



DONAU-UNIVERSITÄT KREMS

Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Effektivität der Integrativen Therapie

Mehrebenenstudie Integrative Therapie im Vergleich

2009

Leitner Anton, Liegl Gregor, Märtens Michael, Gerlich Katharina

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
1.1	Effektivitätsstudien 1994 – 2009	3
2	Untersuchungsdesign.....	4
2.1	Erhebungsinstrumente	6
2.1.1	Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	8
2.1.2	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)	9
2.1.3	Allgemeine Depressionsskala (ADS-L)	10
2.1.4	State-Traite-Angstinventar (STAI)	11
2.1.5	Instrumente der EAG.....	12
2.2	Auswertungsverfahren	14
3	Beschreibung der Stichproben	15
3.1	Rücklauf der Stichproben im Vergleich	15
3.2	TherapeutInnenstichprobe	17
3.2.1	Soziodemographische Daten	17
3.2.2	Bewertung und Einschätzung der Psy-III-Weiterbildung	18
3.2.3	Einschätzung der therapeutischen Arbeitsweise.....	21
3.2.4	Angaben zur therapeutischen Praxis.....	24
3.3	PatientInnenstichprobe.....	28
3.3.1	Soziodemographische Daten	28
3.3.2	Therapiebezogene Information.....	29
3.3.3	Einstellung zur Therapie.....	30
3.3.4	Psychische und körperliche Beschwerden	31
3.3.5	PatientInnenstichprobe der Abschlusserhebung und Katamnese.....	33
4	Ergebnisse	36
4.1	Subjektive Einschätzung des Therapieerfolges	36
4.1.1	Einschätzung der PatientInnen.....	37
4.1.2	Mehrperspektivität in der Einschätzung des Therapieerfolges.....	39
4.2	Entwicklung der Symptombelastung	43
4.2.1	Prä-Post-Vergleich	43
4.2.2	Effektstärken im Vergleich.....	44
4.2.3	Langfristige Veränderungen der Symptomatik im Vergleich	45
4.3	Entwicklungen im interpersonalen Verhalten	48
4.3.1	Prä-Post-Vergleich	48
4.3.2	Effektstärken im Vergleich.....	49
4.3.3	Langfristige Veränderungen des interpersönlichen Verhaltens im Vergleich	50
4.4	Veränderungen der depressiven Beschwerden	52
4.4.1	Prä-Post-Vergleich	52
4.4.2	Effektstärken der depressiven Beschwerden	55
4.5	Veränderungen der Angst-Symptomatik	56
4.5.1	State-Angst Entwicklungen.....	56
4.5.2	Trait-Angst Entwicklungen.....	58
4.6	Veränderungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit.....	61
4.6.1	Entwicklung der PatientInneneinschätzung im Vergleich	61
4.6.2	Gegenüberstellung der Perspektiven	62
4.7	Veränderung von Aspekten körperlichen Befindens	68
4.7.1	Verteilungsänderung zwischen den Testzeitpunkten	68
4.7.2	Eingang-Abschluss-Vergleich und Effektstärken.....	70
4.7.3	Langfristige Veränderungen der Aspekte körperlichen Befindens	71
4.8	Veränderungen im sozialen Netzwerk.....	73
4.8.1	Prä-Post-Vergleich	73
4.8.2	Zweidimensionales soziales Netzwerk.....	77

4.9 Stundenbögen	79
4.9.1 Ergebnisse.....	79
4.9.2 Kritik.....	80
4.10 Medikamentengruppe im Vergleich zur Therapiegruppe.....	81
4.10.1 Subjektive Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung	82
4.10.2 Veränderung der Symptomatik im Vergleich	84
4.10.3 Weitere Ergebnisse der medikamentösen Behandlung	86
5 Zusammenfassende Bemerkungen und Ausblick	89
6 Literatur	93

Effektivität der Integrativen Therapie

1 Einleitung

Die Qualität einer psychotherapeutischen Methode hängt nicht zuletzt an der ständigen Auseinandersetzung mit deren Praxis und der wissenschaftlich fundierten Überprüfung ihrer Effektivität ab. Die Evaluationen einer Therapie sollten nie losgelöst von der Frage nach der Effektivität für die PatientInnenseite gesehen werden. Im Kontext der Integrativen Therapie wurde mit der Studie (Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000, Steffan 2002) von der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG) und den darauf folgenden Studien von Märtens et al. (2003) und Leitner et al. (2008) ein wichtiger Beitrag zu diesem Diskurs erbracht. Das Kapitel bezieht sich nun primär auf die aktuellste Studie (Leitner et al. 2009), bei der die Schlüsselbereiche der Studien Leitner et al. (2008) und Märtens et al. (2003) zusammengeführt wurden. Eingangs wird deren Forschungsdesign detailliert dargestellt. Die Ergebnisse werden mit jenen von der EAG-Studie (2000) verglichen.

1.1 Effektivitätsstudien 1994 – 2009

Die Überprüfung der Effektivität von Integrativer Therapie mit PatientInnen (Psychotherapie-Evaluation) wurde seit Beginn der Entwicklung des Verfahrens fortlaufend durchgeführt. Nachfolgend möchte ich drei Studien exemplarisch vorstellen:

1. Studie 1994-2000 (Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000; Steffan 2002)
2. Studie 1999-2002 (Märtens et al. 2003)
3. Studie 2002-2008 (Leitner et al. 2008)

Studie 1: Die EAG-Studie wurde 1994 konzipiert und 2000 beendet. Es nahmen TherapeutInnen teil, die eine Integrative Therapieausbildung an der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG) in Deutschland absolviert haben.

Studie 2 und 3: Die TherapeutInnen, die an der zweiten und dritten Untersuchung teilnahmen, waren ÄrztInnen, die im Rahmen ihrer Weiterbildung in Österreich zum/zur Psychotherapeutischen Mediziner/in das „Hauptfach“ Integrative Therapie wählten, das vom Inhalt und Umfang einer Psychotherapieausbildung gleichwertig ist und von LehrtherapeutInnen für Integrative Therapie durchgeführt wurde. Die beiden Studien (2 und 3) wurden für diesen Beitrag gemeinsam ausgewertet: Leitner A., Liegl G, Märtens M. Gerlich K, 2009. Das Design der beiden Replikationsstudien war bis auf die Erweiterung um die Allgemeine Depressionsskala (ADS-L) und um das State-Traite-Angstinventar (STAI-G) sowie der Medikamentenvergleichsstudie (nur in der Studie 3) deckungsgleich. Die Ergebnisse wurden, wo dies möglich war, mit der EAG-Studie verglichen.

„Die Effektivität einer Psychotherapie umschreibt die Wirksamkeit einer Intervention unter realen Praxisbedingungen und bezieht sich primär auf die Praktikabilität“ Effektivitätsstudien belegen in der Regel eine niedrigere Wirksamkeit als Laborstudien, weisen aber eine höhere externe Validität auf. Sie berücksichtigen folgende entscheidende Bedingungen in der Praxis, die in Wirksamkeitsstudien nicht erfasst werden:

- Psychotherapie hat keine festgelegte Behandlungsdauer.
- In der Psychotherapie gibt es eine Selbstkorrektur. Wenn eine Technik nicht greift, wird ein anderes Verfahren eingesetzt.
- Psychotherapie wird aufgrund einer bewussten Entscheidung durch den Patienten begonnen. PatientInnen wählen ihre/n Therapeuten/in aus.
- PatientInnen haben multiple Probleme und kein abgrenzbar einzelnes Symptom.
- Psychotherapie zielt auf die Verbesserung der psychischen Gesamtfunktion und nicht auf eine spezifische Symptomverringering.

Dazu kommt, dass die Performanz (Fertigkeit) der TherapeutInnen, also die Ergebnisqualität der Therapie nur dann entsprechend überprüft werden kann, wenn sie aus verschiedenen Perspektiven betrachtet wird, d. h. wenn TherapeutInnen, PatientInnen und Angehörige der PatientInnen zu Wort kommen. Als Indikatoren für die Effektivität und damit für den Erfolg Integrativer Therapie müssen daher neben der subjektiven Einschätzung des Therapieerfolges von Seiten der PatientInnen, TherapeutInnen und der Angehörigen der PatientInnen hauptsächlich objektive Kriterien in Form von sich über die drei Messzeitpunkte (Eingangserhebung, Abschlusserhebung, Katamnese) hinweg verändernden Testergebnissen verwendet werden, um auch den zeitlichen Verlauf einer therapeutischen Intervention zu erfassen.

Um die Wirkung der Psychotherapie besser von medikamentösen Behandlungen abgrenzen zu können, wurde in der Untersuchung Leitner et al. 2008 das Sample um eine Medikamentenvergleichsgruppe erweitert. PatientInnen, die dezidiert keine Psychotherapie in Anspruch nehmen wollten, wurden von ÄrztInnen medikamentös behandelt.

2. Untersuchungsdesign

Die Besonderheit und der Wert aller drei Studien liegen darin, dass sie den Verlauf psychotherapeutischer Interventionen aus verschiedenen Perspektiven nachzeichnen. Im Sinne einer Längsschnittuntersuchung wurden daher zu folgenden drei Zeitpunkten Daten erhoben:

- Eingangserhebung: erfolgt spätestens nach der 2. Therapiestunde.
- Abschlusserhebung: findet bei Beendigung der Therapie statt.
- Katamnestiche Erhebung: wird ca. ein halbes Jahr nach Abschluss der Therapie durchgeführt.

Begleitend zur Therapie wurden kontinuierlich Stundenbögen eingesetzt, mit deren Hilfe sowohl TherapeutInnen als auch PatientInnen das therapeutische Geschehen unmittelbar nach jeder Stunde beurteilten. Zu jedem der drei Erhebungszeitpunkte wurden die PatientInnen, die TherapeutInnen und jeweils ein/e Angehörige/r pro PatientIn befragt. Tabelle 2.1 zeigt eine Übersicht zu den verwendeten Erhebungsinstrumenten und ihren zeitlichen Aufwand zu den verschiedenen Messzeitpunkten.

Tab. 2.1: Übersicht über die Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte

	OUTCOME -EVALUATION						PROZESS-EVALUATION	
Zeitpunkt der Erhebung	Eingangserhebung (bis zu 2. Stunde)		Abschlusserhebung (nach Beendigung der Therapie)		Katamnese (ein halbes Jahr nach Abschluss der Therapie)		Kontinuierlicher Einsatz von Stundenbegleitbögen (in Anschluss an jede Stunde)	
es füllt aus	Erhebungsinstrumente	Zeit in Min	Erhebungsinstrumente	Zeit in Min	Erhebungsinstrumente	Zeit in Min	Erhebungsinstrumente	Zeit in Min
PatientIn	* PatientInnen-FB * SCL-90-R * IIP-C * STAI-G * ADS-L	30 15 15 10 10	* PatientInnen-FB * SCL-90-R * IIP-C * STAI-G * ADS-L	30 15 15 10 10	* PatientInnen-FB * SCL-90-R * IIP-C * STAI-G * ADS-L	30 15 15 10 10	* Stundenbogen	10
TherapeutIn	* TherapeutInnen-FB * Therapiebeurteilungs-FB	15 10	* Therapiebeurteilungs-FB	10	* Therapiebeurteilungs-FB	10	* Stundenbogen	10
Angehörige	* Angehörigen-FB	15	* Angehörigen-FB	15	* Angehörigen-FB	15		

Anmerkungen: FB = Fragebogen

Dieses Design war bei den beiden Effektivitätsstudien zu Psy-3 weitgehend übereinstimmend. Das State-Trait-Angstinventar (STAI), die Allgemeine Depressionsskala (ADS-L) und auch die Prozess-Evaluation auf Basis der Stundenbögen wurden allerdings nur in der zweiten Psy-3-Untersuchung (2002-2007) eingesetzt. Dadurch war bei diesen Fragebögen auch die Stichprobengröße merklich geringer.

Auch in der EAG-Untersuchung wurden weder das State-Trait-Angstinventar (STAI) noch die Allgemeine Depressionsskala (ADS-L) verwendet.

Um die Wirkung der „Psychotherapeutischen Medizin“ besser von medikamentösen Behandlungen abgrenzen zu können, wurde außerdem in der zweiten Psy-3-Untersuchung

das Sample um eine **Medikamentenvergleichsgruppe** erweitert. Diese bestand aus erwachsenen PatientInnen mit einer nach ICD-10 definierbaren psychischen Störung, die keine Psychotherapie erhalten haben, sondern medikamentös behandelt wurden. Diese Befragung war von deutlich geringerem Umfang als die Psychotherapie-Befragung. Es gibt nur eine Eingangsbefragung und eine Abschlussbefragung mit insgesamt drei kurzen Fragebögen (zwei für die PatientInnen und einer für die TherapeutInnen), siehe Tabelle 2.2.

Tab. 2.2: Messzeitpunkte und Erhebungsinstrumente der Medikamentengruppe

	Eingangsbefragung	Abschlussbefragung
Zeitpunkt der Erhebung	nach 1. oder 2. Gespräch, wenn klar ist, dass PatientIn Medikamente und keine Psychotherapie bekommt	entweder: nach dem Absetzen der Medikamente (Beendigung der medikamentösen Therapie) oder: 6 Monaten nach Beginn der medikamentösen Therapie
Fragebögen für PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> * SCL-90-R * M-PatientInnen-Fragebogen 	<ul style="list-style-type: none"> * SCL-90-R * M-PatientInnen-Fragebogen
Fragebögen für TherapeutInnen	<ul style="list-style-type: none"> * M-Therapie-Beurteilungsbogen 	<ul style="list-style-type: none"> * M-Therapie-Beurteilungsbogen

2.1 Erhebungsinstrumente

Folgende standardisierte Instrumente kamen in den vorliegenden Studie zum Einsatz: die **Symptomcheckliste von Derogatis (SCL90-R)**, Derogatis & Cleary 1977, dt. Übersetzung von Franke 2002) und das **Inventar interpersonaler Probleme (IIP-C)**, Horowitz, Strauss & Kordy 2000). Weiters wurden die Langform der **Allgemeinen Depressions-Skala** von Hautzinger und Bailer (1992) (**ADS-L**) und das **State-Trait-Angstinventar** von Laux et al. (1970, 1981) (**STAI-G**) eingesetzt. Die zwei letztgenannten stellen die Designerweiterung zur Studie 1999 – 2002 dar.

Außerdem wurde noch weitere - den Untersuchungszielen entsprechend konzipierte - spezifische Erhebungsinstrumente verwendet, nämlich der **TherapeutInnenfragebogen**, die **Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL)**, im Therapiebeurteilungsbogen, im PatientInnenfragebogen und Angehörigen-Fragebogen enthalten), ein **Instrument zur Erfassung sozialer Netzwerke** (im PatientInnenfragebogen enthalten) außerdem **Körperschemata** zur Erfassung körperlicher Aspekte (im PatientInnenfragebogen enthalten) sowie der **Stundenbogen** (vgl. Tab. 2.3)

Tab.2.3: Übersicht über Erhebungsinstrumente und gemessene Variablen der Psychotherapie (P)- und Medikamentenvergleichsgruppe (M);

Instrument	Variablen
SCL-90 Symptomcheckliste (Franke 1995) (P. und M.)	90 Items zur Selbsteinschätzung psychischer Symptome und Belastungen, die 9 Skalen bilden: (1) Somatisierung, (2) Zwanghaftigkeit, (3) Depressivität, (4) Unsicherheit, (5) Aggressivität, (6) Ängstlichkeit, (7) Phobische Angst, (8) Paranoides Denken, (9) Psychotizismus
IIP-C Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz, Strauss & Kordy 1994) (P.)	Operationalisierung zwischenmenschlicher Probleme orientiert an Kieslers (1983) Kreismodell, wird durch 4 Gegensatzpaare bestimmt: (1) autokratisch-unterwürfig, (2) streitsüchtig-ausnutzbar, (3) abwesend-fürsorglich, (4) introvertiert-expressiv
ADS-L Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger & Bailer 1992) (P.)	Die Langform des Fragebogens besteht aus 20 Items zur Selbstbeurteilung von depressiven Beschwerden im Vorfeld depressiver Erkrankungen hinsichtlich 7 verschiedener Dimensionen: (1) gedrückte Stimmung, (2) Schuldgefühle, (3) Gefühl der Wertlosigkeit, (4) Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, (5) Antriebsmangel, (6) Appetitverlust, (7) Schlafstörungen
STAI-G State-Trait-Angstinventar (Laux et al. 1970) (P.)	2 Skalen mit je 20 Items, die Angst als Zustand (State-Angst) und Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) erfassen: (1) Zustandsangst: emotionaler Zustand, gekennzeichnet von Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen sowie von einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems (2) Angst als Eigenschaft / Ängstlichkeit: relativ stabile interindividuelle Differenzen in der Neigung, Situationen als bedrohlich einzustufen und auf solche Situationen mit einem höheren Anstieg an Zustandsangst zu reagieren als sog. Niedrigängstliche
TherapeutInnen-Fragebogen (Th) (in Anlehnung an EAG) (Th.)	Soziodemographische Angaben der TherapeutInnen, Weiterbildungshintergrund, therapeutische Orientierung, Arbeitsweisen, Erfahrungen, Einstellungen
Therapiebeurteilungs-Fragebogen (in Anlehnung an EAG) (P. und M.)	Diagnose(n) gemäß ICD-10, Einschätzungen zu Therapieverlauf und -erfolg, Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit (Fremdbeurteilung)
PatientInnen-Fragebogen (in Anlehnung an EAG) (P. und M.)	Soziodemographische Daten der PatientInnen, Therapieererfahrung, Zugangsweg zur TherapeutIn, Einschätzungen zu den Ursachen der Beschwerden, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum, körperorientierte Aspekte (Körperschemata), subjektive Einschätzungen zum Therapieverlauf, soziales Netzwerk (Netzwerkinstrument), Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit (Selbstbeurteilung)
Angehörigen-Fragebogen (In Anlehnung an EAG)	Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit (Fremdbeurteilung)
Stundenbögen (P. und Th.)	(1) TherapeutInnen-Stundenbogen: 3 Items zur Einschätzung der Therapiesitzung, wobei eines beschreibend-offen formuliert ist, die anderen beiden auf einer Prozentskala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „ja, ganz genau“ einschätzt werden, Die Items umfassen die Bereiche: Thema der Stunde (beschreibend), Effektivität und Beziehungsgestaltung (Stufenskala). (2) PatientInnen-Stundenbogen: Dieselben drei Items wie TherapeutIn

Anmerkungen: EAG = Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.

Die standardisierten Instrumente Symptomcheckliste von Derogatis und das Inventar interpersonaler Probleme, werden von der SPR (Society for Psychotherapy Research) als eine Art psychotherapeutisches Kernmessverfahren angesehen.

Es folgt eine kurze Beschreibung der einzelnen Fragebögen und Tests:

2.1.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Als einer der wichtigsten Indikatoren für den Therapieerfolg gilt die Reduktion der Symptombelastung der PatientInnen. Um diese zu ermitteln, wurde die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R) verwendet. Dabei handelt es sich um einen standardisierten Selbstbeurteilungsfragebogen, der anhand von 90 Items die Symptombelastung der PatientInnen auf neun Skalen verteilt misst. Die Items können in 5 Ausprägungsstufen angekreuzt werden, von „überhaupt nicht“ (0), bis „sehr stark“ (4). Die neun Skalen beschreiben folgende Symptome:

1. **Somatisierung:** einfache körperliche Belastung bis zu funktionellen Störungen
2. **Zwanghaftigkeit:** leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
3. **Depressivität:** Traurigkeit bis hin zur schweren Depression
4. **Unsicherheit im Sozialkontakt:** leichte soziale Unsicherheit bis zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
5. **Ängstlichkeit:** körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst
6. **Aggressivität/Feindseligkeit:** Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
7. **Phobische Angst:** leichtes Gefühl von Bedrohung bis zu massiver phobischer Angst
8. **Paranoides Denken:** Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken
9. **Psychotizismus:** mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis zur dramatischen Evidenz der Psychose.

Außerdem lassen sich die folgenden globalen Kennwerte ermitteln:

1. Der **GSI** (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung (errechnet aus der Summe der Summenwerte der Skalen [GS] dividiert durch die Anzahl der Items)
2. Der **PST** (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (errechnet als Summe der Belastungstendenzen je Skala, Ausprägungen größer 0)
3. Der **PSDI** (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten (errechnet als Quotient der Gesamtsumme [GS] und dem PST) (vgl. Franke 1995).

Hessel, Schumacher, Geyer und Brähler (2000) konnten an einer für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe (N = 2.179) zeigen, dass der SCL-90-R ein reliables Instrument zur Messung der globalen psychischen Symptombelastung darstellt. Allerdings konnte die im SCL-90-R postulierte dimensionale Struktur der Symptombelastung in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Zur Bestimmung der Veränderung der Symptomatik wurde in der vorliegenden Untersuchung ein Vergleich der Gesamtwerte sowie der einzelnen Skalenwerte der Symptomcheckliste (SCL-90-R) zwischen den drei Testzeitpunkten herangezogen. Eine Reduktion der mittleren Skalenwerte bedeutet eine Reduktion der Beeinträchtigung durch psychische Symptome und wird als Indikator für den Erfolg der Therapie gesehen. Zusätzlich wurden Effektstärken für den Vergleich von Eingangs- und Abschlusserhebung berechnet, um mit Effektstärken anderer Untersuchungen vergleichen zu können.

2.1.2 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)

Um zu erfassen, ob und in welchem Maße sich interpersonale Probleme der PatientInnen im Laufe der Psychotherapie verringerten, wurde mit der Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C) ermittelt. Dieser Fragebogen umfasst 64 Items, die Informationen über das zwischenmenschliche Verhalten der PatientInnen liefern sollen. Jeweils acht dieser Items messen eine der 8 postulierten Dimensionen interpersonales Verhaltens (Horowitz, Strauß & Kordy 1994, S. 25):

1. Die Skala „zu autokratisch/dominant“ (PA) beschreibt das Gefühl, anderen gegenüber zu aggressiv oder zu kontrollierend zu sein, zu unabhängig. Personen mit hohen Werten wollen andere zu sehr ändern und manipulieren und können die Standpunkte anderer schlecht akzeptieren.
2. Die Skala „zu streitsüchtig/konkurrierend“ (BC) beschreibt Menschen, die Schwierigkeiten haben, anderen zu vertrauen und andere zu unterstützen, sich mit anderen zu freuen. Personen mit hohen Werten suchen ständig Auseinandersetzungen, sind misstrauisch und streitsüchtig.
3. Die Skala „zu abweisend/kalt“ (DE) beschreibt die Schwierigkeit, Verpflichtungen anderen Menschen gegenüber einzugehen, sich anderen nahe zu fühlen und eigene Gefühle mitzuteilen. Menschen mit hohen Werten können auch nicht verzeihen.
4. Die Skala „zu introvertiert/sozial vermeidend“ (FG) beschreibt Schwierigkeiten, sich in Gruppen einzuordnen, sich zu öffnen oder Freundschaften zu schließen. Menschen mit hohen Werten haben eine Scheu vor Mitmenschen.
5. Die Skala „zu selbstunsicher/unterwürfig“ (HI) erfasst Probleme, die eigenen Bedürfnisse zu zeigen, sich abzugrenzen. Personen mit hohen Werten können nicht standhaft und selbstsicher sein.
6. Die Skala „zu ausnutzbar/nachgiebig“ (JK) beschreibt die Schwierigkeit „nein“ zu sagen, Ärger zu zeigen oder zu empfinden. Menschen mit hohen Werten haben Angst, andere Menschen zu verletzen, sie lassen sich leicht überreden und sind leichtgläubig.
7. Die Skala „zu fürsorglich/freundlich“ (LM) beschreibt Menschen mit Schwierigkeiten, anderen Grenzen zu setzen, wütend zu sein und eigene Bedürfnisse über die anderer zu stellen aus Angst die Liebe zu verlieren. Personen mit hohen Werten wollen sehr gefallen und lassen sich zu sehr von den Problemen anderer leiten.
8. Die Skala „zu expressiv/aufdringlich“ (NO) beschreibt die Schwierigkeit, nicht alleine sein zu können. Menschen mit hohen Werten auf dieser Skala können nichts geheim halten, fühlen sich immer verantwortlich, sind zu offen und gesprächig.

Das IIP-C findet häufig Anwendung in klinischen Untersuchungen. Verschiedene Validierungsstudien haben außerdem gezeigt, dass das Instrument in der Lage ist, zwischen klinischen Gruppen zu differenzieren und auch, dass interpersonale Probleme in Zusammenhang mit anderen klinischen Merkmalen stehen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde zur Bestimmung der Veränderung von Problemen im interpersonales Verhalten wieder ein Vergleich der Gesamtwerte sowie der einzelnen Skalenwerte der Kurzform des Inventars Interpersonaler Probleme (IIP-C) zwischen den drei Testzeitpunkten herangezogen. Außerdem wurden auch hier die Effektstärken zwischen den einzelnen Testzeitpunkten berechnet.

