidversuch deutlich höhere Werte in den Dimensionen Coping und Aggression und haben, als PatientInnen ohne Suizidversuch. Insbesondere die selbstgerichtete Aggression scheint bei PatientInnen mit Suizidversuchen erhöht (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1 – Mittelwertsunterschiede (t-Test)

	Suizidversuche		t	p (* < .05)
	Ja (N = 18)	Nein (N = 62)		
Identität	M = 1.15	M = 1.03	-2.40	.210
Objektbeziehungen	M = 1.02	M = 0.03	-.85	.494
Primitive Abwehr	M = 1.37	M = 1.27	-1.31	.390
Coping *	M = 1.41	M = 1.19	-2.02	.041
Aggression*	M = 1.03	M = 0.67	-5.01	.007
Aggression (selbstgerichtet)*	M = 1.39	M = 0.72	-6.74	<.001
Aggression (fremdgerichtet)	M = 0.67	M = 0.63	-1.16	.785
Wertesystem	M = 0.81	M = 0.66	-1.97	.368
Realitätskontrolle	M = 0.91	M = 0.67	-2.32	.060
Gesamt-Strukturturniveau	M = 1.10	M = 0.92	-3.09	.058

Diskussion: Die Ergebnisse liefern Hinweise für eine zentrale Bedeutung spezifischer Aspekte der Persönlichkeitsstruktur bei PatientInnen mit Suizidversuchen. So finden sich bei diesen mehr Defizite im Bereich des Coping sowie deutlich mehr aggressive Verhaltenstendenzen. Eine größere Beeinträchtigung in dem Gesamtstrukturturniveau bei PatientInnen mit Suizidversuchen scheint gegenüber PatientInnen ohne Suizidversuche entscheidend zu sein, jedoch aufgrund der mangelnden Stichprobengröße nur marginal signifikant.

Schlussfolgerungen: In zukünftigen Untersuchungen zu suizidalem Verhalten scheint es von entscheidender Bedeutung zu sein neben den klassischen Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung Aspekte der Persönlichkeitsstruktur zu explorieren und in die Therapie einzubeziehen.

Literaturangaben:
 Chapman, A. L., Specht, M. W. & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide Life-Threat Behav*, 35, 388-399.
 Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch-diagnostische Leitlinien/WHO (4., korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern [u.a.]: Hans Huber.
 Doering, S. (2004). Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation – deutsche Version: STIPO-D. Übersetzung der englischen Originalausgabe: Structured Interview for Personality Organization (STIPO). NY: Weill Medical College.
 Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X. & Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the Self-Harm Behavior Questionnaire. *J Personality Assessment*, 77, 475-490.
 Kernberg, O.F. (1992): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Es bewegt sich doch!

Wirkungen systemischer Beratung und Therapie bei Veränderungsprozessen polytoxikomaner DrogenkonsumentInnen

Franz Schiermayr MSc, FH Oberösterreich, Fakultät für Gesundheit und Soziales, 2014

Ausgangslage und Forschungsinteresse:

Die Beratung und Therapie von polytoxikoman drogenkonsumierenden Menschen gilt als ein mühsamer Bereich in der ambulanten Beratung und Psychotherapie. Obwohl die ambulante Suchthilfe einen hohen Anteil in der Versorgung und Behandlung Suchtkranker übernimmt, ist der Fokus in der Forschung nur in geringem Ausmaß auf dieses Behandlungssystem gerichtet. Die der Studie zugrunde liegenden theoretischen Ausführungen betrachten polytoxikomanen Substanzkonsum als einen sich verselbständigenden Bewältigungsversuch von Unsicherheit in unterschiedlichen Lebensübergangsphasen. Die vorliegende Studie untersucht daher, ob ambulante systemische Beratung und Therapie dazu geeignet ist, andere bzw. neue Bewältigungsformen wieder in Gang zu setzen oder hervorzubringen. Die zugrunde liegende Forschungsfrage lautet daher: **Welche Wirkung hat systemische Beratung polytoxikomaner SubstanzkonsumentInnen bei der Bewältigung von Lebensübergangsprozessen?**

Theoretischer Rahmen:

Aus systemisch – konstruktivistischer Sicht stellt Suchtmittelkonsum eine hilfreiche Veränderung von Bewusstsein, insbesondere in bestimmten Phasen der Lebensveränderung, dar. Diese sinnerzeugende Bewusstseinsveränderung ermöglicht die Überwindung von auftretender (doppelter) Kontingenz. Eine Maximierung dieser Kontingenz erleben Menschen insbesondere in sogenannten Lebensübergangsphasen wie zum Beispiel Pubertät, Studium, Elternschaft, Trennung, usw. Gleichzeitig wird durch diese scheinbare Überwindung mithilfe bewusstseinsverändernder Substanzen die Entwicklung von notwendigen neuen sozialen Ordnungen verhindert.

Ambulante systemische Therapie fokussiert vor diesem theoretischen Hintergrund nicht mehr das Erreichen eines „sicheren“ Zustandes, sondern die Fähigkeit Kontingenzerleben als Alltagszugehörig zu betrachten und Ambivalenzbewältigung zu fördern.

Methodische Umsetzung:

Um die Wirkungen von Beratung und Therapie aus der Sicht der Betroffenen zu erkunden, wurde ein qualitativer Zugang zur Beantwortung des Forschungsinteresses gewählt. Als Interviewform wurde das fokussierte Interview mit Visualisierung von relevanten Lebensübergängen während des Interviews eingesetzt.

Als Interviewpartner wurden ehemals polytoxikoman drogenkonsumierende Männer und Frauen ausgewählt, welche während der Zeit des Konsums ambulante systemische Beratung oder Therapie in Anspruch nahmen und mittlerweile eine „gelingende Lebensführung“ pflegten. Die erhobenen Daten wurden inhaltsanalytisch, in vier Hauptkategorien und mehreren Unterkategorien ausgewertet.