2.1.3 Allgemeine Depressionsskala (ADS-L)

Die „Allgemeine Depressions Skala“ (ADS) ist die deutschsprachige Version der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D). Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument speziell für Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben. Sie dient der Erfassung depressiver Beschwerden im Vorfeld depressiver Erkrankungen hinsichtlich der sieben Dimensionen (1) gedrückte Stimmung, (2) Schuldgefühle, (3) Gefühl der Wertlosigkeit, (4) Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, (5) Antriebsmangel, (6) Appetitverlust und (7) Schlafstörungen. Erfragt werden hierbei das Vorhandensein von und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung sowie negative Denkmuster. Bei vorliegender Studie kommt die Langform, also die ADS-L, zum Einsatz.

Die Langform des Fragebogens umfasst 20 Items, die depressive Merkmale wie Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, empfundene Ablehnung durch andere, Weinen, Genussfähigkeit, Rückzug, Angst, Fröhlichkeit, fehlende Reagibilität, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Konzentrationsprobleme und Pessimismus beinhalten. Die 4stufige Antwortskala reicht von „selten/überhaupt nicht“ (0), „manchmal“ (1), „öfters“ (2) bis „meistens/die ganze Zeit“ (3).

Die Interpretation des ADS-Summenwertes kann in dreifacher Hinsicht erfolgen:

- (1) als Screening nicht-klinischer Gruppen hinsichtlich depressiver Verstimmungen,
- (2) zur Einschätzung der Tiefe und Schwere der depressiven Symptomatik sowie
- (3) zum Erkennen depressiver Begleitsymptomatik bei anderen psychiatrischen, psychosomatischen, neurologischen und allgemein medizinischen Erkrankungen.

Der ADS wurde an 1.298 Personen aller Altersgruppe geeicht und erwies sich bei allen bisher untersuchten Gruppen als reliables Selbstbeurteilungsinstrument.

Die Veränderungen über die Zeit wurden wieder anhand des Vergleiches der Eingangs-, Abschluss- und katamnestischen Mittelwerte überprüft. Diesen Werten wurden die Werte einer gesunden Referenzstichprobe gegenübergestellt. Zusätzlich wurden Effektstärken berechnet und nur jene PatientInnen in die Berechnungen miteinbezogen, die zu den jeweils verglichenen Testzeitpunkten an der Studie teilnahmen.

Der Fragebogen wurde nur in der 3. Studie (Leitner et al. 2008) von PatientInnen mit entsprechender Diagnose ausgefüllt.

2.1.4 State-Trait-Angstinventar (STAI)

Das State-Trait-Angstinventar (STAI) ist die deutsche Form des „State-Trait Anxiety Inventory“ von Spielberger, Gorsuch & Lushene (1970). Es besteht aus zwei Skalen (je 20 Items) die Angst als Zustand (State-Angst) und Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) erfassen.

Der Fragebogen wird auf einer 4stufigen Skala von „überhaupt nicht“ (1), „ein wenig“ (2), „ziemlich“ (3) bis „sehr“ (4) beantwortet. 1977 wurde der Test an einer umfassenden repräsentativen Eichstichprobe genormt (N = 2.385), wobei Unterschiede im Hinblick auf Geschlecht und Alter festgestellt wurden (Frauen und ältere Menschen weisen höhere Werte auf). Die test-statistischen Qualitäten dieses im deutschsprachigen Raum sehr häufig eingesetzten Instruments sind gut bis befriedigend.

Der Begriff „Angst“ kann sowohl einen Zustand (State-Angst), als auch eine Persönlichkeitseigenschaft (Trait-Angst) beschreiben. Zustandsangst (State-Angst) meint einen aktuellen, kurzfristigen emotionalen Zustand der Anspannung, Besorgtheit, nervösen Unruhe und erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems, der einhergeht mit der Furcht vor einem zukünftigen Ereignis. Angst als Eigenschaft (Trait-Angst) bedeutet die zeitlich weitgehend stabile, relativ situationsunabhängige stärkere Tendenz, Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und auf solche Situationen mit einem erhöhten Anstieg der Zustandsangst zu reagieren. Der Fragebogen wurde ebenso wie der ADS-L Fragebogen nur von jenen PatientInnen mit der entsprechenden Diagnose ausgefüllt.

Die Veränderungen über die Zeit wurden in der aktuellen Studie anhand des Vergleiches der mittleren Skalenrohwerter der Eingangs- und Abschluss- und katamnestischen Erhebung untereinander und mit einer gesunden Referenzstichprobe überprüft. Zusätzlich wurden Effektstärken der State- und Trait-Angst-Gesamtwerte berechnet. Es wurden nur jene PatientInnen in die Berechnungen miteinbezogen, die zu den jeweils verglichenen 3 Testzeitpunkten an der Studie teilgenommen haben.

2.1.5 Instrumente der EAG

Wie bereits erwähnt wurden spezifische Fragebögen konzipiert um den Bedingungen der therapeutischen Praxis gerecht zu werden. Mit dem **TherapeutInnenfragebogen**, der nur eingangs ausgefüllt werden sollte, wurden soziographische Daten der ÄrztInnen, weiterbildungsbezogene Daten und Informationen zu der therapeutischen Praxis und Arbeitsweise erhoben. Der **Therapiebeurteilungsbogen** wurde ebenfalls den TherapeutInnen - allerdings zu allen drei Testzeitpunkten – vorgelegt. Mit diesem Instrument sollten Diagnose(n) gemäß ICD-10 erfragt werden und der Erfolg des Therapieverlaufs sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit ihrer PatientInnen beurteilt werden. Mit dem **PatientInnenfragebogen** wurden soziodemographische Daten der PatientInnen therapiebezogene Informationen und die Einstellung der PatientInnen zur Therapie zu allen Testzeitpunkten erhoben. Dem PatientInnenfragebogen beigefügt wurden ein Instrument zur Erfassung des sozialen Netzwerks, die Körperschemata und einige Fragen zum Körperempfinden, sowie die Einschätzungsskalen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit. Auch die Angehörigen sollten im **Angehörigenfragebogen** die allgemeine Lebenszufriedenheit der PatientInnen einschätzen. Zusätzlich sollten nach jeder Sitzung die sogenannten „Stundenbögen“ sowohl von PatientInnen als auch von TherapeutInnen ausgefüllt werden.

2.1.5.1 Veränderungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Veränderungen in der Selbsteinschätzung der eigenen allgemeinen Lebenszufriedenheit wurden mit den „Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit“ (EAL) gemessen. Den Ergebnissen der PatientInnen wurden die Perspektive sowohl der TherapeutInnen als auch die Sicht der Angehörigen gegenübergestellt, um Zusammenhänge bzw. Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung der Lebenszufriedenheit der PatientInnen untersuchen zu können.

Die aktuelle Lebenszufriedenheit der PatientInnen wurde jeweils auf einer Prozentskala (von 0 % = „trifft nicht zu“ bis 100 % = „trifft zu“) von den PatientInnen selbst, ihren TherapeutInnen und den Angehörigen zu den drei Testzeitpunkten eingeschätzt. Hohe Werte bedeuten hohe Lebenszufriedenheit. Die Original-Items lauten (in Klammern die Kurzform, wie sie in den Tabellen angegeben werden):

1. „Ich bin zufrieden mit meiner Persönlichkeit und mit meinen Fähigkeiten.“ (Persönlichkeit und Fähigkeiten)
2. „Im Augenblick bin ich zufrieden mit meinem Leben.“ (Leben)
3. „Ich erlebe mein Leben als sinnvoll.“ (Leben als sinnvoll)
4. „Im Kontakt mit anderen Menschen komme ich gut zurecht.“(Kontakte)
5. „Ich habe viele Freunde.“ (Freunde)
6. „Ich bin zufrieden mit meiner Freizeit.“ (Freizeit)

7. „Mit Arbeit und Beruf bin ich zufrieden.“ (Arbeit und Beruf)
8. „Mit meiner Sexualität bin ich zufrieden.“ (Sexualität)
9. „Mit meinem Körper bin ich zufrieden.“ (Körper)
10. „Mit meiner wirtschaftlichen Situation bin ich zufrieden.“ (wirtschaftliche Situation)
11. „Mit meiner Wohnsituation bin ich zufrieden.“ (Wohnsituation)

2.1.5.2 Veränderung von Aspekten körperlichen Befindens

Zu allen Erhebungszeitpunkten (Eingang, Abschluss, Katamnese) wurden die PatientInnen auch nach Aspekten ihrer körperlichen Befindlichkeit befragt. Auf einer Prozentskala (0 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 100 = „trifft voll und ganz zu“) sollten die PatientInnen bezüglich sechs relevanter Statements beurteilen, inwieweit sie auf die eigene Person zutreffen:

1. Ich leide häufig unter Verspannungen.
2. Ich leide häufig unter körperlichen Erschöpfungszuständen.
3. Ich kann meinen Körper häufig nicht akzeptieren.
4. Ich kann meinen Körper häufig nicht spüren.
5. Ich bewege mich gerne.
6. Ich bin sportlich aktiv.

Während sich die ersten vier Statements auf die subjektiv erlebte Beeinträchtigung der PatientInnen in Bezug auf körperliches Unwohlsein und Körperwahrnehmung beziehen, messen Item 5 und Item 6 das Ausmaß körperlicher Aktivität der PatientInnen. Eine Reduktion der Skalenwerte bei den ersten vier Items kann damit als Abnehmen der Beeinträchtigung interpretiert werden und wird somit als positiver Indikator für den Therapieerfolg gesehen. Die letzten beiden Statements sind umgekehrt gepolt. Mit zunehmender körperlicher Aktivität nehmen auch die Skalenwerte zu.

Um eventuelle Veränderungen der körperlichen Befindlichkeit zwischen den drei Testzeitpunkten festzustellen, wurden die jeweiligen Skalenmittelwerte der verschiedenen Testzeitpunkte mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben verglichen ($p < 0,05$). Wieder wurden zusätzlich die jeweiligen Effektstärken bestimmt.

2.1.5.3 Stundenbögen

Die Stundenbögen wurden im Verlauf der Therapie nach jeder Sitzung ausgeteilt und sowohl der TherapeutIn als auch der PatientIn gestellt. Zu diesen Fragen zählen:

aus PatientInnensicht:

1. Welches Thema stand für Sie heute im Vordergrund der Psychotherapie?
2. Die heutige Stunde war für mich „überhaupt nicht“ (0 %) bis „sehr hilfreich“ (100 %) (bitte die zutreffende Zahl einkreisen)
3. Heute habe ich mich in der Beziehung zu meiner Ärztin/meinem Arzt „überhaupt nicht“ (0 %) bis „sehr“ wohl gefühlt (100 %) (bitte die zutreffende Zahl einkreisen)

aus TherapeutInnensicht:

1. Welches Thema stand für Sie heute im Vordergrund der Psychotherapie?
2. Die heutige Stunde war aus meiner Sicht für den/die PatientIn „überhaupt nicht“ (0 %) bis „sehr hilfreich“ (100 %) (bitte die zutreffende Zahl einkreisen)
3. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten / zur Patientin „überhaupt nicht“ (0 %) bis „sehr“ wohl gefühlt (100 %) (bitte die zutreffende Zahl einkreisen)

2.2 Auswertungsverfahren

In der vorliegenden Evaluation wurde angestrebt, ein möglichst breites Spektrum potenzieller Effekte oder Wirkungen der Therapie zu erfassen. Entsprechend dem Ziel der Evaluation wurden unterschiedliche Aspekte von Therapieerfolg erfasst. Um die Wirksamkeit einer Behandlung zu bestimmen, wurden der Ausgangszustand vor der Therapie und der Zielzustand nach einer Therapie gemessen.

Bei der Beurteilung der Effektivität orientierten wir uns an gebräuchlichen Verfahren in der Therapieforschung. Im Rahmen indirekter Messungen des Therapieerfolges (Veränderungen) wurden daher Effektstärken und Mittelwertunterschiede, sowie Häufigkeitsumverteilungen berechnet. Genutzt wurden auch deskriptive statistische Methoden zur Darstellung der Verteilungseigenschaften (Häufigkeit und Prozentwert) der Skalen und den Kennzahlen der zentralen Tendenz (arithmetisches Mittel) sowie ein Dispersionsmaß (Standardabweichung). Bisweilen kommen auch Kreuztabellen zum Einsatz. Die in den Tabellen dargestellten Häufigkeitsverteilungen werden im Text wegen besserer Verständlichkeit zusammenfassend und teilweise auch interpretativ beschrieben.

Die meisten Prä-Post-Mittelwertsveränderungen wurden mit dem Wilcoxon-Test für gepaarte Stichproben auf Signifikanzen überprüft. Dieser nichtparametrische Test wurde dem T-Test für gepaarte Stichproben in den meisten Fällen deshalb vorgezogen, da häufig keine Normalverteilung der entsprechenden Werte nachgewiesen werden konnte. Für den Vergleich zweier Häufigkeitstabellen wurde der Chi²-Test verwendet. Um Zusammenhänge zwischen verschiedenen Maßen zu bestimmen, wurden Korrelationsanalysen nach Pearson gerechnet. Um Mittelwertsunterschiede zwischen zwei unabhängigen Stichproben feststellen zu können, wurde der U-Test von Mann und Whitney benutzt.

Um die Veränderungen in den einzelnen erhobenen Bereichen untereinander und mit denen anderer Studien vergleichen zu können, wurden zusätzlich Effektstärken nach Cohen berechnet. Dazu wurden die Mittelwerte der Post-Messung von denen der Prä-Messung subtrahiert und durch die Wurzel der halben Summe der Prä- und Post-Varianzen dividiert:

$$d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{(s_1^2 + s_2^2)/2}}$$

Die Klassifizierung der Effektstärken erfolgte unter Bezugnahme auf Cohen (1988): Im Bereich zwischen 0,40 und 0,80 spricht man laut Konvention von mittleren, bei Werten unter 0,40 von kleinen und bei Werten über 0,80 von großen Effekten. In Meta-Analysen zu Psychotherapiestudien ergab sich hier eine große Spannweite von Effektstärken, die von 0,40 (Wittmann & Matt 1986) bis 0,85 (Grawe et al. 1994, Smith, Glass & Miller 1980) reichte.

3 Beschreibung der Stichproben

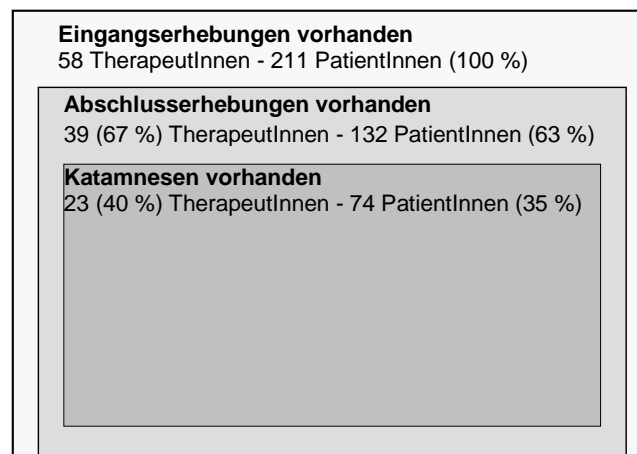
3.1 Rücklauf der Stichproben im Vergleich

In der EAG-Studie brachten 58 TherapeutInnen 211 PatientInnen in die Untersuchung ein. Anfang des Jahres 2000 lagen von 132 PatientInnen die Abschlusserhebungsbögen vor, die von 39 TherapeutInnen behandelt wurden. Zum Katamnesezeitpunkt lag die Rücklaufquote bei 23 TherapeutInnen und 74 PatientInnen (vgl. Abb.3.1).

Die TherapeutInnen wurden wie bei der EAG-Studie aufgefordert, PatientInnen mit einem breiten, nach ICD-10 definierbaren psychischen oder psychosomatischen Symptom- resp. Beschwerdenspektrum, die neu in ihre Praxis kamen, in die Studie einzubeziehen.

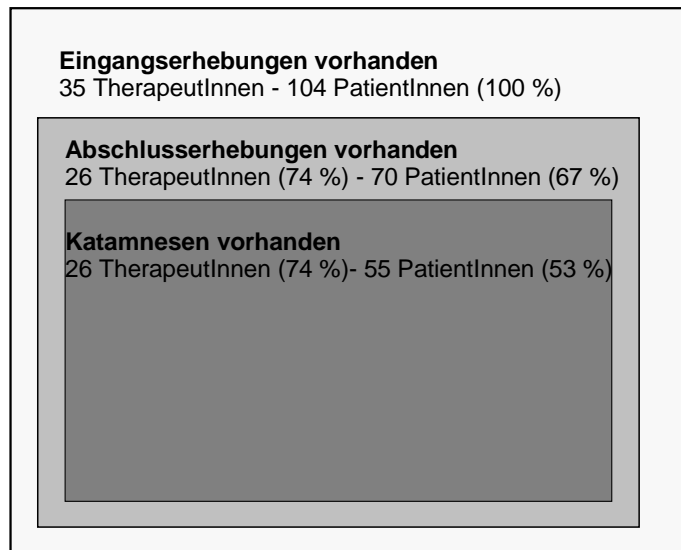
Als therapeutisches Setting wurde ein einzeltherapeutisches (dyadisches) gewählt; Gruppen- oder Paartherapien fanden damit keine Berücksichtigung. Der therapeutische Rahmen konnte die freie Praxis, die ambulante (Beratung) oder eine stationäre Klinik sein.

Abb.3.1: Rücklauf der PatientInnenstichprobe der EAG-Studie 2000



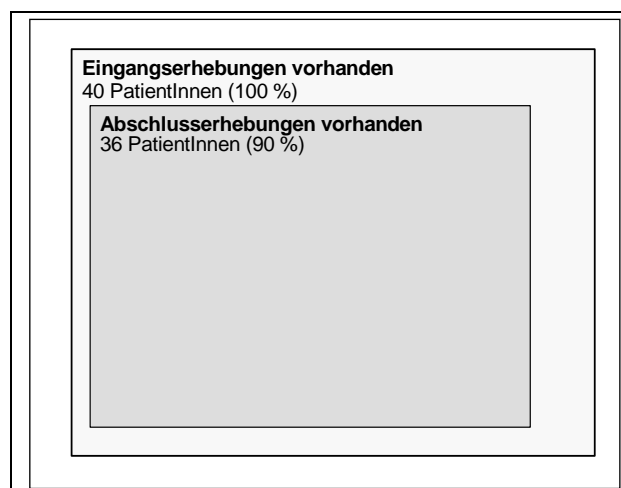
Bei den Ergebnissen der Studie Leitner et al. 2009 wurden zum Zweck der Vergleichbarkeit mit der EAG-Studie (1994-2000) die 2 Untersuchungen (1999-2002 und 2002-2008) gemeinsam ausgewertet. Die 35 TherapeutInnen (2. Studie 12 Therap., 3. Studie 23 Therap.) brachten 104 PatientInnen (2. Studie: 33 Pat., 3. Studie: 71 Pat.) in die Eingangserhebung ein. Da 34 PatientInnen die Therapie nicht beendeten bzw. den Abschlusserhebungsbogen nicht ausfüllten, konnten 70 PatientInnen (2. Studie: 21 Pat., 3. Studie: 49 Pat.) von 26 TherapeutInnen (74 %) in die Abschluss-Auswertung einbezogen werden. Das entspricht einer Rücklaufquote von 67 %. Nach der Halbjahres-Katamnese konnten immerhin 55 PatientInnen (2. Studie: 14 Pat., 3. Studie: 41 Pat.) zur Mitarbeit bewegt werden, das entspricht einen Rücklauf von 53 % (vgl. Abb.3.2)

Abb. 3.2: Rücklauf der PatientInnenstichprobe Leitner et al. 2009



Das Design wurde in der 3. Studie (2002-2008) um eine Medikamentenvergleichsgruppe erweitert. 4 KassenfachärztInnen für Psychiatrie gaben Ihren PatientInnen jeweils zu Beginn der Therapie und nach einem halben Jahr der Behandlung bzw. nach dem Absetzen der Medikamente die Fragebögen aus. Es liegen 40 Eingangs- und 36 Abschlussserhebungen vor, das entspricht einer Rücklaufquote von 90 % (vgl. Abb. 3.3)

Abb.3.3: Rücklauf der PatientInnenstichprobe der Medikamentengruppe, Leitner et al. 2008



3.2 TherapeutInnenstichprobe

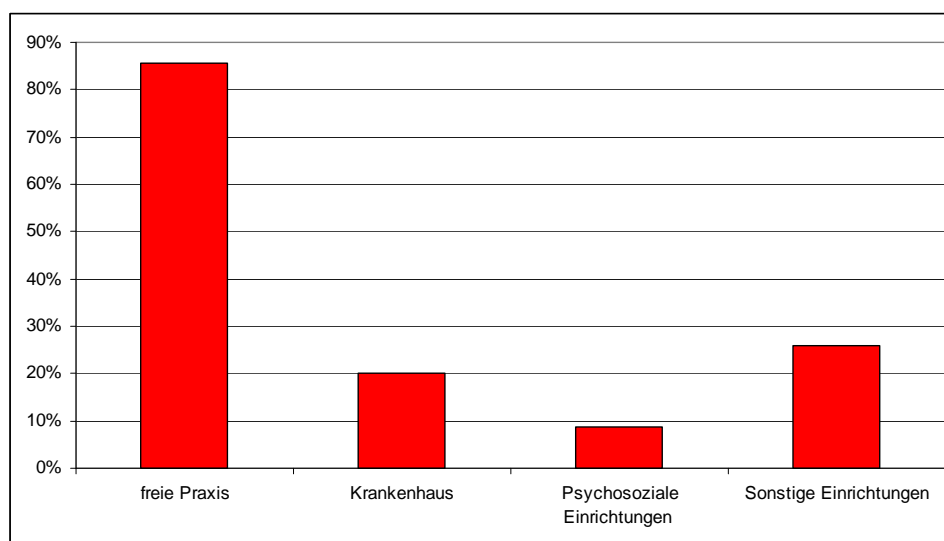
3.2.1 Soziodemographische Daten

Insgesamt nahmen an der Evaluation zur Überprüfung der Effektivität von Psy-3 35 ÄrztInnen teil, die sich mit der Methode „Integrative Therapie“ identifizierten. Davon waren 22 TherapeutInnen weiblich (62,9%) und 13 männlich (37,1%). Die Altersspanne der TeilnehmerInnen reichte von 36 Jahren bis 57 Jahren, was ein Durchschnittsalter von 46 Jahren ergab (SD = 6,4). 24 TherapeutInnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung verheiratet (68,6%), 7 waren ledig (20%) und 4 waren geschieden (11,4%).

Die TherapeutInnen machten ihren Abschluss des Medizinstudiums ziemlich gleichmäßig verteilt zwischen 1970 und 1995. Die Ausbildung für Allgemeinmedizin haben 30 TherapeutInnen zwischen 1974 und 2001 abgeschlossen, 10 TherapeutInnen haben zwischen 1981 und 2000 die Ausbildung zum Facharzt erfolgreich beendet. Was das Tätigkeitsfeld angeht, so gaben 30 ÄrztInnen an, in freier Praxis zu arbeiten (85,7%), 7 arbeiteten in einem Krankenhaus (20%) und 3 in diversen psychosozialen Einrichtungen (8,6%). 9 TherapeutInnen gaben an, in sonstigen Einrichtungen tätig zu sein (Akutteam, Ambulatorium für Rheumatologie, Firma, als LehrerInnen, PVA). Mehrfachantworten waren möglich (vgl. Abb. 3.4).

Zum größten Teil handelte es sich um überaus berufserfahrene ÄrztInnen, die ihren Beruf seit durchschnittlich 18,2 Jahren ausübten (SD = 7,4; Spanne: 5 – 32 Jahre).

Abb. 3.4: Tätigkeitsfeld der praktizierenden ÄrztInnen



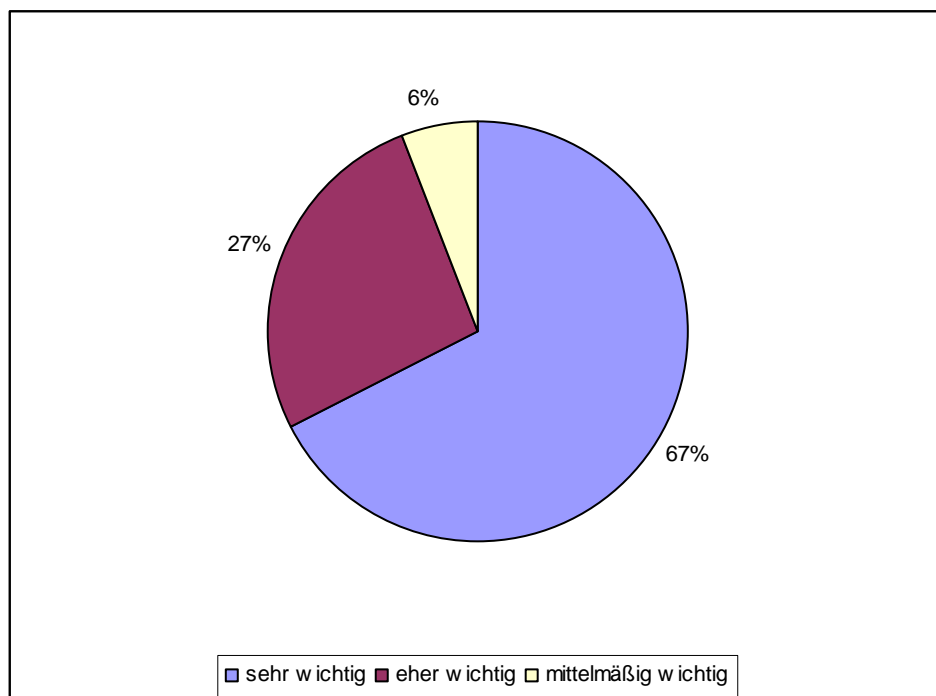
Auch wurden die TherapeutInnen nach den drei Hauptgründen gefragt, weshalb sie sich gerade für diese Ausbildung (Psy-3) entschieden haben. Diesbezüglich war der Großteil der

Antworten bezogen auf Inhalte, Konzepte und Methoden der Integrativen Therapie. Die zweitwichtigsten Motivationsgründe waren Eigeninteresse und persönliche Entwicklung. Andere öfters genannte Antworten waren „Empfehlung durch Bekannte“ und „positive Erfahrung mit Vortragenden“.

3.2.2 Bewertung und Einschätzung der Psy-3-Weiterbildung

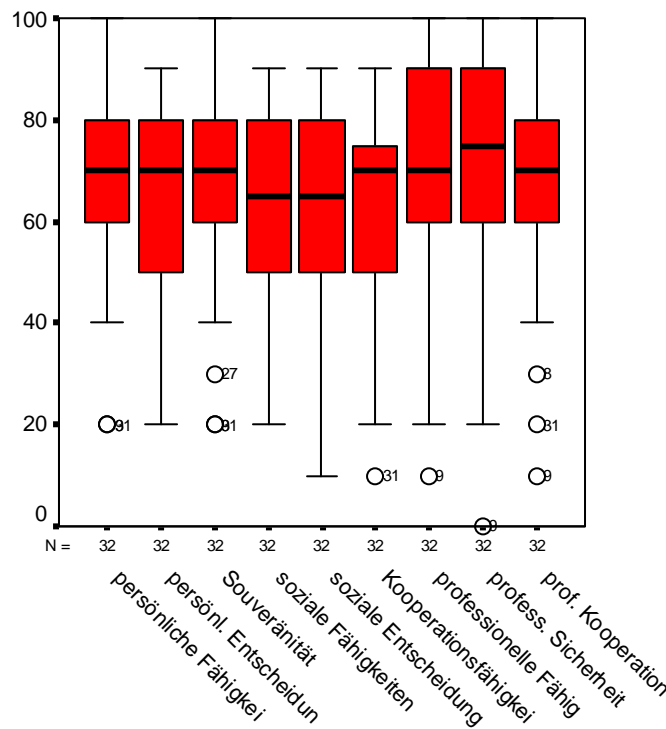
67,6% der befragten TherapeutInnen hielten begleitende Forschung für „sehr wichtig“ und 26,5 % für „eher wichtig“(vgl. Abb. 3.5).

Abb. 3.5: Wichtigkeit der Begleitforschung für psychotherapeutische Medizin



Die TherapeutInnen sollten unter anderem einschätzen, welchen Einfluss die Weiterbildung Psy-3 auf die Entwicklung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten persönlicher, sozialer und professioneller Natur hat. Der Einfluss wurde anhand einer Prozentskala über all diese Bereiche hinweg relativ hoch eingeschätzt: Am höchsten bewertet wurde der Einfluss auf professionelle Fähigkeiten wie professionelle Sicherheit und Kooperation, mit einem Mittelwert von 71,2 % (SD = 20,1). Der Einfluss auf persönliche Fähigkeiten wie Entscheidungsfähigkeit und Souveränität, wurde mit durchschnittlich 70,3 % (SD = 19,5) bewertet. Den Einfluss der Weiterbildung auf die Entwicklung sozialer Fähigkeiten (soziale Entscheidungs- und Kooperationsfähigkeit) schätzten die TherapeutInnen auf durchschnittlich 64% (SD = 20,6) (vgl. Abb. 3.6).

Abb. 3.6: Boxplot – Einfluss der Weiterbildung auf die Entwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten

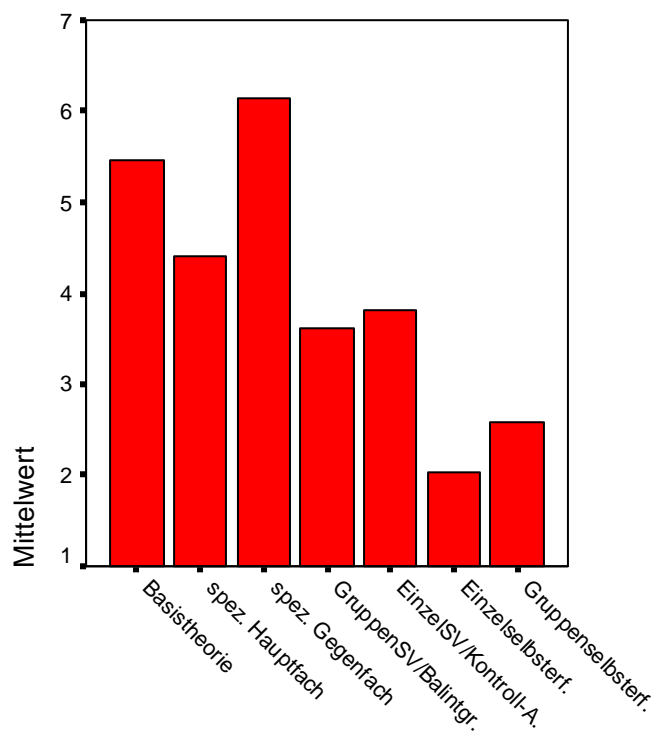


Weiters sollten die TherapeutInnen eine Rangreihe mit 7 vorgegebenen Fortbildungsbestandteilen (methodenübergreifende Basistheorie, methodenspezifische Theorie des Hauptfachs, methodenspezifische Theorie des Nebenfachs, Gruppensupervision oder Balintgruppe, Einzelsupervision/Kontrollanalyse, Einzelselbsterfahrung, Gruppenselbsterfahrung) bilden um deren Wichtigkeit zu beurteilen. Der wichtigste Bestandteil ging an Platz 1 – demnach wurden Bestandteile mit kleineren Mittelwerten von den BeurteilerInnen als wichtiger betrachtet. Nach Auswertung der Daten stand *Einzelselbsterfahrung* an erster Stelle (MW = 2,03; SD = 1,6), gefolgt von *Gruppenselbsterfahrung* (MW = 2,71; SD = 1,7), *Gruppensupervision oder Balintgruppe* (MW = 3,63; SD = 1,5) und *Einzelsupervision* (MW = 3,82; SD = 1,7). An fünfter Stelle stand mit einem Mittelwert von MW = 4,37 *methodenspezifische Theorie des Hauptfachs* (SD = 1,3), an vorletzter Stelle *methodenübergreifende Basistheorie* (MW = 5,46; SD = 1,7) und an letzter Stelle schließlich *methodenspezifische Theorie des Gegenfachs* (MW = 6,14; SD = 1,2). Man kann an dieser Rangreihe deutlich erkennen, dass Selbsterfahrung und Supervision als besonders wichtig empfunden wurden, während speziell methodenspezifische Theorie des Gegenfachs fast ausschließlich an letzte Stelle gereiht wurde (vgl. Abb. 3.7).

Dieses Ergebnis sagt jedoch nur bedingt etwas über die qualitativen Unterschiede der einzelnen Weiterbildungselemente aus, zeigt aber anschaulich, dass emotionale Beteiligung

am Lernprozess (Selbsterfahrung, Supervision, etc.) zu einem größeren Interesse und Engagement der WeiterbildungskandidatInnen führt als ein rein theoretischer Zugang (Basistheorie, Gegenfach, etc.). Die Bewertung praktischer und selbsterfahrungsorientierter Weiterbildungsbestandteile im Unterschied zu theoretischen Anteilen, wird außerdem je nach Länge der therapeutischen Erfahrung und Weiterbildungserfahrung anders eingeschätzt. So bewerten ausbildungserfahrene TeilnehmerInnen in der späteren beruflichen Entwicklung theoretische Ausbildungsbestandteile wieder positiver, wenn sie viele selbsterfahrungsorientierte und erlebnisaktivierende Erfahrungen in Ausbildungen gemacht haben (Cierpka et al. 1993, Laireiter 2000, Orlinsky & Ronnestad 2005, Ronnestad & Skovolt 2005). Bei einer vergleichenden Bewertung von Weiterbildungsbestandteilen müssen solche intervenierenden Variablen mitberücksichtigt werden, damit nicht vorschnelle Bewertungen über Didaktik oder allgemeine Qualitätsunterschiede getroffen werden.

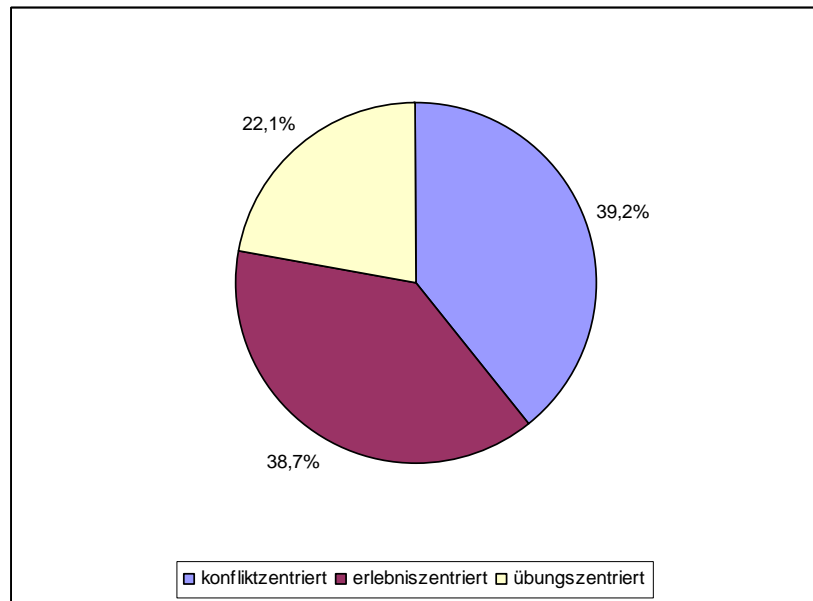
Abb. 3.7: Balkendiagramm – Wichtigkeit der Fortbildungsbestandteile



3.2.3 Einschätzung der therapeutischen Arbeitsweise

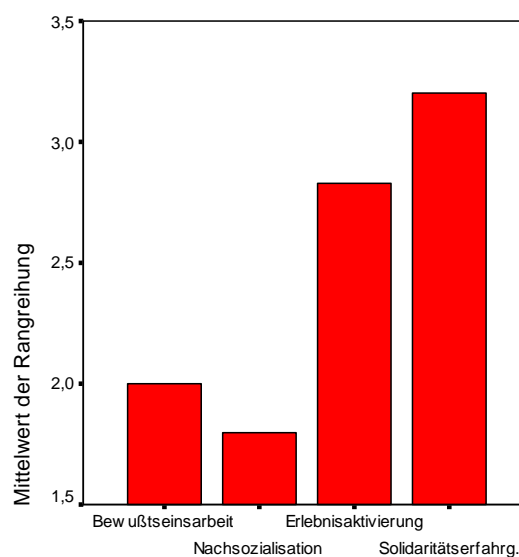
Durchschnittlich machte konfliktzentriertes Arbeiten 39,2 % der therapeutischen **Arbeitsweise** aus (SD = 14,3). Ähnlich hoch war der Anteil erlebniszentrierten Arbeitens (MW = 38,7%; SD = 12,6). Dafür machte übungszentriertes Arbeiten nur einen durchschnittlichen Relativanteil von 22,1 % aus (SD = 9,8) (vgl. Abb. 3.8).

Abb. 3.8: Anteile der therapeutischen Arbeitsweise



Nach abermaliger Rangreihung wählten die TherapeutInnen als wichtigsten **Weg der Heilung und Förderung** „Nachsozialisation und Grundvertrauen“ (MW = 1,8; SD = 0,9). An zweiter Stelle stand „Bewusstseinsarbeit/Sinnfindung“ (MW = 2,0; SD = 1,1) (vgl. Abb. 3.9).

Abb. 3.9: Rangreihe - Wege der Heilung und Förderung

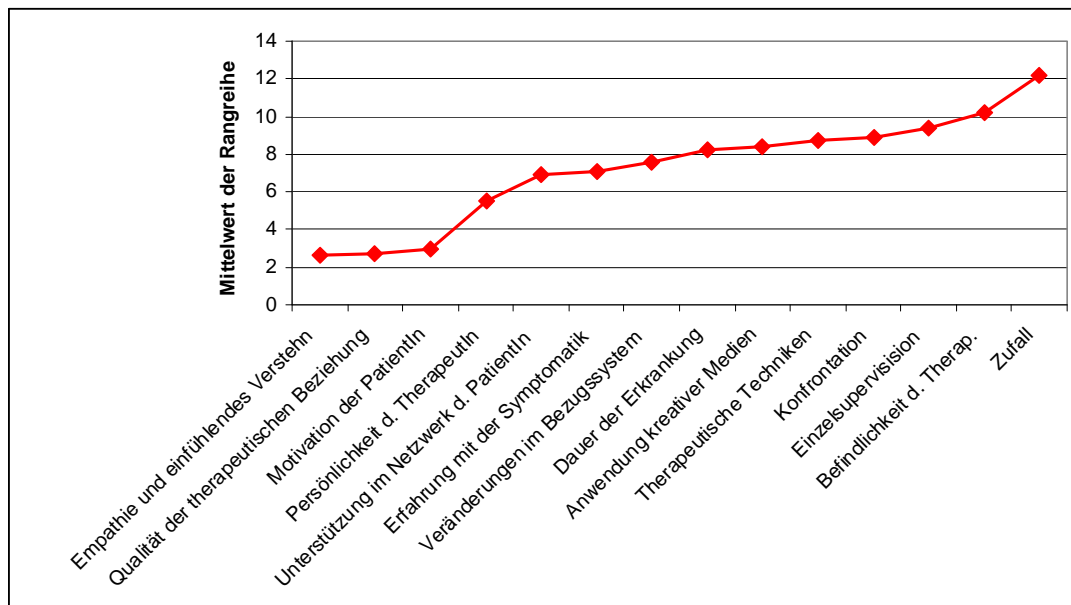


Weiter hinten in der Rangreihe standen mit einem Mittelwert von $MW = 2,83$ „Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung“ ($SD = 1,01$) und „Solidaritätserfahrung und Stärkung des sozialen Netzwerks“ ($MW = 3,2$; $SD = 0,99$).

Weiters sollten vier **therapeutische Techniken** genannt und in eine Rangreihe gebracht werden. Pro Technik-Kategorie wurde eine gewichtete Summe berechnet mit 4 Punkten für die erst genannte, 3 Punkten für die zweit genannte, 2 Punkten für die dritt genannte und 1 Punkt für die letzt genannte therapeutische Technik.

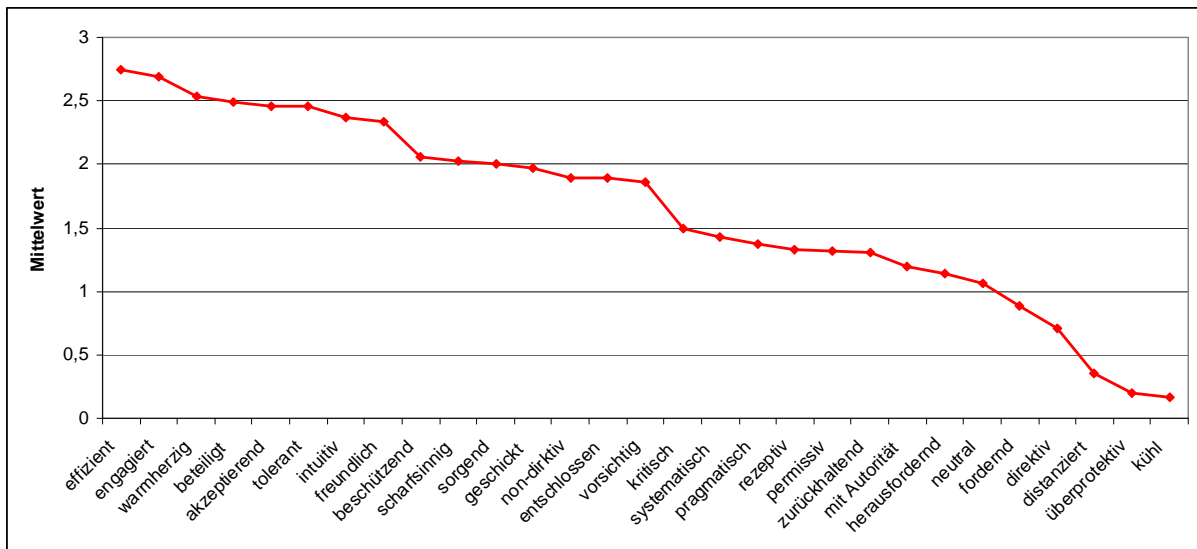
Als sehr beliebt zeigte sich in der befragten Stichprobe der Einsatz von kreativen Medien (138 Punkte). Allerdings wurden auch Techniken aus dem Psychodrama (89 Punkte) und Imaginative Methoden (70 Punkte) gerne verwendet. Außerdem wurden Leib- und Bewegungstherapeutische Ansätze (57 Punkte) sowie das Gespräch (35 Punkte) angeführt. Auch verschiedene vorgegebene Faktoren, die **Einfluss auf die Besserung der Beschwerden** der PatientInnen haben, sollten von den TherapeutInnen je nach Wichtigkeit anhand einer Rangreihe geordnet werden. Am wirksamsten wurden in diesem Zusammenhang *Empathie/einführendes Verstehen des/der TherapeutIn* ($MW = 2,66$; $SD = 2,2$), *Qualität der therapeutischen Beziehung* ($MW = 2,7$; $SD = 2,2$) und *Motivation der/der PatientIn* ($MW = 3$; $SD = 1,8$) empfunden. Eher im mittleren Bereich der Rangordnung zu finden waren Einflussfaktoren wie *Persönlichkeit des/der TherapeutIn* ($MW = 5,49$; $SD = 2,6$), *soziale Unterstützung im Netzwerk des/der PatientIn* ($MW = 6,1$; $SD = 2,8$), *Erfahrung mit der Symptomatik* ($MW = 7,1$; $SD = 4,1$), *Veränderungen im Bezugssystem des/der KlientIn* ($MW = 7,6$; $SD = 3,4$) und *Dauer der Erkrankung* ($MW = 8,2$; $SD = 3,6$). In Relation gesehen wenig Einfluss wurde Faktoren wie *Anwendung kreativer Medien* ($MW = 8,4$; $SD = 3,3$), die eigene *therapeutische Technik* ($MW = 8,7$; $SD = 3,1$), *Konfrontation* ($MW = 8,9$; $SD = 3,2$) und *Einzel supervision* ($MW = 9,4$; $SD = 3,1$) zugeschrieben. Als Schlusslichter der Rangreihe fanden sich die Einflussnahme der aktuellen *persönlichen Befindlichkeit des/der TherapeutIn* ($MW = 10,2$; $SD = 2,9$) und des *Zufalls* ($MW = 12,2$; $SD = 2,9$) (vgl. Abb. 3.10).

Abb. 3.10: Mittlere Ränge bedeutender Faktoren für die Besserung der Beschwerden der PatientInnen



Die TherapeutInnen sollten außerdem anhand von 29 vorgegebenen Adjektiven angeben, wie sie in ihrer therapeutischen Arbeit idealerweise sein möchten. Dabei konnte jedes Adjektiv mit höchstens 3 Punkten bewertet werden (0 Punkte: „so will ich überhaupt nicht sein“; 3 Punkte: „so will ich unbedingt sein“). Dabei nannten die MedizinerInnen als wichtigste Eigenschaften Effizienz, Engagement, Warmherzigkeit, Beteiligung, Akzeptanz, Toleranz, Intuition und Freundlichkeit ($MW > 2,3$). Ebenfalls wichtig war es den TherapeutInnen, in ihrer Arbeit beschützend, scharfsinnig, sorgend, geschickt, non-direktiv, entschlossen und vorsichtig vorzugehen ($2,8 > MW > 1,8$). Im Mittelfeld lagen kritisches, systematisches, pragmatisches, rezeptives und permissives Vorgehen, sowie Zurückhaltung, Autorität, Herausforderung und Neutralität ($1,5 > MW > 1$). Als weniger sinnvoll betrachteten die TherapeutInnen fordernde und direktive therapeutische Arbeitsweisen ($1 > MW > 0,5$). Distanziert, überprotektiv und kühl möchten die TherapeutInnen überhaupt nicht sein ($MW < 0,5$; vgl. Abb. 3.11).

Abb. 3.11: Wie möchten Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit idealerweise sein? (3 = *unbedingt* ... 0 = *überhaupt nicht*)



3.2.4 Angaben zur therapeutischen Praxis

Durchschnittlich behandelten die befragten ÄrztInnen 2,3 PatientInnen am Tag (SD = 1,31) (vgl. Abb. 3.12), davon sind nach Einschätzung der ÄrztInnen rund 31 % Männer und 69 % Frauen. Wöchentlich erreichten die ÄrztInnen einen Mittelwert von 7,4 Therapiestunden (SD = 5,8) mit einem Minimum von 2 Therapiestunden und einem Maximum von 26 Therapiestunden. (Über 70 % der Befragten gaben jedoch an, wöchentlich auf höchstens 7 Therapiestunden zu kommen!) Von diesen 7,4 Stunden wöchentlich waren 6,23 Stunden Einzeltherapiestunden (~ 84 %), 0,69 Stunden Familiensitzungen (~ 9 %) und nur 0,51 Stunden Gruppensitzungen (~ 7 %) (vgl. Abb. 3.13).

Abb. 3.12: PatientInnen pro Tag

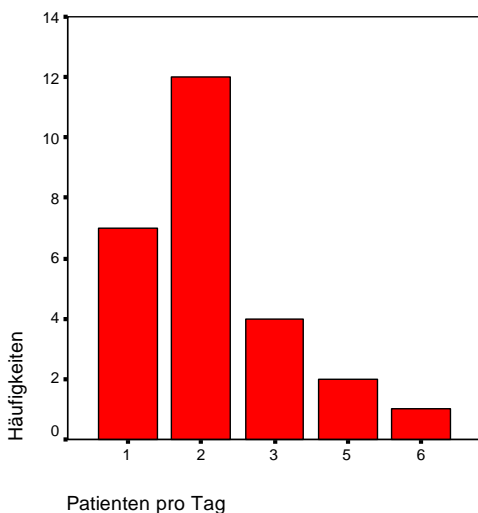
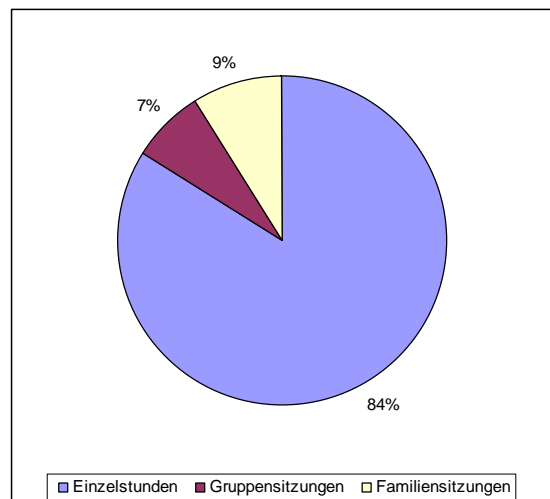


Abb. 3.13: therapeutische Arbeitsweise



Durchschnittlich wurden 68,7 % der therapeutischen Erfahrung in freier Praxis erworben, 18,3 % in einer Klinik. Nur 4,3 % der therapeutischen Erfahrung wurde laut ÄrztInnen in Beratungsstellen gemacht und 8,7 % in sonstigen Einrichtungen (vgl. Abb. 3.14).