Definition von Subkategorien zur Hauptkategorie „Wirkung systemischer Beratung“

Subkategorien zu Wirkung systemischer Beratung	Definition	Beispiele für genannte Inhalte im Material
Zugang zur Beratung	Umfasst die Art des Zustandekommens der Beratung	Freiwillig aus Interesse, Druck durch Eltern oder Familie, Auflagen der Justiz
Beziehungsgestaltung in der Beratung	Beschreibt, welche Art des Kontaktes oder Bezuges zwischen Klient und Berater bestand	Sich gut verstehen, gerne hingehen, gut reden können
Erweiterung der Möglichkeiten	Neue Ideen und Sichtweisen zu Übergangsherausforderungen werden aktualisiert bzw. umgesetzt	Nein sagen können, etwas aushalten und anders sehen können
Anregung und Beschleunigung von Veränderung	Motivation zur Veränderung bzw. über Veränderung nachzudenken entsteht oder wird aufrechterhalten und weiter gefördert	Interesse an Veränderung entsteht, Umsetzung wird beschleunigt
Keine Auswirkung	Es wird beschrieben, dass Beratung keine Wirkungen gezeigt hat	Keine Wirkung, nichts gebracht

Ergebnisse:

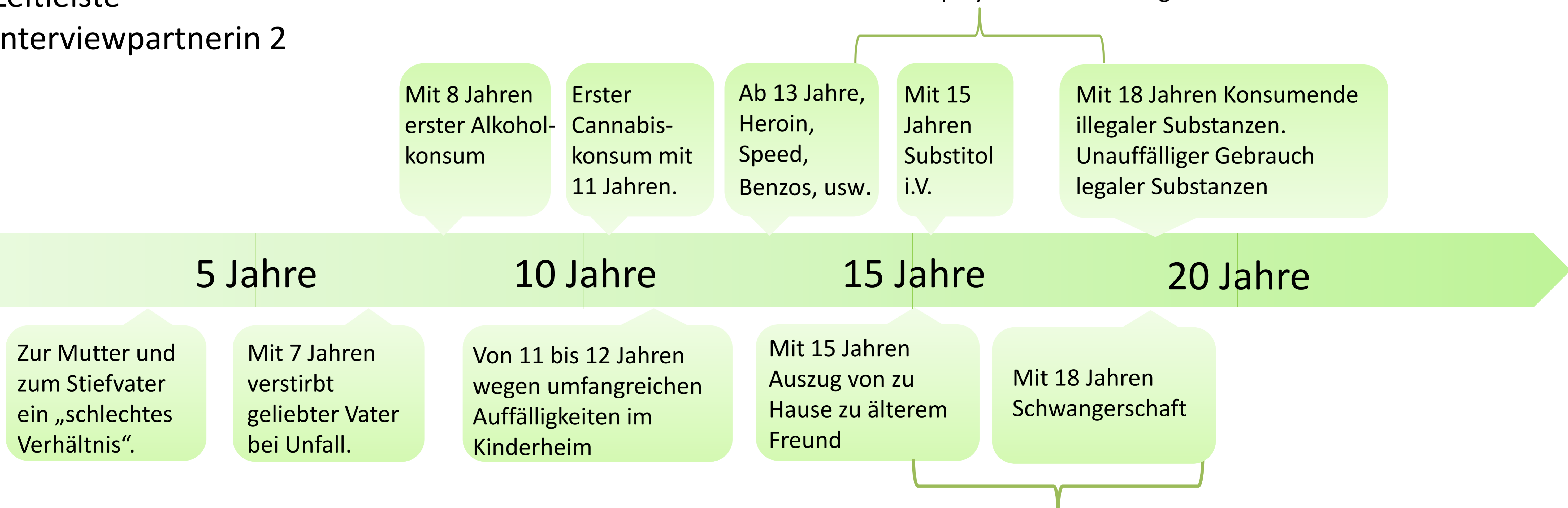
Die Gestaltung von Beziehungen scheint eine zentrale Übergangsherausforderung darzustellen, welche sich mit Substanzkonsum substituieren lässt. Die Studie zeigt, dass systemische Beratung und Therapie Kompetenzen fördert, welche zur Aufnahme und Aufrechterhaltung von Beziehungen auch in sogenannten „Zwangskontexten“ grundlegend erscheinen.

Anleitung und Begleitung sind wirksame Elemente systemischer Beratung und Therapie. Lebensübergänge benötigen Zeit, insbesondere jene, welche sozusagen erstarrt sind. Wurden diese Prozesse wieder in Gang gebracht, so ist es scheinbar notwendig, diese Bewegung zu erhalten und zu unterstützen. Systemische Beratung und Therapie bietet in diesem Prozess durch Anleitung und Begleitung wirksame Orientierung und Struktur, um sich in dieser ambivalenten Situation weiterhin in Bewegung zu bleiben.

Als dritter Wirkfaktor von systemischer Beratung und Therapie lässt sich das Vertrauen in die Selbstorganisation der Betroffenen erkennen. Diese Zuschreibung der Fähigkeit die eigene Lebensführung selbstverantwortlich und unabhängig gestalten zu können unterstützt zudem die beiden anderen Wirkungsbereiche, da diese Fähigkeit ein wesentliches Element in der Bewältigung von Lebensübergängen darstellt. Der Respekt vor der Selbststeuerung des Menschen befähigt, eben diese Selbstverantwortlichkeit auch zu entwickeln.

Zeitleiste Interviewpartnerin 2

Zwischen 14 und 17 Jahren intensiver polytoxikomaner Drogenkonsum.



Systemische Beratung und Therapie ab 15 Jahren mit unfreiwilligem Beginn und zum Teil Unterbrechungen von mehreren Monaten. Therapieende mit 19 Jahren.

Franz Schiermayr, MSc
Sozialarbeiter, Psychotherapeut

Aubach 4
4873 Redleiten

Mail: franz.schiermayr@fh-linz.at
franz.schiermayr@aon.at

Tel.: 0664 / 8702117



Status of Research in Psychotherapy

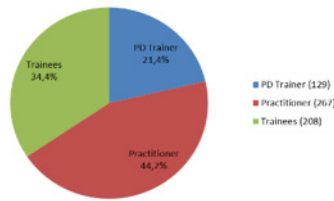
– Trainers, Practitioners and Trainees in Psychodrama

Hannes Krall, University of Klagenfurt

Research questions

- Do psychodramatists engage in research activities?
- What is the status of research in psychodrama (*Importance / interest / information / competence*)?
- Identities/ roles of psychodramatists regarding research?

Sample: Psychodramatists (n=604)



Group	n	m/f	%
FEPTO AM Oslo (International Trainer (20 nations))	47	m = 16 f = 31	m=34.8% f=65.2%
FEPTO Free-Conference/ Oslo (16 trainees, 13 pract., 3 trainers, 2 n.r.)	34	m = 7 f = 27	m=20.6% f=79.4%
Austria: 12 trainees, 54 practitioners, 31 trainer	156	m = 30 f = 126	m=19.2% f=80.8%
Germany: 23 trainees 104 practitioners, 32 trainer	159	m = 57 f = 102	m=35.8% f=64.2%
Romania: 8 trainees 49 practitioners, 9 trainer	106	m=22 f=84	m=20.8% f=79.2%
Hungary: 50 trainees 47 practitioners, 15 trainer	112	m=23 f=89	m=20.5% f=79.5%
Total: 208 trainees 267 practitioners, 129 trainer	604	m = 154 f = 448	m=25.6% f=74.4%

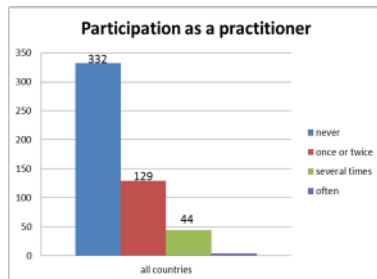
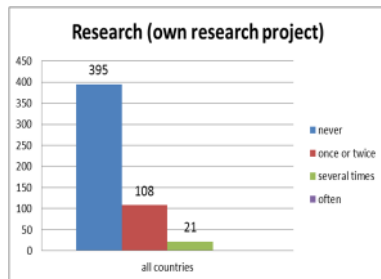
Method: Self-report questionnaire

30 statements which can be (dis-) agreed upon at a 7-point Likert-scale.