29,4 % der TherapeutInnen waren der Meinung, dass religiöse und spirituelle Aspekte eine große Rolle in der therapeutischen Praxis spielen würden, und für 64,7 % spielten Spiritualität und Religion zumindest eine geringe Rolle. Für nur 5,9 % hatten Religion und Spiritualität überhaupt nichts mit Psychotherapie zu tun (vgl. Abb. 3.15)

Abb. 3.14: Erwerb der therapeutischen Erfahrung

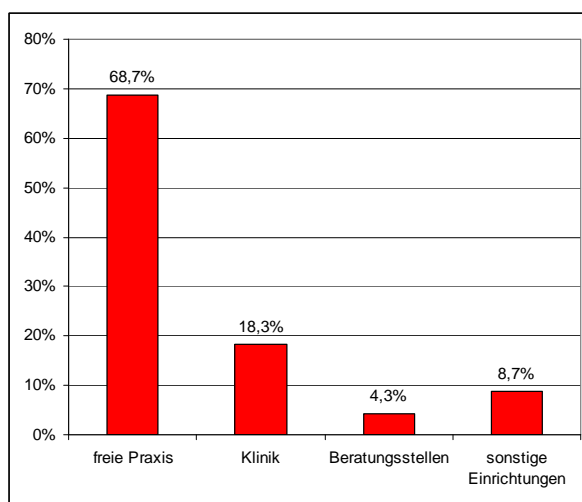
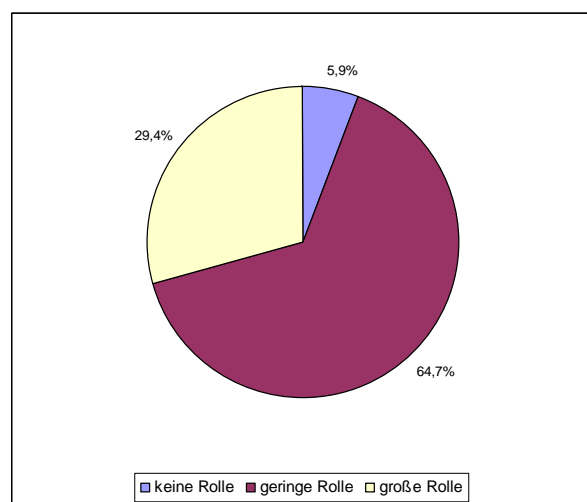


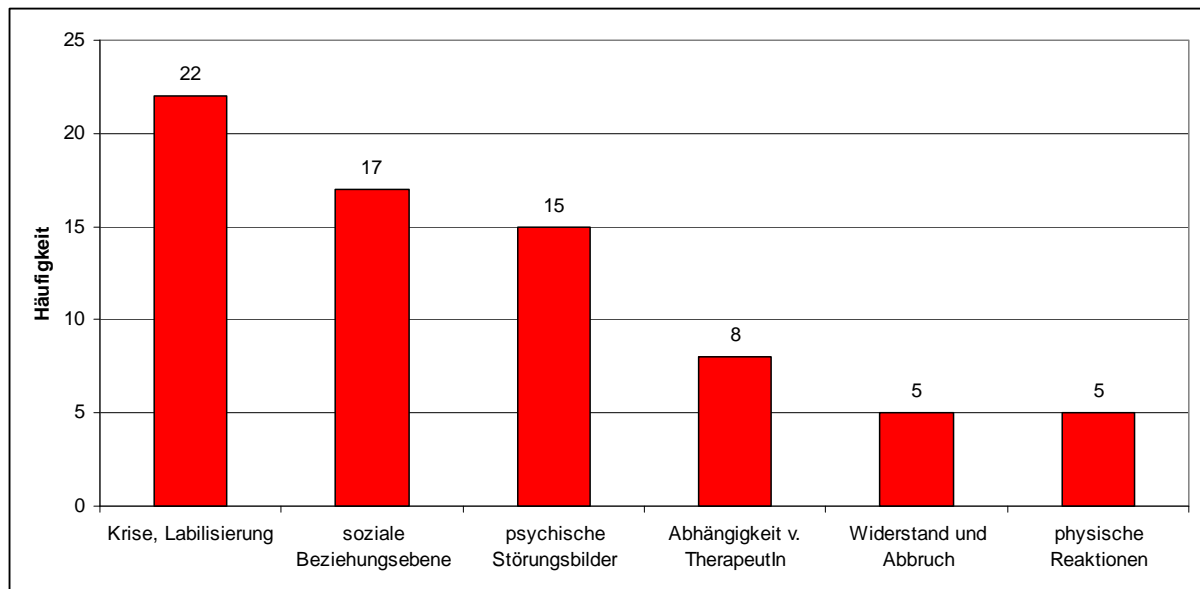
Abb. 3.15: Die Rolle religiöser und spiritueller Aspekte in der therapeutischen Arbeit



Mehr als drei Viertel der TherapeutInnen (78 %) ließen von einigen ihrer PatientInnen therapiebegleitend ein Therapietagebuch führen. Davon ließen etwa die Hälfte der TherapeutInnen höchstens 25 % der PatientInnen Tagebuch führen, ein weiteres Viertel zwischen 25% und 50 % und ebenfalls rund ein Viertel zwischen 50 % und 100 % ihrer PatientInnen.

Auch bei erfolgreichen Therapien kann es gelegentlich zu **unerwünschten Nebenwirkungen** kommen. Pro TherapeutIn konnten hier höchstens vier solcher Nebenwirkungen genannt werden. Am häufigsten genannt wurde das Auftreten von krisenhaften Verunsicherungen und Verschlechterungen (22-mal genannt), dicht gefolgt von gehäuft auftretenden Problemen im sozialen Umfeld und auf der Beziehungsebene (17-mal genannt). 15-mal genannt wurde das Auftreten von psychischen Störungsbildern und 8-mal wurde die Abhängigkeit zum Therapeuten als Nebenwirkung erfolgreicher Therapien genannt. Eher selten kamen Widerstand, Abbruch und vorzeitiges Therapieende vor, sowie körperliche Reaktionen (jeweils 5-mal genannt) (vgl. Abb. 3.16).

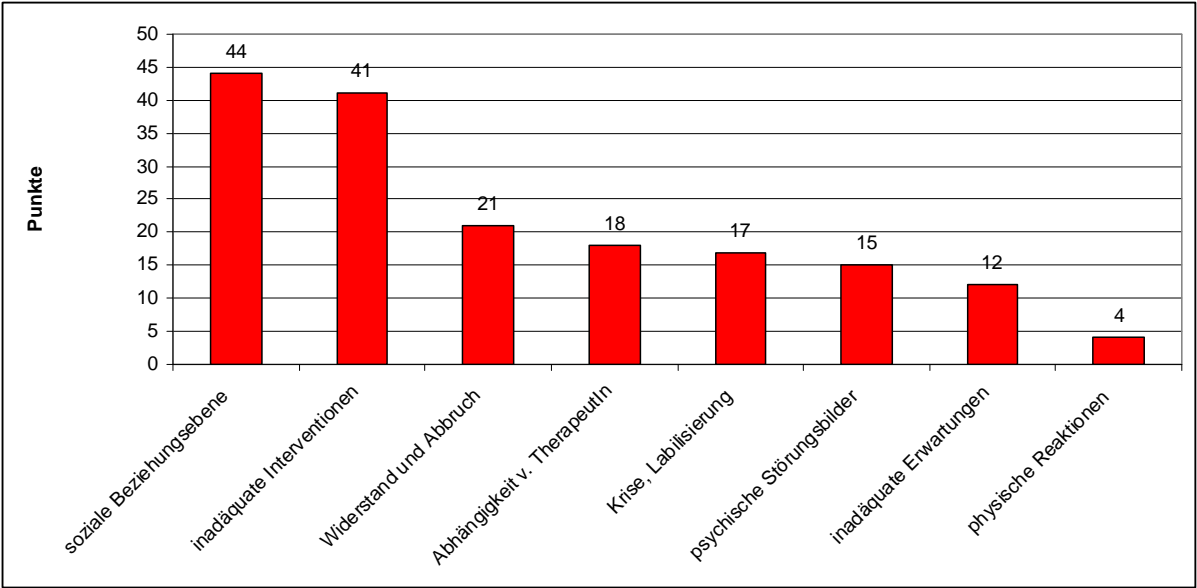
Abb. 3.16: Nebenwirkungen und Risiken bei erfolgreicher Therapie



Weiters wurden die TherapeutInnen gefragt, welche Risiken und Nebenwirkungen allgemein als typische Effekte ihrer Therapierichtung gezählt werden können. Wieder konnten vier Nebenwirkungen genannt werden, die in eine Rangreihe gebracht werden sollten. Pro Nebenwirkungs-Kategorie wurde hier eine gewichtete Summe berechnet mit 4 Punkten für die erst genannte Nebenwirkung, 3 Punkten für die zweit genannte, 2 Punkten für die dritt genannte und 1 Punkt für die letzt genannte Nebenwirkung (vgl. Abb. 3.17).

Interessant ist, dass hier die Verteilung etwas anders aussah als bei der Frage nach den unerwünschten Nebenwirkungen in erfolgreich verlaufenden Therapien (siehe oben): An erster Stelle standen nun gehäuft auftretende Probleme im sozialen Umfeld und auf der Beziehungsebene (44 Punkte), dicht gefolgt von der Gefahr inadäquater Interventionen der TherapeutIn (41 Punkte), die oben gar nicht vorkam. 21 Punkte erhielt Widerstand, Abbruch und vorzeitiges Therapieende, 18 Punkte an eine sich entwickelnde Abhängigkeit von der TherapeutIn, und nur 15 Punkte an das Auftreten von psychischen Störungsbildern. Relativ selten wurden inadäquate Erwartungen seitens der PatientInnen zum Problem (12 Punkte) und physische Reaktionen traten laut TherapeutInneneinschätzung fast nie auf (4 Punkte).

Abb. 3.17: Typische Nebenwirkungen und Risiken der eigenen Therapierichtung (IT)



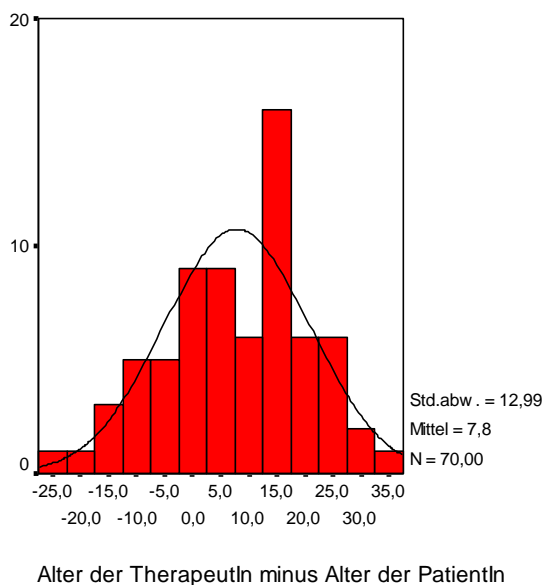
3.3 PatientInnenstichprobe

3.3.1 Soziodemographische Daten

Insgesamt nahmen an der Studie 104 PatientInnen teil, davon waren 77 Frauen (74 %) und 27 Männer (26 %). Der Altersdurchschnitt betrug 39,5 Jahre (SD = 11,5), wobei der/die jüngste PatientIn 18 Jahre, und der/die älteste PatientIn 70 Jahre alt war. 89,1 % waren gesetzlich versichert, 19,8 % waren zusätzlich privat versichert. 8,9 % gaben an, die Kosten für die Therapie vollständig selbst zu tragen und lediglich 2% waren ausschließlich privat versichert. Die Mehrheit der PatientInnen gab an, katholisch (81,7 %) zu sein, 8,7 % evangelisch und 2,9 % zählten sich als Mitglied einer anderen religiösen Gemeinschaft. Nur 6,7 % waren ohne Konfession. 51 % der KlientInnen waren verheiratet und 31,7 % ledig. 15,4 % gaben an, geschieden zu sein, zwei Personen waren verwitwet (1,9 %). 75 % lebten mit einem/einer PartnerIn zusammen, 13 % lebten mit dem/der PartnerIn nicht zusammen und 12 % waren ohne feste Partnerschaft.

Der **Altersunterschied** zwischen TherapeutIn und KlientIn variierte stark (vgl. Abb. 3.18). Er reichte von 23 Jahre jüngeren bis zu 35 Jahre älteren TherapeutInnen mit einem Durchschnittswert von 7,8 Jahre älteren TherapeutInnen (SD = 12,99).

Abb. 3.18: Altersunterschied zwischen TherapeutInnen und PatientInnen



Betrachtet man die Geschlechterverteilung der PatientInnen-TherapeutInnen-Paare, so war die Kombination männlicher Therapeut mit weiblicher Patientin am häufigsten mit 42,3 %.

Bei 31,7 % der Paare waren Patientin und Therapeutin weiblich, bei nur 3,8 % waren beide männlich. Bei 22,1 % waren der Klient männlich und die Therapeutin weiblich (vgl. Tab. 3.1).

Tab. 3.1: Geschlechtsunterschied zwischen TherapeutInnen und PatientInnen

			Geschlecht PatientIn		Gesamt
			maennlich	weiblich	
Geschlecht TherapeutIn	männlich	Anzahl	4	44	48
		% der Gesamtzahl	3,8%	42,3%	46,2%
	weiblich	Anzahl	23	33	56
		% der Gesamtzahl	22,1%	31,7%	53,8%
Gesamt		Anzahl	27	77	104
		% der Gesamtzahl	26,0%	74,0%	100,0%

3.3.2 Therapiebezogene Information

Die **Vermittlung** zur Therapie erfolgte in 38,5 % der Fälle über die Arztpraxis oder Klinik und 34,6 % kamen aus eigener Initiative zur Therapie. 15,4 % kamen nach Empfehlung durch Familie und Verwandte zur Therapie und 12,5 % beschlossen auf Anraten von Freunden und Bekannten, Psychotherapie zu nutzen. Bei jeweils einer PatientIn erfolgte die Vermittlung durch Krankenkasse/Versicherung bzw. durch Beratungsstelle/sozialen Dienst (vgl. Abb. 3.19). Die meisten begründeten ihre **Entscheidung** für die jeweilige TherapeutIn mit persönlichen Empfehlungen (78,6 %). Für 12,5 % war die räumliche Nähe ausschlaggebend und 10,6 % entschieden sich aufgrund des Geschlechts für ihre TherapeutIn. Ebenfalls 10,6 % berücksichtigten bei ihrer Entscheidung die therapeutische Richtung und 5,8 % gaben an, dass es für die TherapeutInnenwahl keine besonderen Gründe gegeben hatte (vgl. Abb. 3.20). Mehrfachantworten waren möglich.

Abb. 3.19: Vermittlung zur TherapeutIn

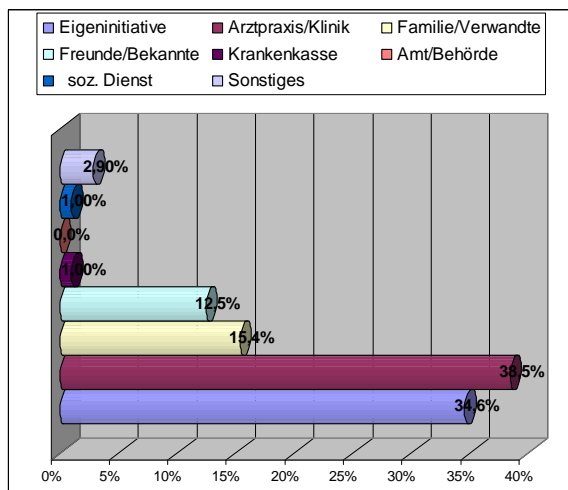
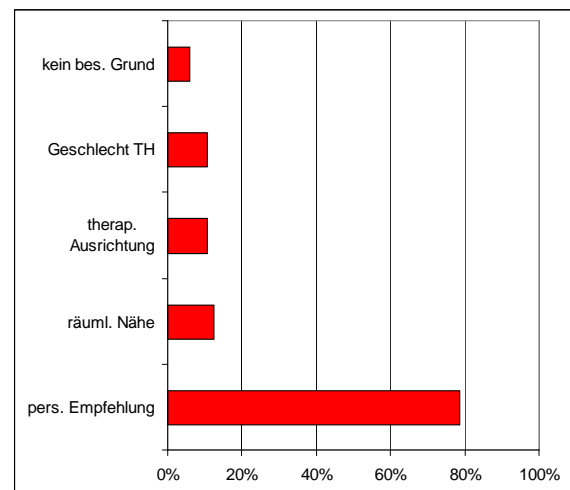


Abb. 3.20: Wahl der TherapeutIn



36,5 % der PatientInnen haben bereits vor der Studie Psychotherapie gemacht. Die vorhergehende Therapie lag bis zu 20 Jahre zurück und dauerte damals zwischen 1 Monat und 2 Jahren (MW = 7,6 Monate; SD = 6,91) mit bis zu höchstens 60 Sitzungen.

71,6 % der PatientInnen waren zum Zeitpunkt der Befragung oder kurz davor in ärztlicher Behandlung wegen körperlicher Beschwerden, wobei es sich bei 46,5 % der Befragten um ein chronisches Leiden und bei 43,7 % um akute Beschwerden handelte. Etwas weniger als die Hälfte (44 %) der PatientInnen gaben zum Zeitpunkt der ersten Befragung an, mehr oder weniger ständig ärztlich verordnete **Medikamente** einzunehmen, welche die Stimmung und/oder Befindlichkeit beeinflussen. 10,6 % der PatientInnen nahmen sogar mindestens drei verschiedene Medikamente ein. Bei rund 55 % der genannten Psychopharmaka handelte es sich um Antidepressiver, bei 12 % um Tranquilizer und bei 9 % um Antiepileptika. Antialkoholika und Neuroleptika wurden jeweils nur 4 Mal genannt (6%), Hypnotika insgesamt 5 mal (7,5 %). Dabei ist jedoch zu erwähnen, dass einerseits einige PatientInnen, die angaben, Psychopharmaka zu nehmen, nicht angaben, welche das waren. Andererseits ließ der Fragebogen lediglich genug Platz, 3 Medikamente zu nennen. Es könnte also durchaus sein, dass einige Personen zum Zeitpunkt der Eingangserhebung mehr Medikamente einnahmen, die in die Auswertung nicht miteinbezogen werden konnten. 53,7% der Befragten gaben an, nur selten oder nie **Alkohol** zu trinken, 12,6 % gaben an, dies 1 bis 3 mal im Monat zu tun, und sogar 23,2 % gaben an, 1-3 mal pro Woche Alkohol zu trinken. 10,5 % konsumierten öfters bis täglich alkoholische Getränke.

Die Frage nach dem Konsum von **Drogen/Aufputschmitteln** bzw. **Beruhigungs-/Schlafmitteln** konnte aufgrund der vielen fehlenden Werte nicht adäquat ausgewertet werden. Fast ein Drittel (29,8 %) der Befragten gab keinerlei Informationen zur Einnahme von Drogen/Aufpuschmitteln, 66,3 % gaben an, solche Substanzen nie einzunehmen. Jeweils eine/r antwortete mit „selten“, „1 bis 3 mal im Monat“, „1 bis 3 mal pro Woche“, bzw. mit „öfters bis täglich“. Bei der Frage nach dem Konsum von Beruhigungs- bzw. Schlafmitteln gaben 45,2 % an, solche Substanzen nie einzunehmen, 9,6 % antworteten mit „selten“, 3,8 % mit „1 bis 3 mal im Monat“, 6,7 % mit „1 bis 3 mal pro Woche“. 11,5 % nahmen zum Befragungszeitpunkt nach eigenen Angaben öfters bis täglich Beruhigungs- und/oder Schlafmittel ein. Allerdings machten auch hier 23,1 % keinerlei Angaben.

3.3.3 Einstellung zur Therapie

Für insgesamt 73,8 % der Befragten waren **religiöse Aspekte** in der Therapie belanglos bzw. nicht so wichtig, 26,2 % allerdings wollten auch Religion in die Therapie unbedingt mit einbeziehen. Im Alltag war Religion für 37,9 % wichtig, für ebenfalls 37,9 % nicht so wichtig

und für 24,2 % belanglos. Dagegen war **politisches Bewusstsein** und ökologisches Engagement im Alltag für die meisten Befragten (60,6 %) wichtig, für 32,7 % nicht so wichtig und für nur 6,7 % belanglos. Bezogen auf die Therapie sieht die Verteilung etwas ausgeglichener aus (34 %: wichtig; 45 %: nicht so wichtig; 21 %: belanglos).

Fast jede/r Zweite (44 %) war der Meinung, dass er/sie nicht mehr als 20 Therapiestunden benötigen wird, nur 12,5 % glaubten, dass die Therapie länger brauchen wird und 43,5 % meinten, die Frage nicht beantworten zu können.

Was die subjektive Meinung darüber angeht, ob die Therapie den aktuellen Gefühlszustand verbessern könne, so zeigten sich die meisten PatientInnen sehr optimistisch (MW = 81,2 %; SD = 17,6) und alle Befragten empfanden ihre TherapeutIn als zumindest eher sympathisch (MW = 92,3 %; SD = 11,3).

3.3.4 Psychische und körperliche Beschwerden

Die PatientInnen sollten auch Informationen dazu geben, welche Vorstellungen sie über die **Natur ihrer Beschwerden** haben (vgl. Abb. 3.21). Die meisten PatientInnen waren der Meinung, dass ihre Beschwerden eher psychisch (69,7 %) als körperlich (8,6 %) bedingt sind und dass diese Beschwerden eher durch Fremdverschulden (36,6 %) als durch eigenes Verschulden (16,3 %) zustande gekommen sind. Außerdem wurden die Beschwerden von 58,6 % der Befragten als schwerwiegend erlebt und von nur 11,5 % als geringfügig. Relativ ausgeglichen waren die Vorstellungen darüber, ob die Beschwerden eher auf innere (33,6 %) oder äußere (21,2 %) Bedingungen bzw. eher auf vergangene (28,9 %) oder aktuelle (25 %) Ereignisse zurückzuführen waren und ob diese Beschwerden eher auf die Abwesenheit von Hilfe und Schutz bedingt waren (24 %), oder trotz Hilfe bestanden (19,2 %).

Was die **körperliche Befindlichkeit** angeht, so litt ein Großteil der PatientInnen an Verspannungen (MW = 65 %; SD = 31,7) und Erschöpfungszuständen (MW = 59,2 %; SD = 28,9) (vgl. Abb. 3.2.6). Wesentlich weniger hatten Probleme mit der eigenen Körperakzeptanz (MW = 44,8 %; SD = 35) und noch weniger mit dem Spüren des eigenen Körpers (MW = 27,3%; SD = 30,6). Die meisten machten zwar gerne Bewegung (MW = 65,9 %; SD = 27), bei der Frage nach sportlicher Aktivität erreichten die Befragten allerdings einen Mittelwert von nur MW = 42 % (SD = 30,1) (vgl. Abb. 3.22)

Abb. 3.21: Natur der Beschwerden

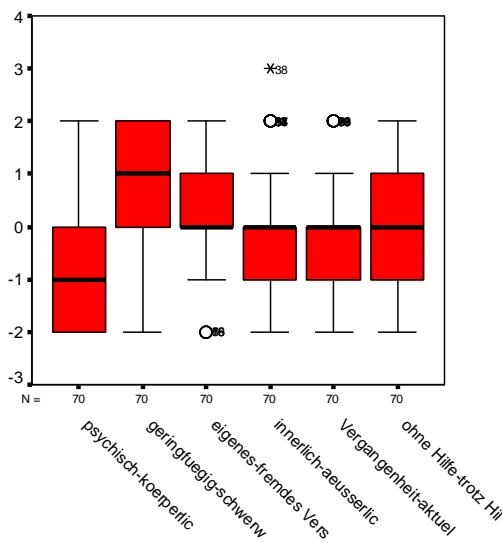
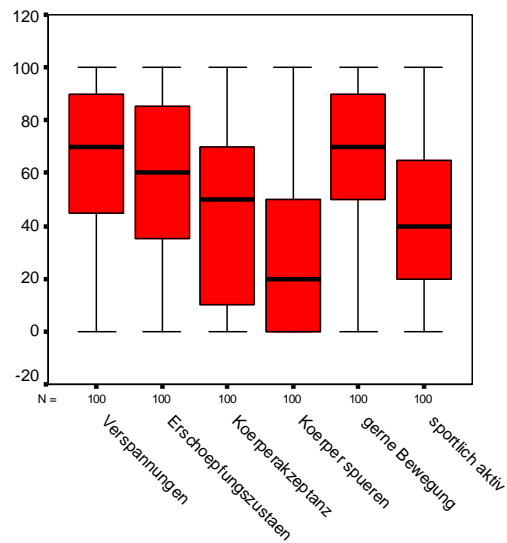


Abb. 3.22: Körperliche Befindlichkeit

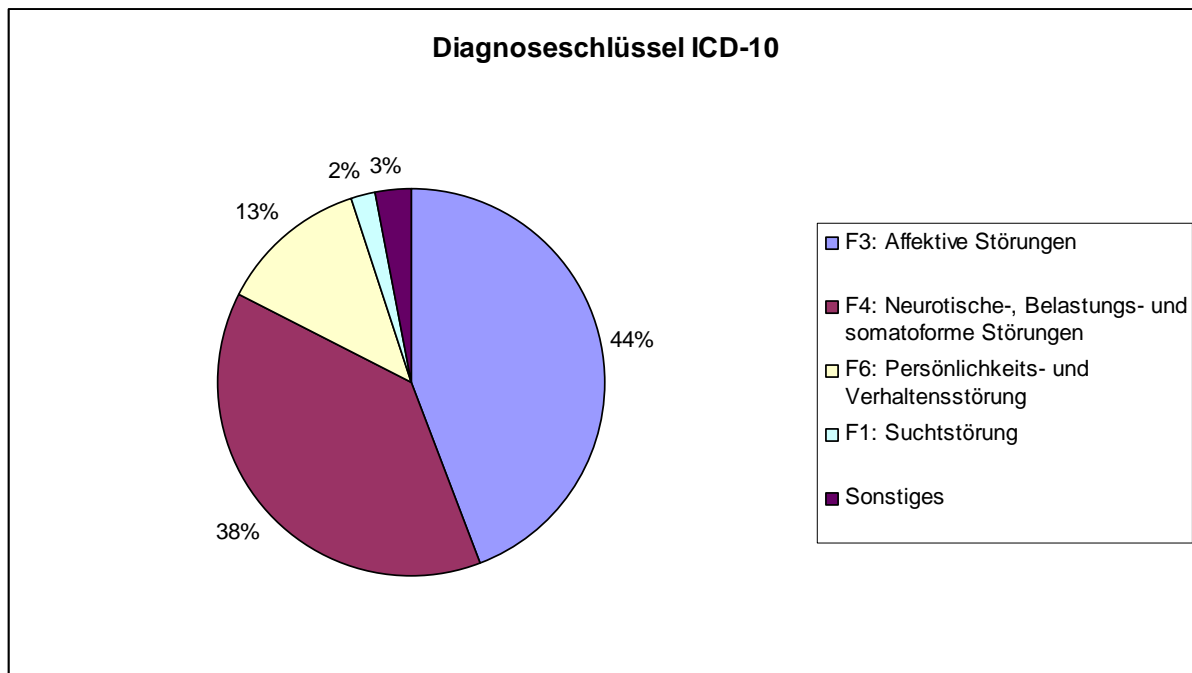


Bei der Aufforderung, ihr derzeitiges allgemeines **Wohlbefinden** in Prozentwerten anzugeben, erreichten die PatientInnen einen durchschnittlichen Wert von MW = 39,1 % (SD = 23,7), wobei ca. ein Drittel unter 21 % lag (30,7 %) und über drei Viertel unter 51 % des möglichen Wohlbefindens lagen (78,2 %). Die Einschätzung der erlebten Hilflosigkeit ergab einen Durchschnittswert von 41,6 % (SD = 27), fast drei Viertel der PatientInnen erlebten sich selbst als eher hilflos.

Bezüglich der allgemeinen **Zufriedenheit**, die anhand von prozentualer Zustimmung zu verschiedenen Statements gemessen wurde, bewegten sich die meisten PatientInnen im mittleren Bereich. Das am niedrigsten bewertete Item stellt das Statement „Ich fühle mich souverän und selbstbewusst“ dar (MW = 38,6 %; SD = 31). Auch zeigte der Großteil der PatientInnen eine eher geringe aktuelle Lebenszufriedenheit (MW = 38,3 %; SD = 31,5), eine unzureichende Zufriedenheit mit dem Beruf (MW = 43,9 %; SD = 33,8), eine niedrige Körperzufriedenheit (MW: 43,9 %; SD = 29,9) und wenig Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität (MW = 43 %; SD = 34,5). Mit der Wohnsituation (MW = 70 %; SD = 33,4) und sozialen Beziehungen (MW = 58 %; SD = 31,1), bzw. dem Kontakt zu anderen Menschen (MW = 62,5 %; SD = 28,9) sind die PatientInnen dagegen relativ zufrieden.

44,1 % der PatientInnen litten laut **Hauptdiagnose** der TherapeutInnen an einer affektiven Störung (ICD 10: F3), 38,3 % an einer neurotischen-, Belastungs- und/oder somatoformen Störung (ICD 10: F4), 12,7 % an einer Persönlichkeits- und/oder Verhaltensstörung (ICD 10: F6). Nur insgesamt 2 PatientInnen befanden sich aufgrund einer Suchtstörung (ICD 10: F1) in psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Abb. 3.23).

Abb. 3.23 : Hauptdiagnosen aus TherapeutInnensicht



3.3.5 PatientInnenstichprobe der Abschlusserhebung und Katamnese

Von eingangs 104 PatientInnen, die an der Studie teilnahmen, reduzierte sich die Zahl bis zur Abschlusserhebung auf 70 Personen (Rücklaufquote: 73 %). An der Katamnese 6 Monate nach Ende der Therapie beteiligten sich nur noch 55 Personen, was 57 % der ursprünglichen Teilnehmerzahl entspricht. Die 70 PatientInnen, die für die Abschlusserhebung gewonnen werden konnten, haben durchschnittlich 21,6 Therapiesitzungen in Anspruch genommen (SD = 15,6; Range: 4 - 86).

Das durchschnittliche **Alter** der PatientInnen betrug zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung 41,6 Jahre, zum Zeitpunkt der Katamnese 41,9 Jahre. Die Spanne reichte bei der Abschlusserhebung von 18 Jahren bis zu 70 Jahren, bei der Katamnese von 23 bis 70 Jahren. Der Altersunterschied zwischen KlientIn und TherapeutIn reichte in der Abschlusserhebung von 23 Jahre jüngeren bis 35 Jahre älteren TherapeutInnen. Die TherapeutInnen sind somit im Schnitt um 4,8 Jahre älter als ihre KlientInnen (SD = 12,8). Zum Zeitpunkt der Katamnese sind die TherapeutInnen durchschnittlich 5,1 Jahre älter (SD = 12,1). Diese Ergebnisse unterscheiden sich etwas von der Eingangserhebung, wo die TherapeutInnen durchschnittlich 7,8 Jahre älter waren als deren PatientInnen.

Bei der **Geschlechterverteilung** der PatientInnen-TherapeutInnen-Paare hat sich über die drei Testzeitpunkte fast nichts verändert. In der Abschlusserhebung war wieder die Kombination weibliche Therapeutin / männlicher Patient am häufigsten mit 38,8 %. Bei 32,8 % der Paare sind PatientIn und TherapeutIn männlich, bei nur 3 % sind beide weiblich. Bei

25,4 % ist die Patientin weiblich und der Therapeut männlich. Sehr ähnlich sieht dieses Verteilungsbild auch bei der Katamnese aus.

Personen, die bei der Studie zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung noch mitmachten, waren zu 87 % gesetzlich versichert, 18,8 % gaben an, zusätzlich noch privat versichert zu sein und nur 10,1 % zahlten selbst. Diese Verteilung entspricht der Verteilung der Eingangserhebung (und auch der der Katamnese).

77,1 % der TeilnehmerInnen der Abschlusserhebung waren römisch-katholisch, nur 10 % evangelisch, 4,3% gehörten einer anderen religiösen Gemeinschaft an und 8,6 % waren ohne Bekenntnis. Ähnliches gilt für die Katamnese.

Die TeilnehmerInnen der Abschlusserhebung waren zum Zeitpunkt der Eingangserhebung zu 57,1 % verheiratet, zu 17,1 % geschieden, zu 24,3 % ledig und eine/r war verwitwet. 80,6 % gaben zum Zeitpunkt der Eingangserhebung an, mit einem/r PartnerIn zusammenzuleben, 9 % gaben an, keine/n feste/n PartnerIn zu haben. Die Verteilung sah diesbezüglich bei den Katamnese-TeilnehmerInnen ähnlich aus.

Genau dieselben Personen waren zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung nur noch zu 55,1 % verheiratet. 27,5 % geben nun an, ledig zu sein und 15,9 % sind nun nach eigenen Angaben geschieden. (Es macht den Anschein, als würden sich Personen, die sich während der Therapie von ihrem Ehepartner lösten, sich im Nachhinein eher mit „ledig“ beschreiben, als mit „geschieden“.) Dementsprechend gaben zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung nur noch 75 % der Personen an, mit einem/r PartnerIn zusammenzuleben während 15 % keine/n feste/n PartnerIn hatten.

Die **Therapieerfahrung** dürfte keinen Einfluss auf einen frühzeitigen Abbruch der Therapie haben. 38,6 % der TeilnehmerInnen der Abschlusserhebung nahmen schon zu einem früheren Zeitpunkt Psychotherapie in Anspruch, was ungefähr dem Prozentsatz der Eingangserhebung entspricht (36,8 %).

Zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung befanden sich 38,2 % der PatientInnen in **ärztlicher Behandlung**. In der Eingangserhebung waren es noch 71,6 %. Über die Art der Beschwerden (chronischer oder akuter Natur) gaben 60 % der PatientInnen keine Auskunft mehr. Nur noch 34,3 % gaben an, regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente einzunehmen, die deren Stimmung bzw. deren Befindlichkeit beeinflussen. Diese „Verbesserungen“ im Vergleich zu den Daten der Eingangserhebung blieben bis zur Katamnese unverändert.

45,7 % der Abschlusserhebungs-TeilnehmerInnen wurden von der Arztpraxis/Klinik zur Therapie vermittelt, 31,4 % kamen aus Eigeninitiative. Die Vermittlung erfolgte weiters in 12,9 % der Fälle über die Familie/Verwandtschaft und zu 10 % der Fälle über Freunde und Bekannte. Jeweils eine Person gab an, von Krankenkasse/Versicherung bzw. Beratungsstelle/soz. Dienst vermittelt worden zu sein. Damit ist – nach Vergleich mit den PatientInnen der Eingangserhebung – die Tendenz zu erkennen, dass PatientInnen, die über einen Arzt oder eine Klinik zur Therapie vermittelt wurden, diese auch bis zum Ende durchhielten.

Bei der Frage, warum sich die sich die Befragten gerade für *diese/n* Therapeutin/en entschieden haben, blieb das Antwortmuster über Abschlusserhebung und Katamnese hinweg weitgehend unverändert. Wieder gaben fast 80 % der Befragten an, ihre Wahl aufgrund persönlicher Empfehlungen getroffen zu haben. Weniger als jeder Zehnte bezog als Faktor für seine Entscheidung auch die jeweilige therapeutische Richtung mit ein.

4 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie Leitner et al. 2009 analog zur Beschreibung der Erhebungsinstrumente vorgestellt.

Diese Ergebnisse ermöglichen die Überprüfung der Effektivität Integrativer Therapie und bilden damit die Grundlage der Evaluation des Therapieerfolges. Als Indikatoren für die Effektivität und damit für den Erfolg Integrativer Therapie werden neben der subjektiven Einschätzung des Therapieerfolges von Seiten der PatientInnen, TherapeutInnen und der Angehörigen der PatientInnen (Kapitel 4.1) hauptsächlich objektive Kriterien in Form von sich über die drei Messzeitpunkte (Eingangserhebung, Abschlusserhebung, Katamnese) hinweg verändernden Testergebnissen verwendet. In Kapitel 4.2 werden die mit Hilfe der Symptomcheckliste SCL-90-R indirekt ermittelten Veränderungen in der Symptomatik dargestellt, gefolgt von den im Laufe der Therapie erzielten Veränderungen im interpersonalen Verhalten, indirekt gemessen anhand des IIP-C (Kapitel 4.3). Danach folgt in Kapitel 4.4 die Darstellung der Veränderungen der Depressionswerte, indirekt ermittelt über die Langform der Allgemeinen Depressionsskala ADS-L. Sich verändernde Angstwerte wurden in Kapitel 4.5 dargestellt, indirekt ermittelt anhand des State-Trait-Angstinventars STAI-G. Anschließend werden die Veränderungen bezüglich der mehrperspektivischen Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der PatientInnen dargestellt, die mittels EAL erhoben wurden (Kapitel 4.6). Anschließend werden in Kapitel 4.7 die Veränderungen des körperlichen Befindens der PatientInnen über die drei Testzeitpunkte hinweg dargestellt. In Kapitel 4.8 finden sich die Ergebnisse zu den Veränderungen in den sozialen Netzwerken der PatientInnen über den Zeitraum der Therapie hinweg und Kapitel 4.9 beschäftigt sich kurz mit den Ergebnissen der Stundenbögen. Abschließend werden in Kapitel 4.10 die Psychotherapiegruppe und die Medikamenten-Vergleichgruppe verglichen.

4.1 Subjektive Einschätzung des Therapieerfolges

Am Ende der Therapie sollten die PatientInnen, die TherapeutInnen und jeweils eine Angehörige der PatientInnen subjektive Einschätzungen über den Erfolg der absolvierten Therapie abgeben. Alle drei Personengruppen wurden im Rahmen der Abschlusserhebung (1) im Therapiebeurteilungs-Bogen, (2) im PatientInnen-Fragebogen und (3) im Angehörigen-Fragebogen direkt nach der Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg, dem Therapieverlauf und der therapeutischen Arbeitsbeziehung befragt. Die Resultate werden im Folgenden zuerst aus der Sicht der PatientInnen und danach aus den anderen beiden Perspektiven (TherapeutIn, Angehörige) dargestellt und miteinander verglichen. Zusätzlich wurden die Ergebnisse mit den Ergebnissen der EAG-Untersuchung (Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000; Steffan 2002) verglichen.

4.1.1 Einschätzung der PatientInnen

Auf einer Prozent-Skala von 0 % (*nicht zufrieden*) bis 100 % (*sehr zufrieden*) schätzten die PatientInnen am Ende der Therapie ihre persönliche Zufriedenheit mit

- dem Ergebnis der Behandlung,
- dem Verlauf der Behandlung,
- dem/der TherapeutIn und
- der Wertschätzung, die sie von ihrem/r TherapeutIn erhalten hatten,

ein.

Die Wertschätzung, welche die PatientInnen von ihrem/r TherapeutIn erhalten hatten erzielte den höchsten durchschnittlichen Wert von MW = 94,3 % (SD = 10,6) wobei keine/r der TeilnehmerInnen weniger als 50 % Zufriedenheit angab und 67 der 70 Personen, die an der Abschlusserhebung teilnahmen, mindestens 80%ige Zufriedenheit zeigten. 47 Personen waren sogar vollkommen zufrieden (100 %) mit der erhaltenen Wertschätzung. (vgl. Abb. 4.1) Dementsprechend waren die PatientInnen auch mit ihrem/r TherapeutIn an sich mehr als zufrieden. Die Frage nach der Zufriedenheit mit dem/r TherapeutIn erhielt einen durchschnittlichen Zufriedenheitswert von MW = 92,6 % (SD = 11,8). Auch hier gab es keine/n der weniger als 50 % zufrieden war. 43 der 70 Personen gaben 100%ige Zufriedenheit an. (vgl. Abb. 4.2)

Abb. 4.1: Zufriedenheit mit der Wertschätzung Ihrer TherapeutIn (Abschlusserhebung)

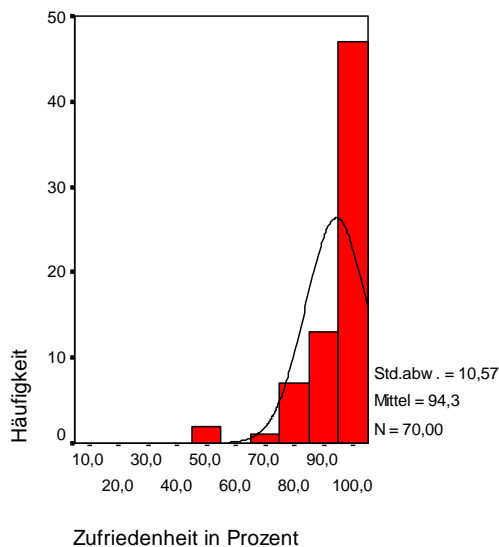
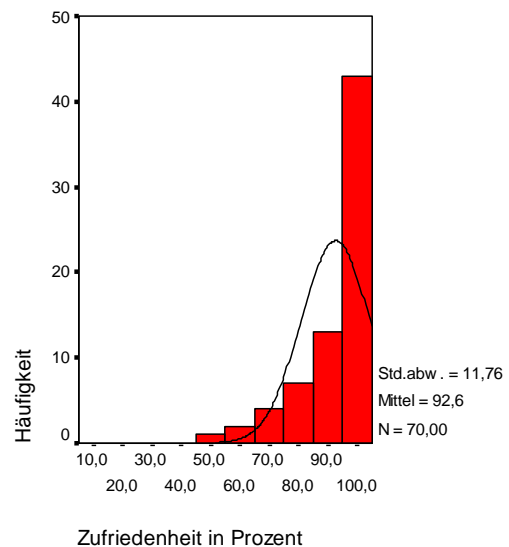


Abb. 4.2: Zufriedenheit mit Ihrer Therapeutin (Abschlusserhebung)



Etwas niedriger war der durchschnittliche Zufriedenheitswert, was den Verlauf der Behandlung anging (MW = 84,9; SD = 15,7) (vgl. Abb. 4.3). Allerdings vergab nur eine einzige TeilnehmerIn weniger als 50 Prozentpunkte (nämlich 40 %) und 56 der 70 Personen

waren zu 80 % oder mehr mit dem Verlauf der Therapie zufrieden. Ähnliches gilt für die Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie (MW = 83,7; SD = 18) (vgl. Abb. 4.4).

Abb. 4.3: Zufriedenheit mit dem Verlauf der Behandlung (Abschlussserhebung)

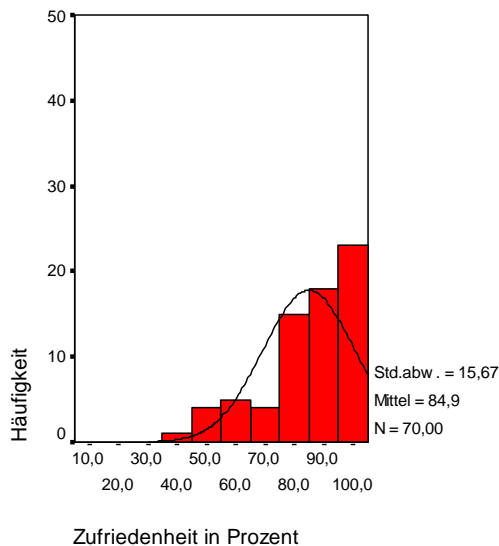
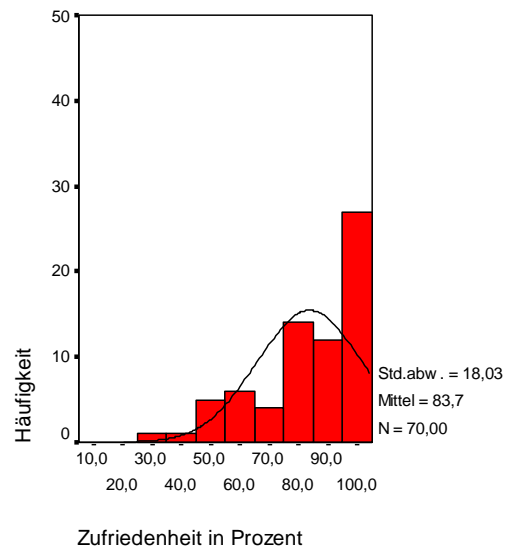


Abb. 4.4: Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Behandlung (Abschlussserhebung)



Die PatientInnen unterschieden also zwischen den Fragen nach der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf bzw. –ergebnis und der Zufriedenheit mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung (Zufriedenheit mit TherapeutIn und ihrer Wertschätzung), wobei sie die Aspekte der Arbeitsbeziehung tendenziell besser einschätzten. Es fiel ihnen offenbar leichter, die zwischenmenschliche Ebene zu bewerten als etwas viel Abstrakteres wie das Ergebnis und den Verlauf einer Therapie, welcher vom selektiven Gedächtnis beeinflusst wird und für dessen Bewertung eher eine exzentrische Position notwendig ist. Die hier festgestellten Bewertungsunterschiede stellen außerdem in dieser Art ein typisches Ergebnis der Psychotherapieforschung dar, die in den letzten Jahren vermehrt darauf hinweist, dass die Bewertungen der Beziehungsqualitäten höher ausfallen und nur geringfügig mit der Ergebnisbewertung korrelieren (z. B. Hargreaves, Shumway, Hu & Cuffels 1998, Lambert, Salzer & Bickman 1998, Hill & Lambert 2004, Lambert et al. 2005).

Auch in der EAG-Evaluationsstudie zur Integrativen Therapie finden sich ähnliche Ergebnismuster. Auch hier wurde die Zufriedenheit mit den Aspekten der Arbeitsbeziehung tendenziell höher eingeschätzt als die Zufriedenheit mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Therapie. Allerdings fällt auf, dass bei der EAG-Untersuchung alle Items im Mittel etwas niedriger bewertet wurden (vgl. Tab. 4.1).

Tab. 4.1: Zufriedenheit nach Therapieende – Vergleich mit den Ergebnissen der EAG-Untersuchung (2000)

Wie zufrieden waren Sie mit ...	Aktuelle Studie		Vergleichsstudie	
	MW	SD	MW	SD
der Wertschätzung, die Sie von Ihrer/Ihrem Therapeutin/Therapeuten erfahren haben	94,3	10,57	91,6	13,3
Ihrem/Ihrer Therapeuten/Therapeutin	92,6	11,76	89,1	15,6
dem Verlauf der Behandlung	84,9	15,67	80,9	18,4
dem Ergebnis der Behandlung	83,7	18,03	80,4	21,0

4.1.2 Mehrperspektivität in der Einschätzung des Therapieerfolges

Die **TherapeutInnen** wurden nach Abschluss der Therapie danach gefragt, ob sich die Probleme, die die Therapieinanspruchnahme begründen,

- seit Therapiebeginn gebessert hatten,
- seit Therapiebeginn unverändert geblieben waren,
- seit Therapiebeginn verschlechtert hatten, oder
- ob nun andere Probleme im Vordergrund standen.

Dabei gaben 95,6 % der TherapeutInnen an, dass sich die Probleme ihrer PatientInnen im Verlauf der Therapie gebessert hätten, nur bei zwei Personen seien die Probleme unverändert geblieben und bei einer weiteren hatten sie sich verschlechtert. In keinem einzigen Fall standen am Ende der Therapie andere Probleme im Vordergrund. Allerdings muss einschränkend angemerkt werden, dass eine Selbstevaluation der eigenen therapeutischen Leistungen wahrscheinlich tendenziell positiv gefärbt ist. Andererseits können diese Einschätzungen aber auch einer zu selbstkritischen Haltung zum Opfer fallen, wenn später die Angaben mit denen der Patienten verglichen werden. In Untersuchungen, in denen im Therapieverlauf direkte Rückmeldungen erfolgten, zeigt sich jedoch, dass tatsächlich eine Tendenz zur Ausblendung problematischer Aspekte des Prozesses und des Ergebnisses eher zu erwarten sind (Lambert et al. 2005).

Die Zufriedenheit der TherapeutInnen mit dem Behandlungsverlauf und -ergebnis wurde mit Hilfe der in Abb. 8 angeführten Items auf einer Prozent-Ratingskala von 0 % bis 100 % geschätzt. Für den Verlauf betrug die mittlere Zufriedenheit 74,6 % (SD = 21,1) und für das Ergebnis 81,3 % (SD = 20,4). Die Einschätzungen der TherapeutInnen schwanken – ganz im Gegensatz zur oben behandelten Frage nach den Problemen – zwischen 10 % und 100 %. Dies kann jedoch an der unterschiedlichen Konstruktion der Fragen und Antwortkategorien liegen (ja/nein vs. Prozent-Ratingskala).

39,7 % der TherapeutInnen waren zumindest zu 90 % mit dem Verlauf der Therapie zufrieden, und 42,7 % waren zu 70 % oder zu 80 % zufrieden (vgl. Abb. 4.5).

Der mittlere Erfolg der therapeutischen Behandlung wurde noch höher bewertet. 50,7 % aller TherapeutInnen waren mit mindestens 90 % sicher, dass die Behandlung ihrer PatientIn geholfen hat. Weitere 34,7 % waren sich zumindest zwischen 70 % und 80 % sicher (vgl. Abb. 4.6). Insgesamt kann man also sagen, dass auch die TherapeutInnen mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Therapie im Allgemeinen durchaus zufrieden waren.

Abb. 4.5: Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf - TherapeutInnensicht

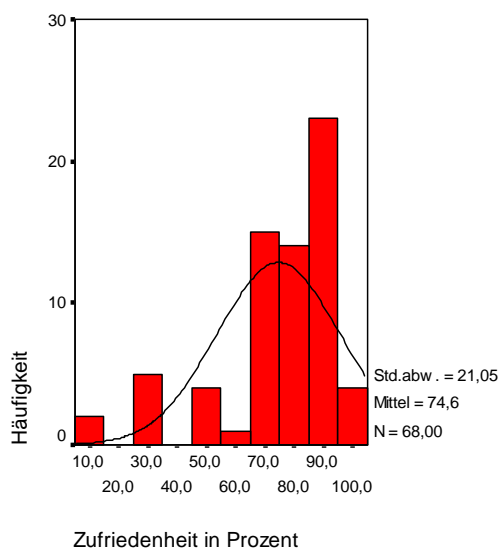
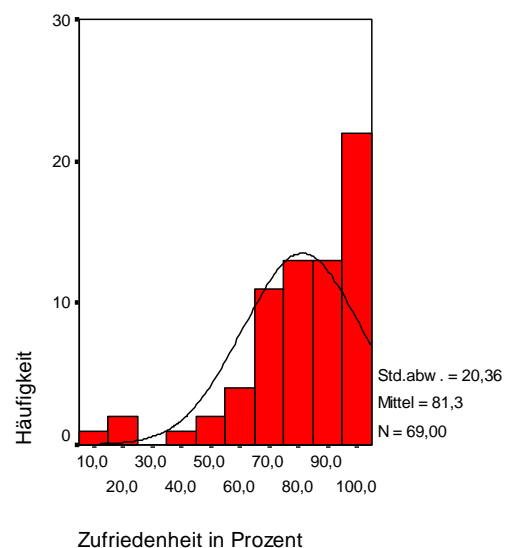


Abb. 4.6: Erfolg der Behandlung - TherapeutInnensicht



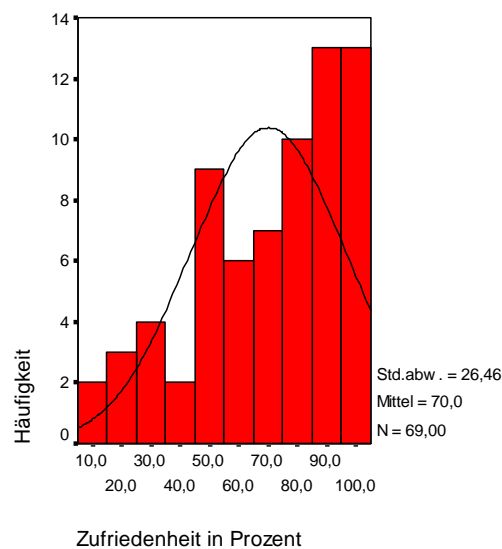
Was die TherapeutInneneinschätzung bezüglich des Therapieerfolges angeht, so ließen sich in der Vergleichsstudie der EAG (2000) ganz ähnliche Muster nachweisen. (vgl. Tab. 4.2) Auch hier war die Zufriedenheit der TherapeutInnen mit dem Therapieverlauf (MW = 75,1; SD = 21,6) etwas niedriger als mit dem Therapieergebnis (MW = 83,2; SD = 19,8). Allgemein war die Zufriedenheit auch hier als hoch zu bewerten.