- Importance/ relevance of research
- Interest in learning and doing research
- Information about research
- Competence in doing research
- Research in training

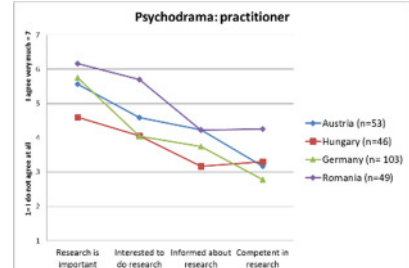
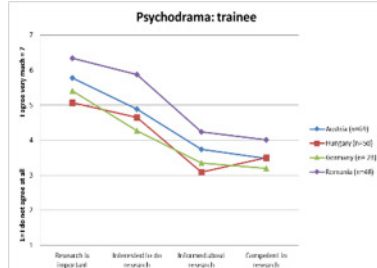
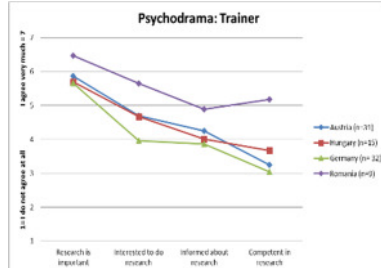
Interest in learning and doing research

- ... I would like to plan and implement a joint research project with my colleagues.
 - ... I would like to get to know more about counselling and psychotherapy research.
 - ... I want to gain more competences in qualitative research in counselling and psychotherapy.
 - ... I want to gain more competences in quantitative research in counselling and psychotherapy.
 - ... I find the idea exciting to participate actively as a researcher in a larger research project.
- (5 Items, Alpha=.906)



What constitutes the role as a researcher?

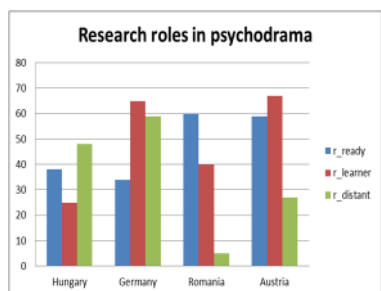
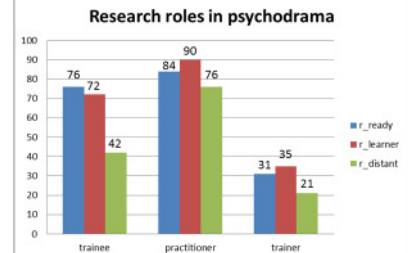
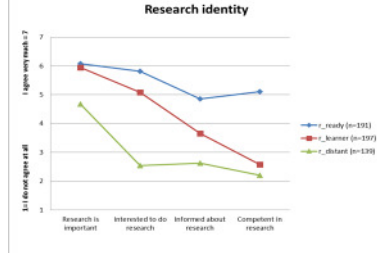
- To acknowledge research as important for pd practice
- To get information about current research (journals, symposia, books, internet etc.)
- To engage in research training and to improve knowledge and skills
- To participate in research processes
- To present, publish and share results and experiences of research



Research roles in psychodrama

Clusteranalysis: K_Means

- 3 Clusters/Roles:
- r-ready (n=191)
- r-learner (n=197)
- r-distant (n=139)



Summary

- Research is seen as very important for the profession
- Interest in learning and participating in research projects
- However:
- There is a lack of real research experience
- Information about research and research competences have to be improved
- Opportunities to participate in research should be offered
- Research training has to be addressed in the training curriculum

Conclusions

FEPTO Research Committee as a Research practitioner network can

- serve as an international platform for research activities
- provide research training for trainers
- offer support for initiating and doing research,

but it should be aware of different expectations and needs of practitioners in different research roles

Wie bin ich, wie will ich werden, wie glaube ich zu sein?

Eine empirische Studie zur Persönlichkeit des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin

Brigitte Sindelar, Jutta Fiegl, Sigmund Freud PrivatUniversität Wien

Explication der Fragestellung

Psychotherapieausbildung beinhaltet als wesentliches Element die Persönlichkeitsentwicklung und damit die Bereitschaft und Fähigkeit, sich selbst in Frage zu stellen, eigene Werthaltungen und Normen kritisch zu reflektieren und die eigene emotionale Befindlichkeit zu hinterfragen, insbesondere im Hinblick auf den relationalen Aspekt der psychotherapeutischen Beziehung, die, wie mittlerweile umfangreich wissenschaftlich belegt, das zentrale Agens des psychotherapeutischen Prozesses ist, unabhängig von der Methode der Psychotherapie, die den theoretischen Bezugsrahmen bildet. Davon ausgehend ist anzunehmen, dass die intrapersonelle und interpersonelle Intelligenz von besonderer Bedeutung ist. Umso mehr interessiert daher, welche Vorstellung Studierende der Psychotherapiewissenschaft mit der Persönlichkeit der Psychotherapeutin bzw. des Psychotherapeuten verbinden.

Forschungsfragen

In einer empirisch-quantitativen Studie wurden das Selbstbild der Studierenden zu Beginn ihrer Ausbildung mit ihrem Idealbild von der Persönlichkeit der Psychotherapeutin und dem Psychotherapeuten verglichen und diese Daten wiederum jeweils in Beziehung gesetzt zum Persönlichkeitsprofil und der emotionalen Kompetenz, erhoben mittels standardisierter Selbstbeurteilungsverfahren (NEO-PI-R; EKF), um folgende Fragestellungen zu beantworten:

1. Welche Eigenschaften schreiben die Studienanfänger und -anfängerinnen einer optimalen Psychotherapeutenpersönlichkeit als relevant zu und wie ist ihr Selbstbild von ihrer Persönlichkeit?

2. Stimmt die Selbsteinschätzung der Studienanfänger und -anfängerinnen mit ihren Ergebnissen im Persönlichkeitsfragebogen NEO-PI-R überein?

Weichen die Selbsteinschätzungen in manchen Bereichen signifikant von den Einschätzungen der optimalen Therapeutenpersönlichkeit ab, so ist davon auszugehen, dass sich die Probanden über den Bedarf der Entwicklung ihrer Persönlichkeit bewusst und somit reflexionsfähig und -bereit sind.

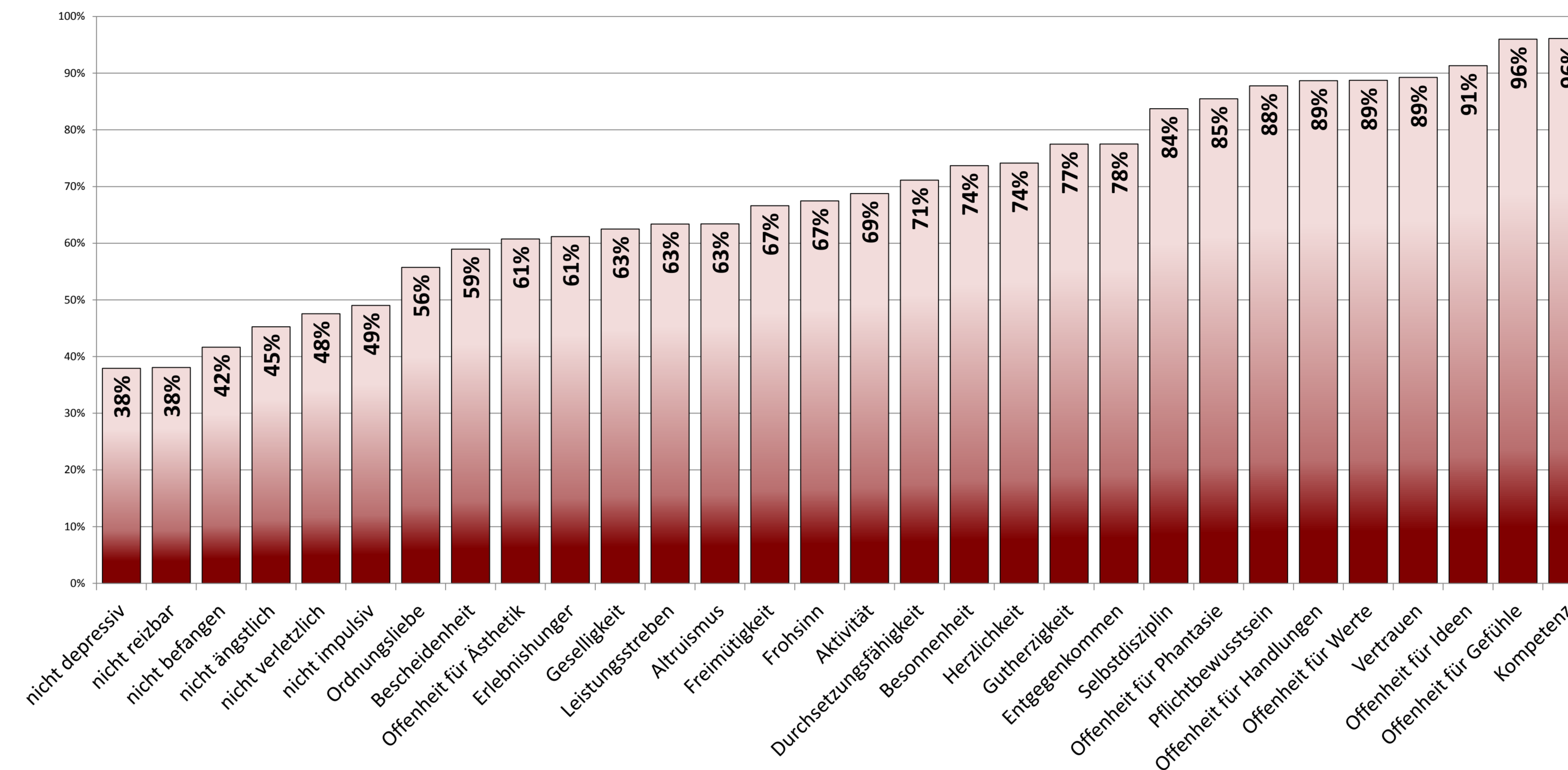
Studiendesign

Studienanfänger und -anfängerinnen im ersten Studienjahr wurden befragt, in welchem Ausmaß sie bestimmte Persönlichkeitseigenschaften für die optimale Persönlichkeit eines Psychotherapeuten bzw. einer Psychotherapeutin als relevant einschätzen und in welchem Ausmaß sie diese Persönlichkeitseigenschaften sich selbst gegenwärtig zuschreiben. Die Eigenschaften wurden nach den Skalen des NEO-PI-R benannt, ohne den Studienanfängern und -anfängerinnen vorab die Information zu geben, dass diese Benennungen dem Fragebogen entnommen sind. Im Anschluss an diese Erhebung wurde der NEO-PI-R mit den Studierenden durchgeführt und die Ergebnisse gegenüber gestellt. Die Stichprobe setzte sich aus 137 Studierenden im ersten Studienjahr zusammen, davon 104 weiblich, 33 männlich.

Studienergebnisse

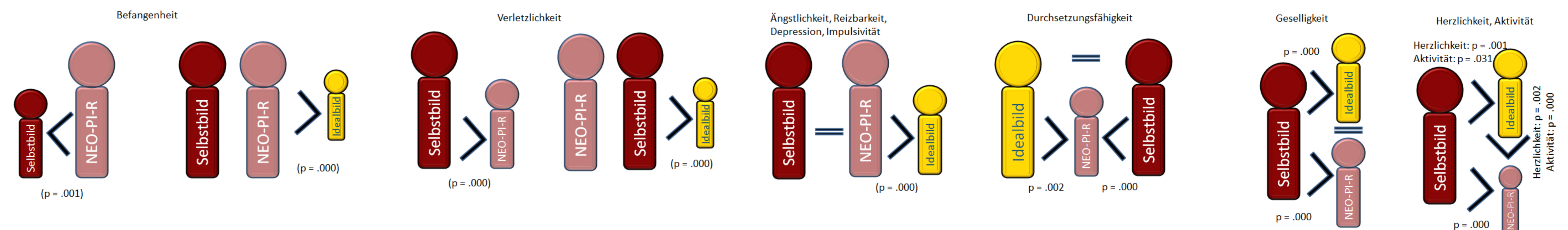
Das optimale Persönlichkeitsprofil des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin aus der Sicht der Studienanfänger

(Prozent = Prozentsatz vom maximal möglichen Wert)



An vorrangiger Stelle finden sich einerseits die fachliche Kompetenz als auch Offenheit für Gefühle, für Ideen, Vertrauen, Offenheit für Werte, für Handlungen, Pflichtbewusstsein und Offenheit für Phantasie. Relativ hoch werden auch Selbstdisziplin, Entgegenkommen, Gutherzigkeit, Herzlichkeit und Besonnenheit eingeschätzt. Dagegen werden niedrige Ausprägungsgrade der Eigenschaften, die im NEO-PI-R dem Faktor Neurotizismus zugeordnet sind, für wenig relevant erachtet (Depression, Reizbarkeit, Befangenheit, Ängstlichkeit, Verletzlichkeit, Impulsivität). Werden die Eigenschaften nun hinsichtlich ihrer intersubjektiven Dimension versus ihrer auf die eigene Befindlichkeit Bezogenheit betrachtet, so fällt auf, dass die Eigenschaften, die mit der Befindlichkeit der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten in Zusammenhang gebracht werden können, ein geringerer Stellenwert zugeordnet wird als den Eigenschaften, die in der Beziehung zum Tragen kommen.