Tab. 4.2: Zufriedenheit der TherapeutInnen mit dem Behandlungsergebnis - Vergleich mit den Ergebnissen der EAG-Untersuchung (2002)

	Aktuelle Studie		Vergleichsstudie	
	MW	SD	MW	SD
sehr sind Sie mit dem Therapieverlauf zufrieden	74,6	21,1	75,1	21,6
n sicher, dass die Behandlung ihm/ihr geholfen hat	81,3	20,4	83,2	19,8

Das Ergebnis der Behandlung wurde nach Therapieabschluss auch von **Angehörigen** der PatientInnen eingeschätzt. Die Angehörigen schätzten das Behandlungsergebnis auf der bekannten Prozent-Skala von 0 % bis 100 % ein. Es antworteten 69 Angehörige. Mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 70,0 (SD = 26,5) wurde von dieser Seite ein positiver Behandlungserfolg bestätigt. Mehr als ein Drittel der Angehörigen (36,6 %) schätzten den Erfolg auf 90 % oder mehr, ein Viertel (24,6 %) auf 70 % oder 80 %. Immerhin 15,9 % der Angehörigen schätzten den Therapieerfolg allerdings als weniger als 50 % zufriedenstellend ein. (vgl. Abb. 4.7)

Abb. 4.7: Erfolg der Behandlung – Angehörigensicht



Dieser Angehörigen-Mittelwert von 70,0 % Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg erschien nicht nur im Vergleich mit den zugehörigen Mittelwerten der TherapeutInnen- und PatientInnenstichprobe niedrig, sondern auch im Vergleich mit den Ergebnissen der EAG-Untersuchung. (vgl. Tab. 4.3) Zwar kam auch die Autoren der EAG-Studie zu dem Schluss, dass die Angehörigen jene Gruppe darstellten, die am wenigsten zufrieden waren mit dem Therapieergebnis, allerdings fiel die Differenz zu den beiden anderen Perspektiven nicht so drastisch aus.

Tab 4.3: Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Behandlungsergebnis - Vergleich mit den Ergebnissen der EAG-Untersuchung (2000)

Item	Aktuelle Studie		Vergleichsstudie	
	MW	SD	MW	SD
Ich bin sicher, dass die Behandlung ihm/ihr geholfen hat	70,0	26,5	77,0	23,8

Um sich eben diese Differenzen genauer anzusehen, wurden t-Tests für gepaarte Stichproben für die jeweiligen Perspektiven – Paare gerechnet: Während sich hier wie erwartet PatientInnen und TherapeutInnen nicht signifikant unterschieden ($p = 0,121$; $N = 65$), unterscheiden sich die Angehörigen sowohl von den PatientInnen ($p < 0,001$; $N = 62$) als auch von den TherapeutInnen ($p < 0,01$; $N = 62$) hoch signifikant.

Im Falle des direkten Paarvergleichs mittels t-Test kamen die Autoren der EAG-Studie diesbezüglich zu ähnlichen Ergebnissen: Auch in dieser Untersuchung unterschieden sich die Ergebniszufriedenheits-Werte der PatientInnen und TherapeutInnen nicht voneinander ($p = 0,555$; $N = 123$), während die Einschätzungen der Angehörigen sowohl von jenen der PatientInnen ($p < 0,01$; $N = 103$) als auch von jenen der TherapeutInnen ($p < 0,01$; $N = 103$) hoch signifikant niedriger waren.

Diese Muster der Mehrperspektivität erklärten sich Petzold et al. so, dass die Wahrnehmung von TherapeutIn und PatientIn im Zuge des Aufbaus einer therapeutischen Beziehung möglicherweise ähnlicher wird, während Angehörige „zentrale Wirkmomente der Therapie“ als Außenstehende nicht direkt miterleben können (Petzold, Hass, Märtens, Steffan, 2000, Steffan 2002).

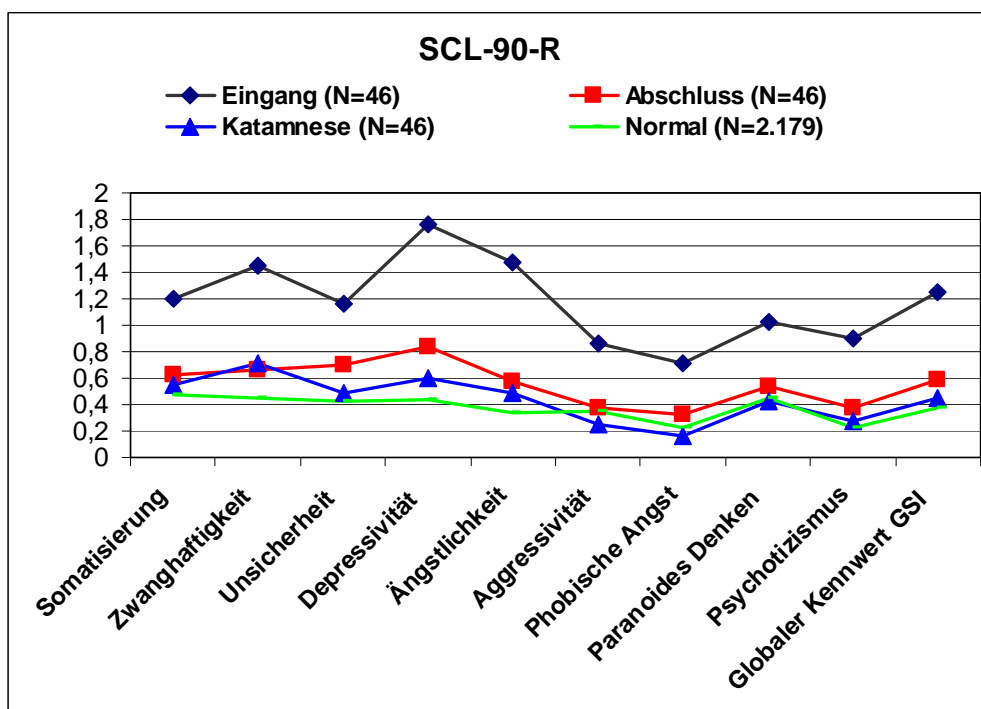
4.2 Entwicklung der Symptombelastung

Zur Bestimmung der Veränderung der Symptomatik wurde ein Vergleich der Gesamtwerte sowie der einzelnen Skalenwerte der Symptomcheckliste (SCL-90-R) zwischen den drei Testzeitpunkten herangezogen. Eine Reduktion der mittleren Skalenwerte bedeutet eine Reduktion der Beeinträchtigung durch psychische Symptome und wird als Indikator für den Erfolg der Therapie gesehen. Zusätzlich wurden Effektstärken für den Vergleich von Eingangs- und Abschlusserhebung berechnet und mit Effektstärken anderer Untersuchungen verglichen.

4.2.1 Prä-Post-Vergleich

Die mittleren Rohwerte der verschiedenen SCL-Skalen und des GSI in der Eingangs-, Abschluss- und katamnestischen Erhebung zeigen, dass die PatientInnen bezüglich ihrer Symptombelastung zum Zeitpunkt der Eingangserhebung in sämtlichen Bereichen deutlich über dem Niveau der Referenzstichprobe liegen. Als Referenzwerte wurden die Skalenmittelwerte einer gesunden deutschsprachigen Normierungsstichprobe in die Grafik eingetragen (N = 2.179 aus Hessel, Schumacher, Geyer & Brähler 2000). Diese Abweichung konnte bis zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung weitgehend ausgeglichen werden siehe Abb. 4.8. Hier wurden nur jene PatientInnen berücksichtigt, die zu allen drei Erhebungszeitpunkten geantwortet haben.

Abb. 4.8: Veränderung der Symptomatik - Leitner et al. 2009



Ein Prä-Post-Vergleich (Eingang-Abschluss) der mittleren Rohwerte mittels Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben ließ auf allen Skalen und auch im Gesamtwert eine deutliche Verbesserung der Symptombelastung zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung erkennen (vgl. Tab. 4.4). Die größten Mittelwertdifferenzen konnten auf den Skalen „Depressivität“, „Ängstlichkeit“ und „Zwanghaftigkeit“ erreicht werden, welche auch jene Skalen darstellen, die bei der Eingangserhebung am deutlichsten erhöht waren.

Tab.4.4: Prä-Post-Mittelwertdifferenzen der SCL-90-R

SCL-90-R	N	M _G	M _{PD}	M _E und M _A	SD _E und SD _A	Z	Asymp. Sign. (2-seitig)
Somatisierung	66	0,48	0,87	1,03/0,57	0,72/0,61	-4,762	0,000
Zwanghaftigkeit	66	0,45	1,47	1,36/0,72	0,78/0,65	-5,563	0,000
Unsicherheit	66	0,42	1,41	1,19/0,74	0,76/0,69	-4,895	0,000
Depressivität	66	0,44	1,79	1,65/0,87	0,87/0,77	-5,431	0,000
Ängstlichkeit	66	0,34	1,47	1,29/0,56	0,85/0,58	-5,577	0,000
Aggressivität	66	0,35	1,10	0,81/0,41	0,70/0,49	-4,479	0,000
Phobische Angst	66	0,22	0,74	0,76/0,37	0,81/0,60	-4,689	0,002
Paranoides Denken	66	0,45	1,16	1,05/0,61	0,75/0,66	-5,086	0,000
Psychotizismus	66	0,22	0,94	0,82/0,38	0,63/0,49	-5,330	0,000
GSI (mit Zusatzskala)	66	0,33	1,26	1,16/0,61	0,62/0,53	-5,928	0,000

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung. Rohwerte der Skalen. N = Anzahl der untersuchten Personen, M_G = gesunde Normierungsstichprobe (N = 2.179 aus Hessel, Schumacher, Geyer, Brähler, 2000), M_{PD} = ambulante PsychiatriepatientInnen (N = 1.002 aus Derogatis 1977), M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Asymp. Sign. = die zweiseitig geprüfte asymptotische Signifikanz

4.2.2 Effektstärken im Vergleich

Für die Veränderungen in den einzelnen SCL-Skalen und des GSI wurden zusätzlich Effektstärken berechnet, um sie untereinander und mit anderen Studien vergleichen zu können siehe Tab 4.5. Als Referenz wurden die EAG-Untersuchung (2000, N = 124) als Vergleichsgruppe betrachtet.

Tab. 4.5: Effektstärken der SCL-90-R im zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung

Dimensionen des SCL-90	Effektstärken (ES)	
	Vorliegende Studie (N = 66)	Vergleichsgruppe (N = 124)
Somatisierung	0,67	0,72
Zwanghaftigkeit	0,89	0,86
Unsicherheit	0,64	0,92
Depressivität	0,95	1,12
Ängstlichkeit	1,00	0,86
Aggressivität	0,67	0,71
Phobische Angst	0,54	0,44
Paranoides Denken	0,63	0,67
Psychotizismus	0,79	0,65
GSI	0,96	1,02

Anmerkung: Effektstärken (ES), N = Anzahl der untersuchten Personen; Vergleichsgruppe: EAG-Untersuchung (2000).

Die Effektstärke der allgemeinen Symptombelastung (GSI) betrug bei der Stichprobe der aktuell untersuchten Stichprobe 0,96. Auch in den einzelnen Skalen gab es keine einzige Effektstärke unter 0,4, also keine kleinen Effekte. Die größten Effektstärken fanden sich bei den Skalen „Ängstlichkeit“ (ES = 1), „Depressivität“ (ES = 0,95) und „Zwanghaftigkeit“ (ES = 0,89).

Sowohl bei der Studie von Leitner et al. (2007) als auch bei der EAG-Studie (2000) erreichen dieselben drei Skalen die höchsten Effektstärken. Dass gerade diese drei Dimensionen eingangs der aktuellen Studie die am stärksten ausgeprägten waren, lässt darauf schließen, dass die Probleme, wegen derer Psychotherapie in Anspruch genommen wurde, hauptsächlich mit „Ängstlichkeit“, „Depressivität“ und/oder „Zwanghaftigkeit“ Verbindung standen. Bezüglich einer problemzentrierten Therapie würde dies auch die größeren Effektstärken in gerade diesen Bereichen erklären.

Der niedrigste Effekt konnte in der Skala „Phobische Angst“ (ES = 0,54) erreicht werden. Auf dieser Skala fand sich allerdings auch schon in der Eingangserhebung der deutlich niedrigste Mittelwert (MW = 0,76), daher ist dieses Ergebnis nicht sonderlich überraschend. Auch die beiden Vergleichsstudien stimmen mit diesem Ergebnis relativ gut überein.

Betrachtet man die Effektstärke des allgemeinen Kennwertes GSI der SCL-90-R bezüglich der Werteverteilung, ergeben sich bei 31,8 % der PatientInnen sehr große Effektstärken (ES > 1,2) und 13,7 % große Effekte (0,8 < ES < 1,2), bei 22,7 % mittlere Effekte (0,4 < ES < 0,8) und bei 16,6 % geringe Effekte (0,0 < ES < 0,4), was eine deutliche Reduktion der durch den SCL-90-R gemessenen Belastungen indiziert. Bei 15,2 % der PatientInnen ließen sich negative Effekte nachweisen (-0,1 > ES > -1,15). Die Häufigkeit der negativen Effekte entspricht in der Größenordnung den Einschätzungen, die zurzeit in der Literatur diskutiert werden (Märtens & Petzold 2002, Lambert et. al. 2002, Lambert & Ogles 2004, Lambert, Hawkins & Hatfield 2002, Lambert, Hawkins, Vermeersch, & Whipple 2005, Märtens 2006). Allgemein muss jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Einschätzungen durch die vielen „Dropouts“ in den meisten Studien noch etwas unterschätzt werden.

4.2.3 Langfristige Veränderungen der Symptomatik im Vergleich

Auch 6 Monate nach Beendigung der Therapie wurden bei den PatientInnen Effekte in den verschiedenen Symptombereichen und im gesamten symptomalen Beschwerdeindex (GSI) ermittelt, um die längerfristige Effektivität der Therapie hinsichtlich Symptomreduktion zu überprüfen.

Mittels Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben wurde überprüft, ob es zwischen Abschlusserhebung und Katamnese Veränderungen gibt. Veränderungen können in diesem

Fall entweder eine weitere Verbesserung der Symptomatik im Sinne eines Sleepereffekts bedeuten oder eine Rückentwicklung in Richtung hohe Symptomwerte der Eingangserhebung bzw. einen Rückfall nahelegen.

Wie Tabelle 4.6 zeigt, bleiben die Verbesserungen, die schon während der Therapie erzielt werden konnten, zumindest stabil. Die mittleren Werte der Dimensionen „Unsicherheit“, „Depressivität“, „Aggressivität“, „phobische Angst“ sowie die allgemeine Symptombelastung (GSI) konnten sogar noch weiter signifikant reduziert werden (Signifikanzniveau einfügen). In den meisten Dimensionen stimmten die mittleren Werte in den verschiedenen Symptombereichen relativ gut mit den Werten der gesunden Normierungsstichprobe überein

Tab. 4.6: Abschluss-Katamnese-Mittelwertdifferenzen der SCL-90-R

SCL-90-R	N	M _A und M _K	SD _A und SD _K	Z	Asymp. Sign. (2-seitig)	ES _{AK}	M _G
Somatisierung	47	0,61 / 0,54	0,56 / 0,51	-0,799	0,424	0,12	0,48
Zwanghaftigkeit	47	0,65 / 0,70	0,59 / 0,98	-1,247	0,231	-0,06	0,45
Unsicherheit	47	0,68 / 0,48	0,61 / 0,49	-2,984	0,003	0,36	0,42
Depressivität	47	0,84 / 0,60	0,71 / 0,54	-2,623	0,009	0,38	0,44
Ängstlichkeit	47	0,56 / 0,48	0,56 / 0,46	-0,772	0,440	0,15	0,34
Aggressivität	47	0,36 / 0,26	0,41 / 0,25	-2,277	0,023	0,33	0,35
Phobische Angst	47	0,32 / 0,16	0,49 / 0,26	-2,922	0,003	0,40	0,22
Paranoides Denken	47	0,55 / 0,42	0,63 / 0,57	-1,953	0,051	0,21	0,45
Psychotizismus	47	0,37 / 0,26	0,46 / 0,32	-1,823	0,068	0,27	0,22
GSI	47	0,59 / 0,44	0,48 / 0,39	-2,826	0,005	0,33	0,33

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Abschluss- und katamnestiche Erhebung; . Rohwerte der Skalen. N = Anzahl der untersuchten Personen, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, M_K = Mittelwerte der Katamnese, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, SD_K = Standardabweichung der Katamnese, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Asymp. Sign. = die zweiseitig geprüfte asymptotische Signifikanz; M_G = gesunde Normierungsstichprobe (N = 2.179 aus Hessel, Schumacher, Geyer, Brähler, 2000), ES_{AK}: Effektstärke zwischen Abschlusserhebung und Katamnese

Aus diesen weiteren Verbesserungen der Symptombelastung ergaben sich schließlich hohe Effektstärken für die Veränderungen zwischen Eingangserhebung und Katamnese, vgl. Tab 4.7. Die niedrigsten Effektstärken zeigten sich in den Dimensionen „Zwanghaftigkeit“ (ES = 0,95) und „paranoides Denken“ (ES = 0,96), beide liegen aber im Bereich „hoher Effektstärken“. Die größten Effekte konnten bei den Skalen „Depressivität“ (ES = 1,78) und „Ängstlichkeit“ (ES = 1,51) erreicht werden, für den GSI ergab sich eine Effektstärke von 1,72.

Beim Vergleich der vorliegenden Untersuchung mit der EAG-Studie zeigt sich, dass die Effektstärken unerwartet hoch sind. Das ist mit dem Sleepereffekt in der Studie Leitner et al. 2009 zu erklären. Bei der EAG-Untersuchung (2000) kam es zwischen der Abschlusserhebung und der Katamnese zu keinen weiteren Verbesserungen in den Symptombereichen. Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Eingangs- und

katamnestischer Erhebung waren sogar durchwegs kleiner als jene der Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung.

Abb. 4.7: Effektstärken (Eingang-Katamnese) der SCL-90-R

Dimension der SCL-90-R	Effektstärken (ES)	
	Vergleich Eingang - Katamnese	
	Vorliegende Studie (N = 50)	Vergleichsgruppe 2 (N =70)
Somatisierung	1,03	0,53
Zwanghaftigkeit	0,95	0,76
Unsicherheit im	1,16	0,78
Depressivität	1,78	0,97
Ängstlichkeit	1,51	0,81
Aggressivität	1,37	0,65
Phobische Angst	1,26	0,30
Paranoides Denken	0,96	0,60
Psychotizismus	1,30	0,58
GSI	1,72	0,84

Anmerkung: Effektstärken (ES), N = Anzahl der untersuchten Personen.
Vergleichsgruppe: EAG-Untersuchung (2000).

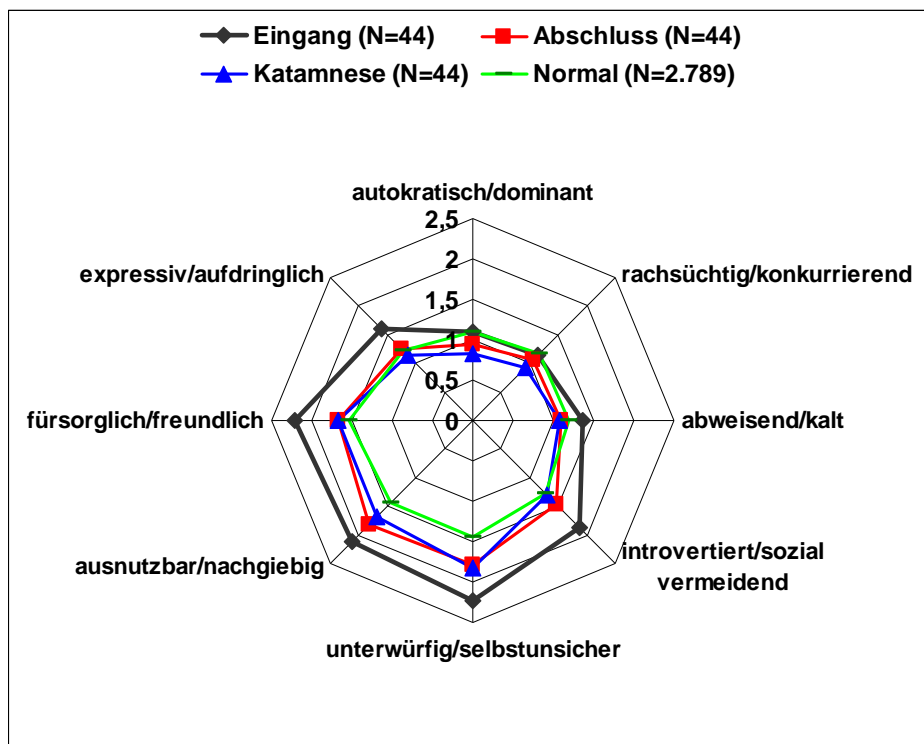
4.3 Entwicklungen im interpersonalen Verhalten

Zur Bestimmung der Veränderung von Problemen im interpersonalen Verhalten wurde ein Vergleich der Gesamtwerte sowie der einzelnen Skalenwerte der Kurzform des Inventars Interpersonaler Probleme (IIP-C, Horowitz et al., 1994) zwischen den drei Testzeitpunkten herangezogen.

4.3.1 Prä-Post-Vergleich

Die mittleren Rohwerte der verschiedenen IIP-C-Skalen in der Eingangs-, Abschluss- und katamnestischen Erhebung können Abbildung 4.9 entnommen werden, ebenso die Referenzmittelwerte einer „gesunden“ Stichprobe (N = 2798, aus Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher & Strauß 1999). Dabei fällt auf, dass die PatientInnen in jenen Skalen die auffälligsten und höchsten Werte zeigten, in denen auch die Referenzstichprobe relativ höhere Werte erreicht hat. Das sind vor allem die Skalen „freundlich/fürsorglich“, „ausnutzbar/nachgiebig“, „unterwürfig/selbstunsicher“ und „introvertiert/sozial vermeidend“. Hier zeigten die PatientInnen in der Eingangserhebung deutlich höhere Werte als gesunde Personen.

Abb. 4.9: Veränderung des interpersonalen Verhaltens



Dagegen gab es seitens der PatientInnenstichprobe in den Dimensionen „autokratisch/dominant“, „streitsüchtig/konkurrierend“ und „abweisend/kalt“ nahezu keine Abweichungen von der gesunden Referenzstichprobe. Interessant ist, dass genau in den Dimensionen spätestens in der katamnestischen Bewertung die Mittelwerte aufgrund von Sleeper-Effekten sogar deutlich unter jenen der Referenzstichprobe rutschten. In die Abbildung 4.9 flossen nur jene PatientInnen mit ein, die zu allen 3 Testzeitpunkten die Fragebögen ausgefüllt retournierten.

Die Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung wurden mittels Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben auf ihre Signifikanz ($p < 0,05$) überprüft. Außer in den Skalen „autokratisch/dominant“ und „streitsüchtig/konkurrierend“ wurden die Mittelwerte in allen Teilbereichen des IIP-C und auch im IIP-C-Gesamtwert überaus signifikant reduziert (Signifikanzwerte: vgl. Tab. 4.8). Die deutlichsten Verbesserungen ließen sich in den Skalen „fürsorglich/freundlich“ und „selbstunsicher/unterwürfig“ verzeichnen.