Vergleich von Persönlichkeitsbild „optimaler Therapeut, optimale Therapeutin“, Selbstbild, Ergebnis im NEO-PI-R – signifikante Unterschiede



Interpretation

Nimmt man das Bild des "optimalen" Psychotherapeuten, das die Studienanfänger und -anfängerinnen gezeichnet haben, als Referenzprofil dessen, was sie gerne erreichen möchten, liegt der Schluss nahe, dass sie weniger ängstlich, reizbar, depressiv, befangen, impulsiv und verletzlich werden wollen. Sie schreiben sich diese Merkmale zu, wobei sie sich in ihrer Befangenheit unterschätzen und in der Verletzlichkeit überschätzen. Obwohl die Persönlichkeitsfacetten, die der Dimension "Neurotizismus" des NEO-PI-R zugeordnet sind, am wenigsten relevant für das optimale Persönlichkeitsprofil des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin gehalten wurden, zeigen sich gerade hier signifikante Unterschiede zwischen Selbstbild, Testergebnis und optimalem Persönlichkeitsprofil von Psychotherapeutin und Psychotherapeut (siehe Abb.).

Die Merkmale Herzlichkeit, Geselligkeit, Durchsetzungsfähigkeit und Aktivität wurden von den Studienanfängern und -anfängerinnen im erstellten Profil des optimalen Therapeuten als besonders relevant betrachtet. In all diesen Eigenschaften überschätzen sich die Probanden erheblich in ihrer Selbstzuschreibung.

Sie erwarten sich offensichtlich im Rahmen der Ausbildung eine Öffnung im Sinne einer Reduktion von Ängstlichkeit und Unsicherheit, also Gewinn an Selbstsicherheit und innerer Stabilität, aber auch eine Reduktion in Facetten der Extravertiertheit. Aus diesen Ergebnissen wird sichtbar, dass die Studienanfänger und -anfängerinnen bereits eine Vorstellung von nötiger Distanz in der professionellen Beziehung zum Patienten haben bzw. dass sie bereits wissen, dass sich beruflicher Beziehungsaufbau von privatem deutlich unterscheiden muss.

Fazit

Die Ergebnisse können als Erwartung der Studierenden verstanden werden, dass sie im Rahmen der Ausbildung danach streben werden, ihre Persönlichkeitseigenschaften in kontrollierte Bahnen zu lenken. Offensichtlich sind die Studienanfänger und -anfängerinnen durchaus bereit und fähig zur Selbstreflexion und offensichtlich auch durchaus in der Lage, selbstkritisch ihre Person darzustellen und somit offenzulegen, dass sie erwarten, im Rahmen der Ausbildung an ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten.

Development of Therapeutic Attitudes: Attitudes of Trainees in Training

BARBARA PASTNER, JOHANNA ALEXOPOULOS, CHRISTINE ROHM, INGRID PREUSCHE, HENRIETTE LÖFFLER-STASTKA

INTRODUCTION

Therapists who are trained in the same theoretical orientation and who achieve the same therapeutic skills do produce significantly different outcome (e.g. Luborsky et al., 1986; Shaw et al., 1999). Thus, there must be some further variable that additionally influences the training outcome. Beutler et al. (2004) introduced the therapist variable. The influence of inferred states – like the therapist’s personality and his or her therapeutic attitude – is to be considered as a crucial element in the therapeutic process. According to the tripartite model of psychotherapy training (Orlinsky & Ronnestad, 2005) especially skills training would benefit from taking the inferred states of trainees into account. In this respect, training with standardized patients (SPs) offers a good combination to convey theoretical knowledge and personal experience. It offers one possibility to encourage trainees to reflect on their personal attitudes towards the patient and the presented theoretical and practical material. This fosters the development of therapeutic attitudes, as well as trainees’ awareness for themselves and their patients.

OBJECTIVES

In order to investigate the influence of inferred states of trainees, especially their therapeutic attitudes, the relation between interpersonal problems and the therapeutic attitudes of trainees were investigated within training with SPs. Furthermore, therapeutic attitudes and the emotional reaction (countertransference) of the trainees to a standardized patient and the trainees’ ratings of the therapeutic relationship and the trainees rating of affect experience and affect regulation of the standardized patient were related to each other.

SAMPLE

A random group of trainees of the psychotherapeutic propaedeutics (n = 59) was investigated (7 male, 52 female; mean age: 31.45 ± 7.93, min 20, max 49 years). Of the trainees 10% completed studies at the Medical University Vienna, 32% had a degree in psychology and 7% were trained as social workers. 51% did not state their profession. 56% reported to have self-experience regarding psychotherapeutic methods and interventions.

METHOD

Trainees participating in this study were assessed after the training with SPs incorporated in a basic psychotherapeutic training program (psychotherapeutic propaedeutics). All role scripts that the SPs are trained on share the same level of psychic structure namely borderline personality organization (Kernberg, 1993). Besides rating their therapeutic attitudes (TASC 2) and interpersonal problems (IIP) the group of trainees rated their emotional response (countertransference) towards the standardized patient (CTQ), the transference relationship pattern with this patient (PRQ) and the affect regulation and affect experience of this patient (AREQ – K).

(TASC2) The psychotherapeutic attitude questionnaire (Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar, & Grant, 2004); this instrument measures attitudes and assumptions towards psychotherapy in three sections: curative components (e1), style factors (e2) and basic assumptions (f).

(IIP) The inventory of interpersonal problems (IIP-C; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000); is designed to evaluate persons’ problems in relating to others. The scales are arranged in a two-dimensional semantic field with the dimensions “affiliation” and “dominance”.

(CTQ) The emotional response questionnaire (Zittel & Westen, 2003); measures countertransference patterns in psychotherapy according to 8 factors: 1. overwhelmed/disorganized, 2. helpless/inadequate, 3. positive/satisfying, 4. special/overinvolved, 5. sexualized, 6. disengaged, 7. parental/protective, 8. criticized/mistreated.

(PRQ) The psychotherapy relationship questionnaire (Westen, 2005); assesses transference relationship patterns in psychotherapy. It provides five dimensions to describe these patterns: angry/entitled, anxious/preoccupied, secure/engaged, avoidant/counterdependent and sexualized.

(AREQ-K) The affect experience and affect regulation Q-sort, (Löffler-Stastka & Stigler, 2011) yields three factors of affect experience (socialized negative effect, positive affect, intense negative effect) and three factors of affect regulation (reality-focused response, externalizing defenses, avoidant defenses) of a patient.

STATISTICS

Data about sex, age and profession of the participants were extracted using descriptive statistics. To assess the relation between inferred states of the trainees and their ratings of the standardized patient the TASC 2 scores were analyzed in relation to the ratings in the PRQ, CTQ and AREQ-K using Pearson correlation coefficients (using two-tailed significance levels).

RESULTS

THERAPEUTIC ATTITUDES AND INTERPERSONAL PROBLEMS:

For the curative factors of the TASC 2 a significant correlation with IIP scales for the scale adjustment and kindness was found. Trainees who reported to be less assertive believed that adjustment is less likely to be a curative factor ($r = -.432, p = .008$), whereas those more vindictive and self-centered reported that kindness is a likely curative factor ($r = .326, p = .049$). The therapeutic style did not correlate significantly with interpersonal problems. The basic assumption about the nature of psychotherapy and human mind again correlated with interpersonal problems. Participants who considered the human mind as more irrational are less socially inhibited ($r = -.381, p = .20$) and more self-sacrificing ($r = .497, p = .002$). Furthermore, those trainees who considered psychotherapy to be a form of artistry compared to science are less domineering ($r = -.378, p = .021$) but to a higher extend socially inhibited ($r = .452, p = .005$).

THERAPEUTIC ATTITUDES, COUNTERTRANSFERENCE, PSYCHOTHERAPEUTIC RELATIONSHIP, AND AFFECT:

Adjustment as a curative factor correlated positively with positive affect and reality-focused affect and negatively with parental and protective countertransference. In contrast, in case insight was judged as an important curative factor the emotional response (countertransference) of the trainee was more parental and protective. Reality-focused affect was further related to the therapeutic style. Participants who were more supportive ($r = .335, p = .046$) and those who reported more self-doubts ($r = .420, p = .011$) judged the patients affect regulation as more reality-focused. Self-doubt was further correlated with a positive working alliance and positive, satisfying countertransference. Irrationality, as a basic assumption concerning the human mind, was associated with the patient experiencing socialized negative affect ($r = .373, p = .025$) and the judgment of the therapeutic relationship as being more compliant ($r = .345, p = .043$) and avoidant ($r = .422, p = .011$). High scores on irrationality were further associated with a less positive, satisfying and more parental, protective countertransference. Similarly, artistry was associated with less positive, satisfying and more parental, protective as well as helpless and inadequate countertransference. Furthermore, there was a positive correlation between intense, negative affect and pessimism ($r = .426, p = .010$).

TABLE 1 CORRELATIONS BETWEEN TASC 2 SCALES AND EMOTIONAL RESPONSE QUESTIONNAIRE SCALES (CTQ) OF TRAINEES (N=59)

	Hostile/ mistreated	Helpless/ inadequate	Positive/ satisfying	Parental/ protective	Overwhelmed/ disorganized	Special/ overinvolved	Sexualized	Disengaged
ADJUSTMENT	-.137	-.191	.317	-.498*	-.201	-.014	.349	-.323
INSIGHT	.145	.313	-.007	.565**	.312	.198	.078	.115
KINDNESS	-.181	-.105	.072	.281	-.082	-.207	.167	-.339
NEUTRALITY	.135	.058	-.207	.201	.042	-.077	.197	.142
SUPPORTIVENESS	-.128	-.278	.105	-.220	-.200	-.059	.398	-.257
SELF-DOUBT	-.010	.110	.521**	.042	.225	.100	.165	.105
IRRATIONALITY	.036	.362	-.489	.533*	.188	.188	-.100	.348
ARTISTRY	.088	.424*	-.475*	.490*	.113	.028	-.261	.215
PESSIMISM	-.065	-.005	-.021	.205	.003	-.067	.259	.090

Note: *...p<.05, **...p<.01, ***...p<.001

DISCUSSION

This is the first study investigating the therapeutic attitudes in relation to the patient. The results show that in association with the emotional responses there are two main attitudes emerging in the trainees while working with SPs with borderline personality organization: First, trainees who are engaging in a rather parental, protective countertransference tend to rate adjustment as a less important curative component and emphasize the value of insight, irrationality and artistry. Second, trainees who are engaging in a rather positive, satisfying countertransference, tend to attribute the highest value to adjustment and supportiveness. Interestingly, trainees’ scores on a type of difficulty in practice called self-doubt in the TASC 2 were positively associated with a positive working alliance and positive, satisfying countertransference after an initial contact with a patient with borderline personality organization. This last result is in line with previous findings (Nissen-Lie, Monsen, & Ronnestad, 2010) pointing at the positive influence of self-doubt on the working alliance.

Taken together this study demonstrates that therapeutic attitudes of the (future) therapist and his or her emotional response towards the patient are interrelated. The trainees’ evaluation of the emotional response is associated with his or her therapeutic attitudes and reflects patient-induced countertransference reactions. Therefore trainees’ self-reported attitudes are of considerable value in understanding how individual therapists contribute to the therapeutic process.

ACKNOWLEDGMENTS

This study is part of a project that received the Marianne-Ringler-Award for Research in Psychotherapy.

Praxisorientierte Psychotherapieforschung

Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung

Freitag, 7. und Samstag, 8. November 2014



Ziel der wissenschaftlichen Fachtagung

Internationale Expertinnen und Experten stellen anhand von Beispielen aktuelle Entwicklungen der praxisorientierten Psychotherapieforschung vor. Sie präsentieren verfahrensübergreifende und patientenorientierte Forschungsansätze sowie Studien über Kompetenzentwicklung in der Psychotherapieausbildung. Die Fachtagung verfolgt aber auch das Ziel, anhand aktueller Forschungsprojekte das Spektrum der österreichischen Psychotherapieforschung darzustellen.

Informationen über Forschungsansätze und Methodik sowie Anregungen zur Umsetzung praxisnaher Psychotherapieforschung wollen die Forschungskompetenz von Forschungsinteressierten erweitern und stärken. Die Fachtagung bildet ein Forum für fachlichen Austausch zwischen Psychotherapieforschungs- und Ausbildungsinstitutionen sowie interessierten Forschern/Forscherinnen in Österreich und will eine Brücke bauen zwischen Forschungsprofis und Forschungsinteressierten.