Tab. 4.8: Prä-Post-Mittelwertvergleich des IIP-C (Vergleich Eingang – Abschlusserhebung)

IIP-C	N	M _G	M _N	M _E / M _A	SD _E / SD _A	Z	Asympt. Sign. (2-seitig)
zu autokratisch/dominant	66	1,10	1,06	1,12 / 0,98	0,59 / 0,59	-1,648	0,099
zu streitsüchtig/konkurrierend	66	1,18	1,27	1,16 / 1,08	0,53 / 0,54	-1,299	0,194
zu abweisend/kalt	66	1,20	1,47	1,43 / 1,20	0,70 / 0,69	-2,473	0,013
zu introvertiert/sozial vermeidend	66	1,26	1,94	1,90 / 1,56	0,80 / 0,81	-3,454	0,001
zu selbstunsicher/unterwürfig	66	1,44	2,32	2,23 / 1,82	0,79 / 0,87	-4,049	0,000
zu ausnutzbar/nachgiebig	66	1,45	2,09	2,20 / 1,86	0,72 / 0,73	-3,332	0,001
zu fürsorglich/freundlich	66	1,53	2,07	2,23 / 1,78	0,62 / 0,70	-4,714	0,000
zu expressiv/aufdringlich	66	1,23	1,50	1,52 / 1,22	0,67 / 0,62	-3,526	0,000
IIP-C-Gesamtwert	66	1,29	1,79	1,72 / 1,43	0,43 / 0,49	-4,478	0,000

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung, Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der untersuchten Personen, M_G = gesunde Normierungsstichprobe (N = 2798 aus Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher & Strauß 1999), M_N = neurotische Patienten (N = 303, ebd.), M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert.

4.3.2 Effektstärken im Vergleich

Zusätzlich wurden wieder die Effektstärken für die Veränderungen der einzelnen IIP-C-Skalen und des IIP-C-Gesamtwertes berechnet, um sie untereinander und mit anderen Studien vergleichen zu können (vgl. Tab. 4.9). Referenz ist wieder die EAG-Untersuchung (2000, N = 124).

Tab. 4.9: Effektstärken zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung des IIP-C

Skalen und Gesamtwert des IIP-C	Effektstärken (ES)	
	Aktuelle Studie (N = 66)	Vergleichsgruppe (N = 124)
zu autokratisch/dominant	0,23	0,27
zu streitsüchtig/konkurrierend	0,17	0,23
zu abweisend/kalt	0,33	0,40
zu introvertiert/sozial vermeidend	0,42	0,55
zu selbstunsicher/unterwürfig	0,50	0,63
zu ausnutzbar/nachgiebig	0,46	0,69
zu fürsorglich/freundlich	0,67	0,67
zu expressiv/aufdringlich	0,45	0,34
IIP-C-Gesamtwert	0,62	0,68

Anmerkung. Effektstärken (ES), N = Anzahl der untersuchten Personen.
Vergleichsgruppe: EAG-Untersuchung (2000).

Die Effektstärke des IIP-C-Gesamtwerts betrug in der vorliegenden Studie 0,62, das entspricht einer Effektstärke mittlerer Ausprägung. Ähnliche Ergebnisse brachten die EAG-Studie (ES = 0,68).

In den einzelnen Dimensionen gab es in der vorliegenden Studie ebenfalls höchstens mittlere Effektstärken zu verzeichnen, also Effektstärken, die zwischen 0,4 und 0,8 liegen. Die höchsten Werte konnten in der Skala „fürsorglich/freundlich“ (ES = 0,67) erzielt werden. In den Skalen „autokratisch/dominant“ (ES = 0,23), „rachsüchtig/konkurrierend“ (ES = 0,17) und „abweisend/kalt“ (ES = 0,33) konnten sogar nur sehr kleine Effekte zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung nachgewiesen werden.

Sowohl bei der EAG-Studie als auch bei der Untersuchung von Leitner et al. kann man ähnliche Muster in der relativen Mittelwertsverteilung zwischen den einzelnen Dimensionen des IIP-C erkennen: Bei beiden zählten die Effektstärken in die Skalen „autokratisch/dominant“, „rachsüchtig/konkurrierend“ und „abweisend/kalt“ zu den niedrigsten und in der Skala „fürsorglich/freundlich“ zu den höchsten Effektstärken. Außerdem gab es in beiden Untersuchungen keine Effektstärken über 0,8 (also nur mittlere und kleine Effekte).

4.3.3 Langfristige Veränderungen des interpersönlichen Verhaltens im Vergleich

Wieder wurden 6 Monate nach Beendigung der Therapie katamnestisch Effekte in den IIP-C-Skalen und im IIP-C-Gesamtwert ermittelt, um die längerfristige Effektivität der Therapie hinsichtlich der Reduktion interpersonaler Probleme zu untersuchen.

Mittels Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben wurde überprüft, ob es zwischen Abschlusserhebung und Katamnese auch bezüglich interpersonalem Verhalten Veränderungen gibt, entweder zurück zum Niveau der Eingangserhebung oder weiter in Richtung Verringerung der interpersonalen Problematik. Wie in Tabelle 4.10 zu sehen ist, konnte man zwar in manchen Dimensionen und auch im IIP-C-Gesamtwert einen weiteren leichten Rückgang der Mittelwerte erkennen, dieser war jedoch in keinem Fall signifikant. Die Werte in den meisten Skalen kamen allerdings an die Mittelwerte der gesunden Referenzstichprobe schon sehr nahe heran. Vor allem der IIP-C-Gesamtwert ($M_K = 1,30$) unterschied sich zum Zeitpunkt der Katamnese kaum noch von jenem der gesunden Population ($M_G = 1,29$). In den Dimensionen „autokratisch/dominant“, „streitsüchtig/konkurrierend“, „abweisend/kalt“ und „expressiv/aufdringlich“ wurde der Referenzwert in der katamnestischen Erhebung sogar unterschritten.

Tab. 4.10: Abschluss-Katamnese-Mittelwertdifferenzen des IIP-C

IIP-C	N	M_A / M_K	SD_A / SD_K	Z	Asymp. Sign. (2-seitig)	ES_{AK}	M_G
zu autokratisch/dominant	45	0,92 / 0,82	0,61 / 0,52	-1,078	0,281	0,27	1,10
zu streitsüchtig/konkurrierend	45	1,04 / 0,93	0,59 / 0,54	-1,486	0,137	0,20	1,18
zu abweisend/kalt	45	1,08 / 1,06	0,76 / 0,75	-0,259	0,796	0,03	1,20
zu introvertiert/sozial vermeidend	45	1,44 / 1,31	0,89 / 0,85	-1,251	0,211	0,15	1,26
zu selbstunsicher/unterwürfig	45	1,78 / 1,83	0,86 / 0,78	-0,487	0,626	-0,06	1,44
zu ausnutzbar/nachgiebig	45	1,83 / 1,68	0,76 / 0,78	-1,526	0,127	0,19	1,45
zu fürsorglich/freundlich	45	1,69 / 1,67	0,66 / 0,75	-0,134	0,894	0,02	1,53
zu expressiv/aufdringlich	45	1,26 / 1,15	0,66 / 0,63	-0,862	0,389	0,67	1,23
IIP-C-Gesamtwert	45	1,37 / 1,30	0,52 / 0,51	-1,135	0,236	0,14	1,29

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Abschluss- und katamnestische Erhebung; . Rohwerte der Skalen. N = Anzahl der untersuchten Personen, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, M_K = Mittelwerte der Katamnese, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, SD_K = Standardabweichung der Katamnese, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Asymp. Sign. = die zweiseitig geprüfte asymptotische Signifikanz; M_G = Mittelwert gesunde Normierungsstichprobe (N = 2.179 aus Hessel, Schumacher, Geyer, Brähler, 2000), ES_{AK} : Effektstärke zwischen Abschlusserhebung und Katamnese

Obwohl die Verbesserung zwischen der Abschlusserhebung und der Katamnese in den verschiedenen Bereichen des interpersonalen Verhaltens eher gering war, sind die Effektstärken der Veränderungen zwischen der Eingangserhebung und der Katamnese durchwegs größer als zwischen Eingang und Abschluss, was wieder auf einen Sleepereffekt hinweist (vgl. Tab 4.10). Nur die Skala „streitsüchtig/konkurrierend“ fiel in den Bereich „kleine Effektstärke“ ($ES = 0,33$). Für den IIP-C-Gesamtwert ergab sich sogar ein großer Effekt ($0,8 < ES < 1,2$) mit $ES = 0,81$. Die restlichen Skalen zur Beschreibung interpersonalen Probleme

zeigten Effektstärken im mittleren Bereich ($0,4 < ES < 0,8$), wobei die höchsten Effekte in den Skalen „fürsorglich/freundlich“ ($ES = 0,76$) und „introvertiert/sozial vermeidend“ ($ES = 0,71$) zu beobachten sind. Ähnliche Muster ließen sich in der EAG-Studie (2000) erkennen. Die Effektstärken der Veränderungen in allen Dimensionen des IIP-C und auch im IIP-C-Gesamtwert bis zum Zeitpunkt der Katamnese konnten vergrößert werden.

Tab. 4.10: Effektstärken (Eingang-Katamnese) des IIP-C im in der vorliegenden Untersuchung und in Vergleichsstudien

Skalen und Gesamtwert des IIP-C	Effektstärken (ES)	
	Vergleich Eingang - Katamnese	
	Aktuelle Studie (N = 48)	Vergleichsgruppe (N =70)
zu autokratisch/dominant	0,42	0,45
zu streitsüchtig/konkurrierend	0,33	0,61
zu abweisend/kalt	0,42	0,52
zu introvertiert/sozial vermeidend	0,71	0,70
zu selbstunsicher/unterwürfig	0,56	0,79
zu ausnutzbar/nachgiebig	0,60	0,84
zu fürsorglich/freundlich	0,76	1,07
zu expressiv/aufdringlich	0,60	0,62
IIP-C-Gesamtwert	0,81	1,00

Anmerkung. Effektstärken (ES), N = Anzahl der untersuchten Personen.
Vergleichsgruppe: EAG-Untersuchung (2000).

4.4 Veränderungen der depressiven Beschwerden

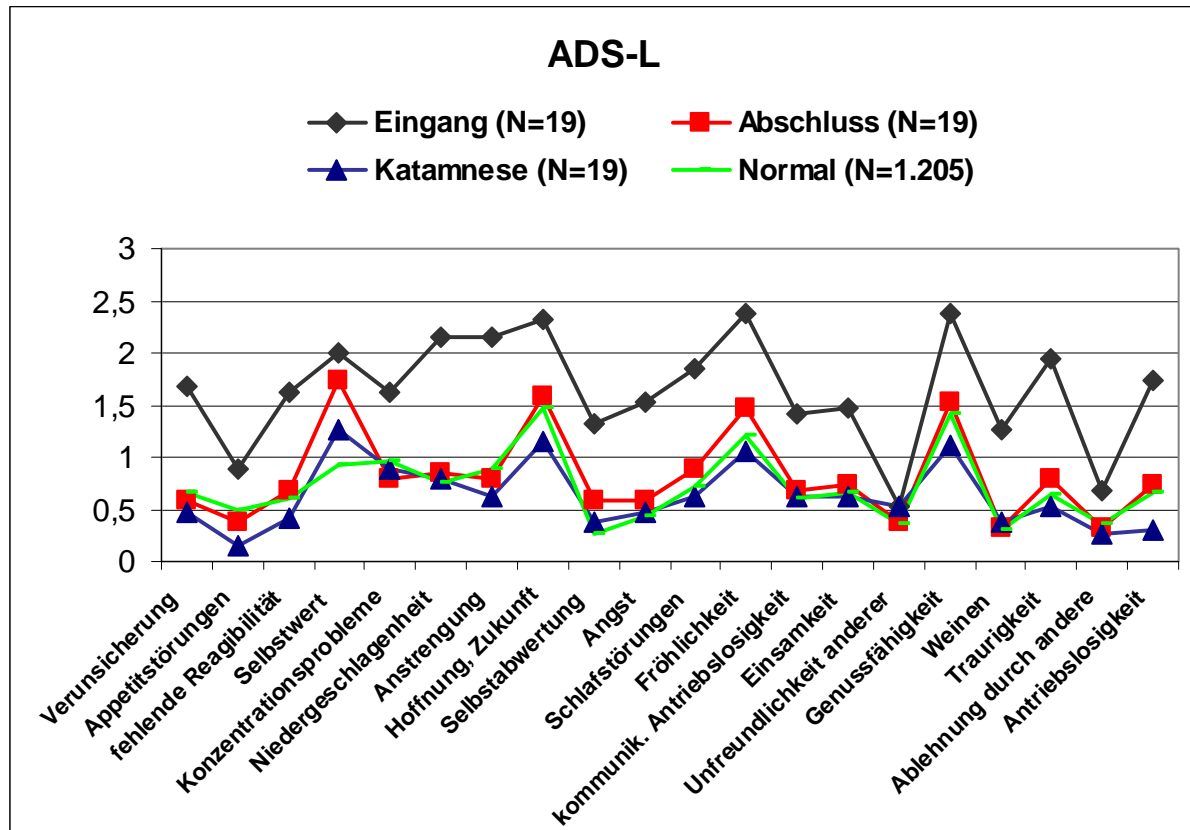
Das Ausmaß an depressiven Beschwerden der PatientInnen wurde mit der Langform der „Allgemeinen Depressions Skala“ (ADS-L von Hautzinger & Bailer 1992) gemessen. Die Veränderungen über die Zeit wurden wieder anhand des Vergleiches der Eingangs-, Abschluss- und katamnestischen Mittelwerte überprüft. Diesen Werten wurden die Werte einer gesunden Referenzstichprobe (vgl. Hautzinger & Bailer, 1992) gegenübergestellt. Zusätzlich wurden Effektstärken berechnet. Es wurden nur jene PatientInnen in die jeweiligen Berechnungen miteinbezogen, die zu beiden der jeweils verglichenen Testzeitpunkte an der Studie teilnahmen.

4.4.1 Prä-Post-Vergleich

Zum Zeitpunkt der Eingangserhebung lagen die Skalenrohwerte der PatientInnen in den meisten Skalen weit oberhalb der gesunden Referenzstichprobe (vgl. Abb. 4.10). Die größten Differenzen fanden sich in den Skalen „Selbstwert“, „Niedergeschlagenheit“,

„Anstrengung“, „Angst“, „Fröhlichkeit“, „Genussfähigkeit“, „Traurigkeit“ und „Antriebslosigkeit“. Spätestens bis zur katamnestischen Erhebung konnten diese Abweichungen über alle Items hinweg weitgehend ausgeglichen werden. Nur in der Skala „Selbstwert“ lagen die Mittelwerte der PatientInnen auch 6 Monate nach der Therapie noch deutlich über dem Wert der Referenzstichprobe. Trotzdem konnte auch hier die Differenz zumindest stark verkleinert werden.

Abb. 4.10: Veränderungen der depressiven Beschwerden (ADS-L)



Dementsprechend zeigte ein Prä-Post-Vergleich (Eingang-Abschluss) der mittleren Rohwerte mittels Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben, dass viele Beschwerden auf den meisten Skalen schon bis zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung bei einem angenommenen Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ signifikant gelindert werden konnten. Besonders deutlich zeigte sich der Therapieerfolg in den Skalen „Niedergeschlagenheit“, „Schlafstörungen“ und „Traurigkeit“. Keine signifikanten Verbesserungen konnten erzielt werden bezüglich der Depressionsmerkmale „Selbstwert“ und „Unfreundlichkeit anderer“. Wirft man noch einmal einen Blick auf Tabelle 4.11, so lässt sich dieser Umstand auf unterschiedliche Weise erklären: Die Werte auf der Skala „Unfreundlichkeit anderer“ waren schon zu Beginn der Therapie von allen Items am schwächsten ausgeprägt und lagen nahe an den Werten der gesunden Referenzstichprobe. Offensichtlich hatten auch die meisten depressiven PatientInnen der aktuellen Untersuchung keine großen Probleme damit, dass ihnen andere

Personen unfreundlich begegneten. Dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen einer Stichprobe ausschließlich depressiver PatientInnen (N = 86) der Untersuchung von Hautzinger und Bailer (1992) überein. Im Gegensatz dazu lagen die Werte der PatientInnen in der aktuellen Studie auf der Skala „Selbstwert“ zu Beginn der Therapie deutlich über den Werten der gesunden Referenzstichprobe und konnten bis zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung nicht signifikant reduziert werden. Erst zwischen Eingangserhebung und Katamnese ergab sich eine signifikante Veränderung auf einen katamnestischen Mittelwert von MW = 1,26 ($p < 0,01$). Offensichtlich ist hier ein Sleeper-Effekt zu verzeichnen. Wie gesagt konnte der Wert der Referenzstichprobe (MW = 0,93) trotzdem nicht ganz erreicht werden.

Tab. 4.11: Prä-Post-Mittelwertvergleich des ADS-L (Vergleich Eingang – Abschlusserhebung)

ADS-L	N	M _G	M _E / M _A	SD _E / SD _A	Z	Sign. (2-seitig)
Verunsicherung	27	0,66	1,56 / 0,56	1,12 / 0,89	-2,735	0,006
Appetitstörungen	27	0,49	0,85 / 0,37	1,03 / 0,79	-2,071	0,038
fehlende Reagibilität	27	0,60	1,48 / 0,70	1,02 / 1,03	-2,252	0,024
Selbstwert	27	0,93	2,04 / 1,61	1,06 / 1,30	-1,325	0,185
Konzentrationsprobleme	27	0,96	1,59 / 0,85	1,05 / 0,72	-2,575	0,010
Niedergeschlagenheit	27	0,75	2,11 / 0,89	0,85 / 0,97	-3,610	0,000
Anstrengung	27	0,88	2,04 / 0,81	1,09 / 0,88	-3,408	0,001
Hoffnung, Zukunft	27	1,47	2,30 / 1,52	0,91 / 1,01	-2,755	0,006
Selbstabwertung	27	0,26	1,19 / 0,48	1,15 / 0,89	-2,614	0,009
Angst	27	0,43	1,44 / 0,59	1,09 / 0,90	-2,767	0,006
Schlafstörungen	27	0,72	1,67 / 0,78	1,07 / 0,85	-3,592	0,000
Fröhlichkeit	27	1,20	2,37 / 1,44	0,74 / 0,85	-3,354	0,001
kommunikative Antriebslosigkeit	27	0,61	1,33 / 0,70	1,11 / 0,95	-2,145	0,032
Einsamkeit	27	0,66	1,52 / 0,78	1,05 / 0,80	-2,862	0,004
Unfreundlichkeit anderer	27	0,36	0,59 / 0,30	0,93 / 0,74	-1,642	0,101
Genussfähigkeit	27	1,41	2,44 / 1,52	0,80 / 0,80	-3,139	0,002
Weinen	27	0,30	1,22 / 0,41	0,89 / 0,69	-3,085	0,002
Traurigkeit	27	0,64	1,93 / 0,78	0,92 / 0,85	-3,615	0,000
Ablehnung durch andere	27	0,35	0,74 / 0,26	1,06 / 0,53	-2,152	0,031
Antriebslosigkeit	27	0,66	1,63 / 0,67	1,08 / 0,78	-3,095	0,002
ADS-L-Gesamtwert	27	14,33	25,73 / 15,83	9,00 / 7,21	-3,227	0,001

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung, Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der untersuchten Personen, M_G = gesunde Normierungsstichprobe (1.205, aus Hautzinger & Bailer 1992), M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert.

Auch der ADS-L-Gesamtwert konnte bis zum Ende der Therapie hoch signifikant reduziert werden ($p < 0,01$) und blieb auch bis 6 Monate nach der Therapie konstant.

4.4.2 Effektstärken der depressiven Beschwerden

In Tabelle 4.12 sind die berechneten Effektstärken der Veränderungen in den einzelnen Skalen zum einen zwischen der Eingangserhebung und der Abschlusserhebung, zum anderen zwischen der Eingangserhebung und der Katamnese dargestellt.

Zwischen der Eingangs- und der Abschlusserhebung befanden sich die meisten Effektstärken zumindest im mittleren Bereich ($ES > 0,4$). Lediglich in den Skalen „Selbstwert“ und „Unfreundlichkeit anderer“ fanden sich erwartungsgemäß nur kleine Effektstärken ($ES < 0,4$). Die größten Effekte wurden bezüglich der Depressionsmerkmale „Niedergeschlagenheit“ ($ES = 1,34$), „Anstrengung“ ($ES = 1,24$), „Fröhlichkeit“ ($ES = 1,17$), „Genussfähigkeit“ ($ES = 1,15$) und „Traurigkeit“ ($ES = 1,3$) beobachtet. Auch der ADS-L-Gesamtwert erreichte eine Effektstärke im sehr hohen Bereich ($ES = 1,21$).

Dieses Muster trat bis 6 Monate nach Therapieabschluss noch deutlicher zum Vorschein. Die Veränderung des ADS-L-Gesamtwerts erreichte zwischen Beginn der Therapie und katamnestischer Erhebung sogar eine Effektstärke von $ES = 1,67$.

Tab. 4.12: Effektstärken des ADS-L, Leitner et al. 2009

Skalen und Gesamtwert des ADS-L	Effektstärken (ES)	
	Eingang-Abschluss (N = 27)	Eingang-Katamnese (N = 19)
Verunsicherung	0,99	1,31
Appetitstörungen	0,52	0,89
fehlende Reagibilität	0,76	1,38
Selbstwert	0,36	0,63
Konzentrationsprobleme	0,82	0,78
Niedergeschlagenheit	1,34	1,51
Anstrengung	1,24	1,77
Hoffnung, Zukunft	0,81	1,18
Selbstabwertung	0,69	0,97
Angst	0,85	1,13
Schlafstörungen	0,92	1,35
Fröhlichkeit	1,17	1,46
kommunikative Antriebslosigkeit	0,61	0,83
Einsamkeit	0,79	0,81
Unfreundlichkeit anderer	0,35	0
Genussfähigkeit	1,15	1,33
Weinen	1,02	1,01
Traurigkeit	1,30	1,75
Ablehnung durch andere	0,57	0,69
Antriebslosigkeit	1,02	1,57
ADS-L-Gesamtwert	1,21	1,67

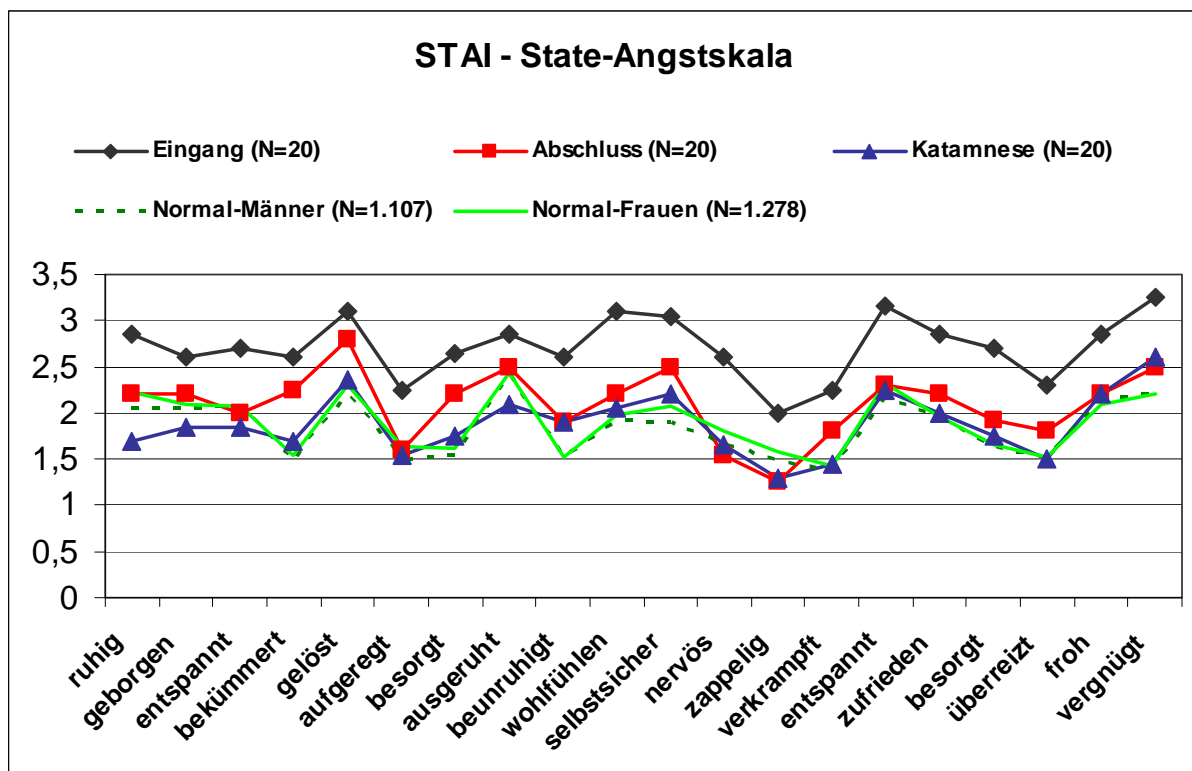
4.5 Veränderungen der Angst-Symptomatik

Die Veränderungen über die Zeit wurden im Folgenden anhand des Vergleiches der mittleren Skalenrohwerte der Eingangs- und Abschluss- und katamnestischen Erhebung untereinander und mit einer gesunden Referenzstichprobe (vgl. Laux et al., 1970) überprüft. Zusätzlich wurden Effektstärken der State- und Trait-Angst-Gesamtwerte berechnet. Es wurden nur jene PatientInnen in die jeweiligen Berechnungen miteinbezogen, die zu beiden der jeweils verglichenen Testzeitpunkte an der Studie teilgenommen haben.