Tagungsinhalte

Die Plenarvorträge beleuchten anhand von Good-Practice-Beispielen (neue) Paradigmen, methodische Zugänge und Aspekte der Umsetzbarkeit praxisorientierter Psychotherapieforschung. Besondere Beachtung finden dabei verfahrensübergreifende Ansätze und Patientenorientierung. Ein weiterer Themenschwerpunkt ist die Beforschung der Kompetenzentwicklung in der psychotherapeutischen Ausbildung.

Acht Parallelsessions präsentieren eine breite Palette geplanter, laufender und abgeschlossener Projekte aus der österreichischen Psychotherapieforschung. In der Diskussion der Kurzvorträge und Posters sollen vor allem Fragen der methodischen Umsetzung und der Machbarkeit im Vordergrund stehen.

Zielgruppe

Die Tagung richtet sich an Vertreter/innen psychotherapeutischer Ausbildungseinrichtungen sowie klinischer und universitärer Einrichtungen und an psychotherapeutisch tätige Personen, die sich mit Psychotherapieforschung beschäftigen (wollen).

Hintergrund

Die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH ist eine Einrichtung zur Förderung der Psychotherapieforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Veranstaltung wird von folgenden Berufsorganisationen als Fortbildung anerkannt: Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, Akademie der Ärzte, Berufsverband Österreichischer PsychologInnen.

Programm im Überblick

FREITAG, 7. November 2014 von 13.00 bis 19.00

13.00–13.15 Begrüßung durch Hon.-Prof. Dr. Michael Kierein
Eröffnung durch Bundesministerin Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser

13.15–15.30 **Plenumsvorträge und Diskussion**

Praxisorientierte Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie – Zeichen eines Paradigmenwechsels?

Prof. Dr. Bernhard Strauss (Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie)

Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Praxis – Erkenntnisse aus einer missglückten Praxisstudie

Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter (Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie)

Was macht eine/n gute/n TherapeutIn aus, und lässt sich dafür etwas tun?

Prof. Dr. Ulrike Willutzki (Universität Witten-Herdecke, Department für Psychologie und Psychotherapie)

Kompetenzentwicklung von PsychotherapeutInnen in Ausbildung

Univ.-Prof. Dr. Svenja Taubner (Alpen-Adria-Universität Klagenfurt)

15.30–16.00 Pause

16.00–18.00 **Parallele Sessions 1 bis 4**

18.00–18.30 Zusammenführung der Inhalte und Diskussion im Plenum

Anschließend Buffet

SAMSTAG, 8. November 2014 von 09.00 bis 13.00

09.00–10.15 **Plenumsvorträge und Diskussion**

Case Study Research for Psychotherapy

Prof. John McLeod (University of Abertay Dundee, Scotland, and University of Oslo, Departement of Psychology)

Patient driven Psychotherapy – Die Perspektive der PatientInnen als vernachlässigte Dimension in Forschung und Praxis

Univ.-Prof. Dr. Silke Brigitta Gahleitner, Donau-Universität Krems (Departement für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit)

10.15–10.30 Pause

10.30–12.30 **Parallele Sessions 5 bis 8**

12.30–13.00 Zusammenführung der Inhalte und Diskussion im Plenum

Anschließend Sektumtrunk

Session 1 Wirkung und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie

Moderation: Anton-Rupert Laireiter

Gast: Bernhard Strauss

Vorträge

Empathie und Therapieerfolg

Michaela Duchatzcek et al. (Lehranstalt für systemische Familientherapie)

Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolarer Störung

Gerhard Lenz et al. (Verhaltenstherapieambulanz AKH Wien)

Wirksamkeit eines ambulanten, verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsprogrammes – eine Wartelistenkontrollgruppen-Studie

Alexandra Schosser et al. (Zentrum für seelische Gesundheit Leopoldau)

Österreichische Wirksamkeitsstudie zu Katathym Imaginativer Psychotherapie

Svenja Taubner et al. (Alpen-Adria-Universität Klagenfurt)

Forschungsprojekt Evaluation der Logotherapie und Existenzanalyse – Erste Ergebnisse

Otmar Wiesmeyr et al. (ABILE, Universität Osnabrück)

Posterpräsentationen

Wirksamkeit von Verhaltens- und systemischer Therapie in der Praxis.

Eine retrospektive Konsumentenstudie

Theresa Ferstl / Anton-Rupert Laireiter (Universität Salzburg)

Session 2 Wirkung und Wirksamkeit stationärer Psychotherapie

Moderation: Michael Wieser

Vorträge

Wirksamkeitsevaluierung an der Abteilung für stationäre Psychotherapie / Mauer

Mayringer et al. (Landesklinikum Mauer)

Prädiktoren für das Outcome stationärer Psychotherapie

Andreas Rimmel et al. (Psychosomatisches Zentrum Waldviertel-Klinik Eggenburg)

Psychotherapiemotivation und Therapieerfolg in der medizinisch psychiatrischen Rehabilitation

Birgit Senft / Thomas Platz (Reha-Klinik für seelische Gesundheit)

Evaluierung der Behandlung von psychosomatischen PatientInnen

Kurt Stastka et al. (Otto-Wagner-Spital Wien)

Wie ist die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie messbar? Studie am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital Wien

Sandra Weipert et al. (Institut für Angewandte Psychologie Universität Wien und Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe)

Posterpräsentationen

Therapie- und Kosteneffektivität eines Psychosomatikturms der regionalen Versorgungspsychiatrie

Kurt Stastka / Henriette Löffler-Stastka (Otto Wagner Spital und MedUni Wien)

Session 3 Rolle der Therapeuten – therapeutische Beziehung

Moderation: Gerda Mehta

Vorträge

Zeitverlauf der therapeutischen Allianz und deren Zusammenhang mit dem Outcome der psychotherapeutischen Behandlung

Omar Gelo et al. (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Finding different therapeutic styles: How do therapists feel and react during their sessions?

Christine Rohm / Henriette Löffler-Stastka (Medizinische Universität Wien)

Wenn der Prozess misslingt – Ergebnisse einer empirischen Studie zu Therapie-Abbrüchen

Brigitte Sindelar et al. (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Posterpräsentationen

Qualität in therapeutischen Prozessen fördern

Silke Gahleitner et al. (Donau-Universität Krems)

Die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit während der Psychotherapieausbildung – eine Querschnittstudie

Elitsa Tilkidzhieva et al. (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Session 4 Ausbildung und Kompetenzentwicklung I

Moderation: Brigitte Schigl

Vorträge

Übung macht den Meister – Das Rollenspiel als Mittel zur Erweiterung systemischer Kompetenz

Corina Ahlers (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien / Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien)

Selbsterfahrung – ein schwer fassbares Phänomen?

Christina Frank et al. (Donau-Universität Krems)

Fallkompetenz von PsychotherapeutInnen in Ausbildung

Birgit Proll et al. (Universität Kassel)

Die Rolle der Selbsterfahrung für die Entwicklung therapeutischer Schlüsselkompetenzen

Michaela Zolles / Christian Korunka (Fakultät für Psychologie, Universität Wien)

Posterpräsentationen

Zur psychotherapeutischen Profession ohne Umwege – Entwicklung der Auszubildenden während eines berufsqualifizierenden Studiums

Jutta Fiegl (Sigmund Freud Privat-Universität Wien)

Session 5 Therapeutische Prozesse

Moderation: Michael Wieser

Gast: John McLeod

Vorträge

Intersession-Prozesse in der ambulanten Psychotherapie

Anton Laireiter et al. (Universität Salzburg)

Wendepunkte und Ordnungsübergänge in der stationären Psychotherapie

Helmut Kronberger (Christian-Doppler-Klinik u. Paracelsus Med. PrivatUniversität Salzburg)

Körpererleben als Prädiktor für Konzentrierte Bewegungstherapie

Helga Hofinger et al. (Medizinische Universität Wien)

Gruppen-Psychoedukation – Welche Faktoren beeinflussen Gruppenteilnahme und Einstellungsänderung zur Krankheit?

Christian Simhandl et al. (Bipolar Zentrum Wiener Neustadt)

Posterpräsentationen

Der Einsatz gezielter Körperwahrnehmung zur Förderung der Selbstunterstützung in der gestalttherapeutischen Einzelpsychotherapie

Ursula Grillmeier-Rehder (Medizinische Universität Wien)

Session 6 Spezielle Settings und Patientengruppen

Moderation: Christian Korunka

Vorträge

Methode – Prozess – Wirksamkeit: ein Fallbeispiel zur Diagnose „Instabile Persönlichkeitsstörung“

Margarete Finger-Ossinger (Medizinische Universität Wien)

„Surf your emotions“ – Pilotstudie zur ambulanten Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Jugendlichen

Eva Pollak (Medizinische Universität Wien)

Prozess-Outcome-Analysen zur Behandlung von Patienten mit Borderlinestörungen

Andreas Rimmel et al. (Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Klinik Eggenburg)

Wirksamkeit von Laienhilfe für MigrantInnen mit posttraumatischen Belastungsfolgen und Schlussfolgerungen auf unspezifische Effekte in der Psychotherapie

Walter Renner / H. Siller (Pan European University Bratislava, Alpen-Adria-Univ. Klagenfurt)

Posterpräsentationen

Lassen sich Menschen zum Glück zwingen?

Elfriede Feichtinger (Institut für Paar- und Familientherapie Wien)

Case Study zum Thema Psychotherapie für Menschen mit Behinderung

Regina Haberl (Medizinische Universität Wien)

Therapie hinter Gittern

Angela Watzak-Helmer (ARGE Bildungsmanagement Wien)

Suicide Attempts and Personality Organisation in Borderline Patients

Nestor Kapusta (Medizinische Universität Wien)

Session 7 Forschungsleitende Diskurse in der Psychotherapie

Moderation: Brigitte Schigl

Vorträge

Wozu es feministische Psychotherapieforschung braucht

Angelika Grubner et al. (Verein feministischer Psychotherapiewissenschaften i. G.)

Forschungsansatz zum Verhältnis Psychiatrie – Psychotherapie

Erwin Haidvogel (Medizinische Universität Wien)

Gestalt- und Systemische Therapie: Fremde oder Verwandte?

Alexander Wengraf (ARGE Bildungsmanagement)

Einbindung neurobiologischer Annahmen in die Psychotherapieforschung
am Beispiel der Ergebnisse zum Prozess- und Outcome-Monitoring

Günter Schiepek et al. (PMU Salzburg, Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung)

Session 8 Ausbildung und Kompetenzentwicklung II

Moderation: Henriette Löffler-Stastka

Gast: Ulrike Willutzki

Vorträge

Über den Tellerrand geschaut: Die Begegnung mit verschiedenen Methoden der
Psychotherapie als Ausbildungselement

Jutta Fiegl / Brigitte Sindelar (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Entwicklung von Forschungskompetenz in der Psychotherapieausbildung

Jutta Fürst / Hannes Krall (Universität Innsbruck)

The training philosophy of International Psychotherapy students' favorite teachers

Ivana Dragic (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Zum Reifebegriff in der Psychotherapieausbildung

Irina Zamfirescu / Kathrin Mörtl (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Posterpräsentationen

Stellenwert von Forschung in der Psychotherapie – LehrtherapeutInnen,
PraktikerInnen und Studierende im Psychodrama

Hannes Krall (Universität Klagenfurt)

Wie bin ich, wie will ich werden, wie glaube ich zu sein? Eine empirische Studie zur
PsychotherapeutInnenpersönlichkeit

Brigitte Sindelar / Jutta Fiegl (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

„Ich werde Psychotherapeutin“. Eine qualitative Erhebung zur Eignung für die
Tätigkeit als PsychotherapeutIn

Erzsebeth Toth et al. (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Development of therapeutic attitudes: Attitudes of trainees in training

Barbara Pastner et al. (Medizinische Universität Wien)

Veranstaltungsinformationen:

Freitag, 7. November 2014, 13.00–19.00

Samstag, 8. November 2014, 09.00–13.00

Ort: Festsaal des Bundesministeriums für Gesundheit, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Anfahrt Schnellbahnen bzw. U3 oder U4 (Landstraße), U1 oder U4 (Schwedenplatz), Straßenbahn-Linien 2 (Julius-Raab-Platz) oder 1 (Hintere Zollamtsstraße).

PKW: Parkmöglichkeit in der Tiefgarage im Bundesamtsgebäude (4 Euro / Stunde)



Tagungsgebühr: 90 Euro

Die Tagungsgebühr gilt für beide Tage und beinhaltet Tagungsunterlagen sowie Pausenerfrischungen und Abendbuffet. Nur beide Tage gemeinsam buchbar.

Bei Verhinderung kann ohne Weiteres eine Ersatzperson nominiert werden.

Veranstalter ist die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung (Gesundheit Österreich GmbH) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Wissenschaftliches Programmkomitee:

Markus Hochgerner (PTH-Beirat)

Christian Korunka (Universität Wien)

Anton-Rupert Laireiter (Universität Salzburg)

Henriette Löffler-Stastka (Medizinische Universität Wien)

Gerda Mehta (Sigmund Freud PrivatUniversität)

Brigitte Schigl (Donau Universität Krems)

Michael Wieser (Universität Klagenfurt)

Anmeldung:

<http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Praxisorientierte-Psychotherapieforschung.htm>

Die Anmeldung zur Tagung erfolgt ausschließlich elektronisch.

Kontakt: koordinationsstelle.psychotherapieforschung@goeg.at



ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

Gesundheit Österreich GmbH

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring 6, 1010 Wien

T: +43 1 515 61-0

F: +43 1 513 84 72

www.goeg.at