4.5.1 State-Angst Entwicklungen

Die mittleren Rohwerte der verschiedenen Skalen zum Zeitpunkt der Eingangserhebung liegen deutlich über den Werten der gesunden Referenzstichprobe – siehe Abb. 4.11. Es ist un schwer zu erkennen, dass diese Differenzen teilweise bis zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung, spätestens aber bis zur katamnestischen Erhebung über alle Items hinweg weitgehend gegenüber der Referenzstichprobe ausgeglichen werden konnten.

Abb. 4.11: Veränderung der Zustandsangst (STAI-G)



Da die Werte in den entsprechenden State-Angst-Skalen bis auf einige wenige leichte Abweichungen normalverteilt sind, wurde zum Prä-Post-Vergleich der Mittelwerte der T-Test für abhängige Stichproben verwendet.

Es zeigte sich, dass die PatientInnen schon zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung deutlich entspannter waren, sich wohler fühlten, weniger nervös und zappeliger waren und sich zufriedener und weniger besorgt fühlten. Auch der Gesamtwert der State-Angstskala konnte signifikant verkleinert werden ($p < 0,05$; vgl. Tab. 4.13).

Tab. 4.13: Prä-Post-Mittelwertsvergleich der Zustandsangst (State-Angst) des STAI-G (Vergleich Eingangs- Abschluss-Erhebung)

STAI-G	N	M_{GM} (N=1.10 7)	M_{GW} (N=1.27 8)	M_E / M_A	SD_E / SD_A	T	Sig. (2-seitig)
ruhig	26	2,05	2,23	2,73 / 2,38	0,96 / 0,75	1,364	0,185
geborgten	26	2,06	2,1	2,46 / 2,19	0,91 / 0,85	1,494	0,148
entspannt	26	2,07	2,07	2,54 / 2,08	1,03 / 0,94	2,065	0,049
bekümmert	26	1,48	1,54	2,46 / 2,31	1,03 / 1,01	0,547	0,589
gelöst	26	2,21	2,3	2,96 / 2,77	0,95 / 1,05	0,866	0,395
aufgeregt	26	1,51	1,64	2,00 / 1,69	1,05 / 0,79	1,189	0,246
besorgt	26	1,55	1,61	2,42 / 2,27	1,03 / 0,96	0,527	0,603
ausgeruht	26	2,41	2,43	2,65 / 2,54	1,03 / 0,99	0,570	0,574
beunruhigt	26	1,53	1,53	2,46 / 2,08	0,91 / 1,02	1,476	0,153
wohl fühlen	26	1,92	1,98	2,92 / 2,35	0,98 / 0,98	2,161	0,041
selbstsicher	26	1,9	2,07	3,00 / 2,58	1,03 / 1,03	1,491	0,149
nervös	26	1,68	1,81	2,38 / 1,77	1,02 / 0,82	2,309	0,029
zappelig	26	1,49	1,58	1,85 / 1,31	0,97 / 0,47	2,487	0,020
verkrampft	26	1,37	1,43	2,00 / 1,69	1,10 / 0,93	1,495	0,147
entspannt	26	2,17	2,32	2,92 / 2,42	1,06 / 1,21	1,639	0,114
zufrieden	26	1,95	1,96	2,73 / 2,23	0,96 / 1,07	2,170	0,040
besorgt	26	1,63	1,66	2,75 / 2,13	1,07 / 0,74	2,128	0,044
überreizt	26	1,52	1,53	2,04 / 1,88	1,15 / 1,11	0,547	0,589
froh	26	2,13	2,1	2,73 / 2,27	0,96 / 0,96	1,897	0,069
vergnügt	26	2,22	2,2	3,15 / 2,58	0,78 / 1,03	3,112	0,005
State-Angstskala	26	36,83	38,08	51,08 / 43,35	14,97 / 11,96	2,157	0,041

Anmerkung: T-Test für abhängige Stichproben, Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung, Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der untersuchten Personen, M_{GM} = gesunde männliche Normierungsstichprobe (1.107, aus Laux et al. 1970), M_{GW} = gesunde weibliche Normierungsstichprobe (1.278, ebd.), M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, T = der durch den T-Test ermittelte T-Werte.

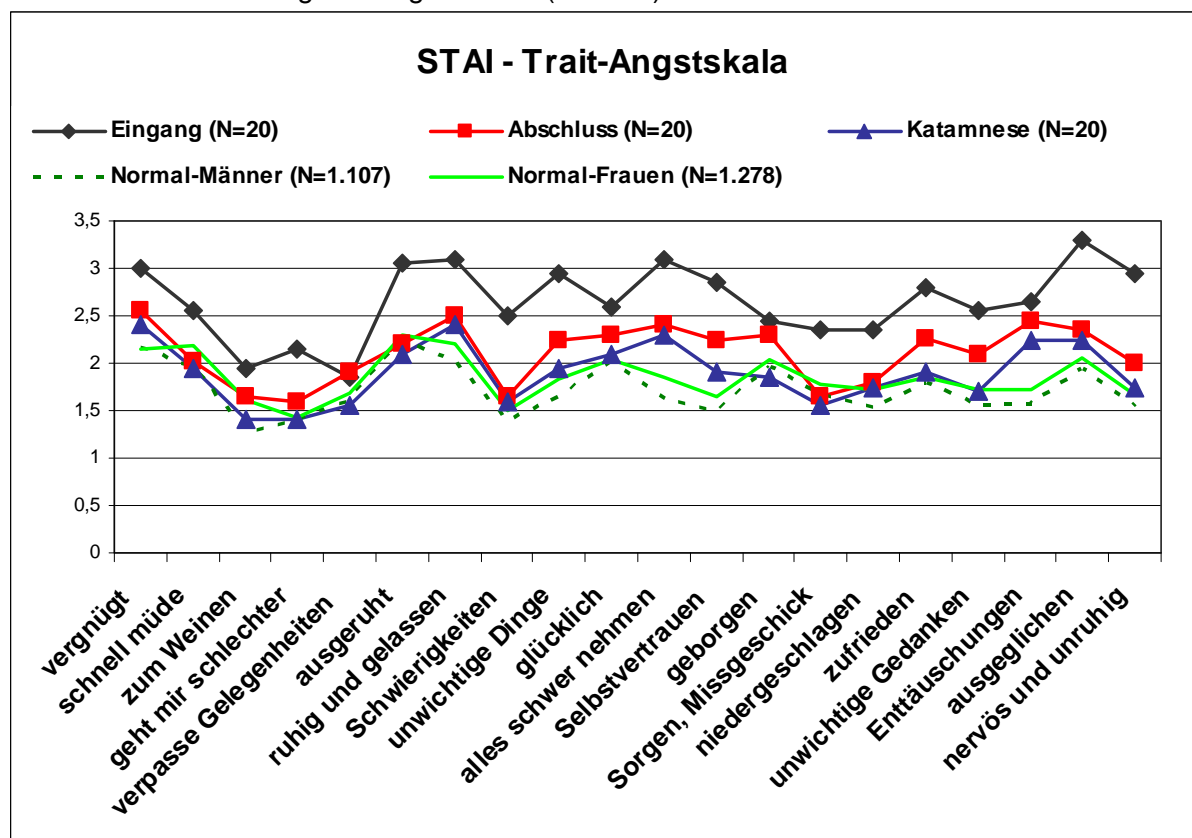
Beim Vergleich zwischen Eingangserhebung und Katamnese ließen sich sogar bezüglich sämtlicher Items der State-Angst signifikante Verbesserungen festgestellt werden (von $p < 0,05$ bis $p < 0,001$). Der State-Angst-Gesamtwert lag zum Zeitpunkt der katamnestic Erhebung mit $MW = 37,7$ ($SD = 11,18$) sogar auf vergleichbarem Niveau wie die gesunde Referenzstichprobe und hat sich damit höchst signifikant verkleinert ($p < 0,001$).

Was die Effektstärken des State-Angst-Gesamtwerts betrifft, so beträgt jene der Veränderung zwischen Eingangserhebung und Abschlusserhebung $ES = 0,62$ (entspricht einer mittleren Effektstärke) und jene der Veränderung zwischen Eingangserhebung und Katamnese sogar $ES = 1,20$, das auf einen starken und deutlichen Effekt hinweist.

4.5.2 Trait-Angst Entwicklungen

In Abb. 4.11 ist zu erkennen, dass auch die mittleren Rohwerte der meisten Trait-Angst-Items zum Zeitpunkt der Eingangserhebung über den Werten der gesunden Referenzstichprobe (vgl. Laux et al., 1970) lagen, wenn auch nicht immer so deutlich, wie bei den State-Angst-Werten. Insgesamt fällt aber auch hier sofort auf, dass die bestehenden Differenzen zwischen der aktuell untersuchten Stichprobe und der Referenzstichprobe über die weiteren Erhebungszeitpunkte hinweg deutlich reduziert werden konnten.

Abb. 4.11: Veränderung der Ängstlichkeit (STAI-G)



Zur Überprüfung signifikanter Veränderungen zwischen den Testzeitpunkten (Eingang-Abschluss) wurde der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben angewendet (siehe Tab. 4.14). Die TeilnehmerInnen gaben in der Abschlusserhebung deutlich häufiger an, vergnügt zu sein ($p < 0,01$) und seltener müde zu werden ($p < 0,05$) als in der Eingangserhebung.

Dementsprechend fühlten sich die PatientInnen nun deutlich häufiger ausgeruht und gaben öfter an, ruhig und gelassen zu sein und mehr Selbstvertrauen zu haben ($p < 0,05$). Auch zu den Statements „Meine Schwierigkeiten wachsen mir über den Kopf“ und „Ich mache mir zu viele Gedanken über Unwichtiges“ wurde signifikant seltener zugestimmt ($p < 0,05$). Die PatientInnen gaben am Ende der Therapie außerdem an, nicht mehr alles so schwer zu nehmen, wie es noch zum Zeitpunkt der Eingangserhebung der Fall war, machten sich weniger Sorgen über mögliche Missgeschicke und fühlten sich nun ausgeglichener und weniger nervös und unruhig ($p < 0,01$). Auch der Gesamtwert der Trait-Angstskala konnte hoch signifikant verkleinert werden ($p < 0,01$).

Tab. 4.14: Prä-Post-Mittelwertvergleich der Ängstlichkeit (Trait-Angst) des STAI-G (Vergleich Eingangs- Abschlusserhebung)

STAI-G	N	M_{GM} (N=1.107)	M_{GW} (N=1.278)	M_E / M_A	SD_E / SD_A	Z	Sig. (2-seitig)
vergnügt	26	2,17	2,15	3,00 / 2,46	0,00 / 0,76	-2,517	0,002
schnell müde	26	1,97	2,18	2,46 / 1,96	1,07 / 1,04	-2,191	0,030
zum Weinen	26	1,28	1,61	1,81 / 1,56	0,98 / 0,69	-1,417	0,476
es geht mir schlechter als anderen	26	1,41	1,43	2,04 / 1,65	0,92 / 0,80	-2,145	0,076
verpasse günstige Gelegenheiten	24	1,61	1,68	1,83 / 1,83	0,87 / 0,82	-0,247	1,000
ausgeruht	26	2,25	2,3	2,92 / 2,27	1,02 / 1,04	-2,728	0,021
ruhig und gelassen	26	2,01	2,2	3,12 / 2,54	0,86 / 0,99	-2,298	0,011
Schwierigkeiten wachsen über Kopf	26	1,39	1,5	2,35 / 1,73	1,13 / 1,00	-2,435	0,029
zu viel Gedanken über Unwichtiges	26	1,65	1,84	2,77 / 2,23	1,07 / 0,91	-2,543	0,041
glücklich	25	2,02	2,04	2,52 / 2,32	0,77 / 0,98	-1,734	0,307
alles schwer nehmen	26	1,63	1,85	2,96 / 2,42	1,04 / 0,86	-2,750	0,008
fehlt es an Selbstvertrauen	24	1,5	1,65	2,79 / 2,13	1,10 / 0,99	-2,170	0,012
geborgen	26	1,97	2,04	2,42 / 2,19	0,81 / 0,98	-0,723	0,327
Sorgen über Missgeschick	26	1,66	1,78	2,38 / 1,77	1,10 / 0,71	-2,627	0,007
niedergeschlagen	26	1,54	1,73	2,23 / 1,77	1,03 / 0,86	-2,166	0,069
zufrieden	25	1,8	1,85	2,68 / 2,24	0,95 / 0,97	-1,843	0,110
unwichtige Gedanken bedrücken	26	1,56	1,73	2,42 / 1,96	0,99 / 0,87	-1,944	0,097
Enttäuschungen schwer nehmen	26	1,57	1,73	2,54 / 2,50	0,99 / 0,90	-1,445	0,887
ausgeglichen	26	1,95	2,05	3,04 / 2,31	0,82 / 0,79	-3,010	0,001
nervös und unruhig	26	1,54	1,67	2,85 / 2,04	0,83 / 0,77	-3,100	0,002
Trait-Angstskala	26	34,45	37,01	51,00 / 41,69	11,96 / 11,52	-3,135	0,002

Anmerkung: Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben, Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung, Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der untersuchten Personen, M_{GM} = gesunde männliche Normierungsstichprobe (1.107, aus Laux et al. 1970), M_{GW} = gesunde weibliche Normierungsstichprobe (1.278, ebd.), M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Sig (2-seitig) = zweiseitige Signifikanz.

Beim Vergleich zwischen Eingangserhebung und Katamnese ließen sich auch bei fast allen Items der State-Angst signifikante Verbesserungen feststellen (von $p < 0,05$ bis $p < 0,001$). Die Ausnahmen, bei denen zwischen Eingangserhebung und Katamnese keine signifikanten Unterschiede vorlagen, sind die Statements „Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich

mich nicht schnell genug entscheiden kann“ und „Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann“. Dass sich hier so wenig verändert hat unterschiedliche Gründe: Im ersten Fall („*Verpassen von Gelegenheiten*“) liegt der gemessene Mittelwert der PatientInnen schon in der Eingangserhebung nur knapp über dem Wert der gesunden Referenzstichprobe und ist daher nicht viel zu verbessern (MW = 1,83). Im zweiten Fall („*Enttäuschungen schwer nehmen*“) liegt der Wert auch zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung noch deutlich über dem Wert der Referenzstichprobe (MW = 2,25). Es konnte anscheinend in diesem Punkt kein ausreichender Therapieerfolg erzielt werden.

Der Trait-Angst-Gesamtwert lag zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung mit MW = 39,45 (SD = 12,49) wieder auf nur geringfügig höherem Niveau als der Mittelwert der gesunden Referenzstichprobe und hatte sich damit höchst signifikant verkleinert ($p < 0,001$). Was die Effektstärken des Trait-Angst-Gesamtwerts betrifft, so beträgt jene der Veränderung zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung $ES = 0,75$ (entspricht einer mittleren Effektstärke) und jene der Veränderung zwischen Eingangserhebung und Katamnese sogar $ES = 1,1$, was wiederum auf einen starken und deutlichen Effekt schließen lässt.

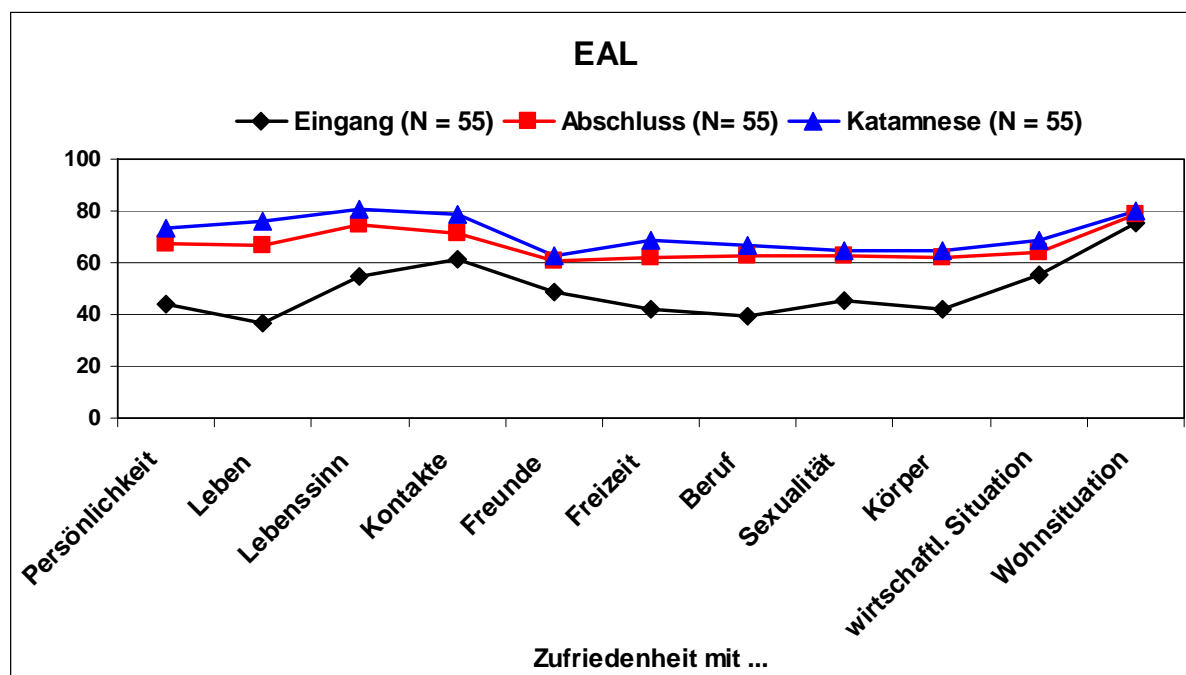
4.6 Veränderungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Veränderungen in der Selbsteinschätzung der eigenen allgemeinen Lebenszufriedenheit wurden mit den „Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit“ (**EAL**) gemessen. Den Ergebnissen der PatientInnen wurden die Perspektive sowohl der TherapeutInnen als auch die Sicht der Angehörigen gegenübergestellt, um Zusammenhänge bzw. Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung der Lebenszufriedenheit der PatientInnen untersuchen zu können.

4.6.1 Entwicklung der PatientInneneinschätzung im Vergleich

Abbildung 4.12 lässt einen allgemeinen Zuwachs an Zufriedenheit der PatientInnen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung erkennen. Zwischen dem Abschluss der Therapie und der katamnestischer Erhebung wurde nur noch eine unscheinbare Erhöhung der der Werte festgestellt, Sleeper-Effekte ließen sich nicht nachweisen.

Abb. 4.12: Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (Selbstbeurteilung)



Beim Prä-Post-Mittelwertvergleich (Eingang-Abschluss) der EAL und der Effektstärken (PatientInnen) veränderten sich 7 der 11 Indikator-Items für die allgemeine Lebenszufriedenheit höchst signifikant ($p < 0,001$), die Zufriedenheit mit Sozialkontakten und Freunden konnte ebenfalls signifikant erhöht werden ($p < 0,05$). Nur die Zufriedenheit mit der

persönlichen wirtschaftlichen Situation und mit der Wohnsituation konnten nicht verbessert werden, was für eine sorgfältige Beantwortung des Fragebogens spricht (vgl. Tab. 4.15).

Tab. 4.15: Prä-Post-Mittelwertvergleich der EAL und Effektstärken (PatientIn)

EAL	N	ES	M _E / M _A	SD _E / SD _A	Z	Sig. (2-seitig)
Persönlichkeit und Fähigkeiten	68	0,69	45,29 / 65,29	29,72 / 27,56	-4,632	0,000
Leben	69	0,93	37,29 / 65,94	31,44 / 29,87	-5,986	0,000
Leben als sinnvoll	69	0,61	54,43 / 72,03	30,34 / 27,42	-4,270	0,000
Kontakte	69	0,34	61,00 / 70,58	30,13 / 25,32	-2,371	0,018
Freunde	69	0,38	48,43 / 59,28	27,75 / 28,87	-2,692	0,007
Freizeit	68	0,59	44,20 / 62,17	30,65 / 29,78	-4,077	0,000
Arbeit und Beruf	65	0,65	42,35 / 63,13	32,14 / 31,39	-4,774	0,000
Sexualität	67	0,50	44,71 / 61,32	34,66 / 31,90	-3,489	0,000
Körper	69	0,55	44,00 / 60,43	30,57 / 29,28	-4,173	0,000
Wirtschaftliche Situation	68	0,17	56,67 / 62,17	32,71 / 31,05	-1,780	0,075
Wohnsituation	68	0,21	71,86 / 78,24	32,76 / 27,21	-1,926	0,054

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben (zweiseitig). Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung. Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der untersuchten Personen, ME / MA = Mittelwerte der Eingangserhebung/Mittelwerte der Abschlusserhebung, SDE / SDA = Standardabweichung der Eingangserhebung/Standardabweichung der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Sig (2-seitig) = zweiseitige Signifikanz.

Was die Effektstärken für die Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung angeht, so fanden sich die größten für die Items „Zufriedenheit mit dem eigenen Leben“ (ES = 0,93), „Zufriedenheit mit Persönlichkeit und Fähigkeiten“ (ES = 0,69), „Zufriedenheit mit Arbeit und Beruf“ (ES = 0,65) und „Lebenssinn“ (ES = 0,61).

Ein ähnlichen Ergebnis, nämlich dass die PatientInnen nach der Therapie vor allem zufriedener mit dem eigenen Leben, der eigene Persönlichkeit und den eigenen Fähigkeiten waren, und dass das eigene Leben zu Therapieabschluss sinnvoller empfunden wurde als zu Beginn der Therapie, brachte auch die EAG-Untersuchung hervor.

4.6.2 Gegenüberstellung der Perspektiven

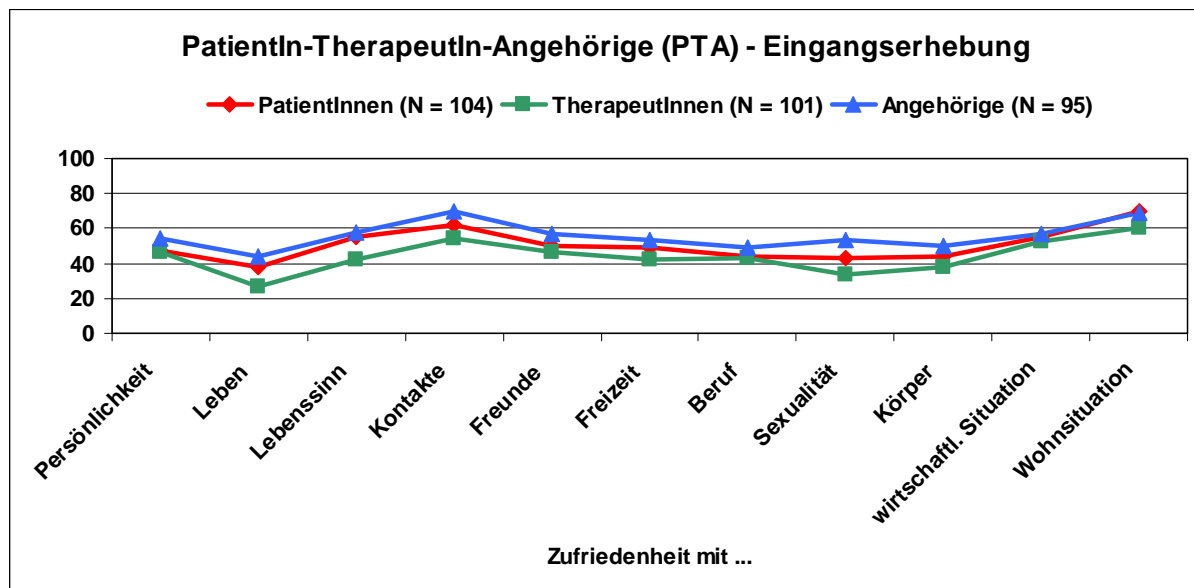
Für den Vergleich der unterschiedlichen Perspektiven wurden die mittleren Skalenrohwerte herangezogen. Abbildung 4.13 veranschaulicht die Werte der Eingangserhebung bezüglich der Lebenszufriedenheit der PatientInnen: die Selbsteinschätzungen der PatientInnen, die Fremdeinschätzungen durch die TherapeutInnen sowie die von den Angehörigen der PatientInnen. Abbildung 4.15 demonstriert das Gleiche bei der Abschlusserhebung.

Um das Ausmaß der Übereinstimmungen zwischen den einzelnen Perspektiven zu bestimmen, wurden die Mittelwerte auf signifikante Differenzen mit dem Wilcoxon-Test (Paare: PatientIn und TherapeutIn, PatientIn und Angehörige) untersucht.

4.6.2.1 Eingangserhebung der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Insgesamt konnte festgestellt werden, dass zumindest zu Beginn der Therapie eine Tendenz dahingehend bestand, dass die TherapeutInnen die Zufriedenheit ihrer KlientInnen niedriger einschätzten, als diese es selbst taten, während die Angehörigen die Zufriedenheit der PatientInnen in der Regel höher einschätzten, als diese selbst (vgl. Abbildung 4.13).

Abb. 4.13: EAL: Mehrperspektivität in der Eingangserhebung Leitner et al. 2009



Am deutlichsten unterschätzten die TherapeutInnen die Zufriedenheit ihrer KlientInnen in den Bereichen „Zufriedenheit mit dem eigenen Leben“ ($p < 0,001$) und „Empfinden des eigenen Lebens als sinnvoll“ ($p < 0,001$). Die Zufriedenheit der PatientInnen mit der eigenen Sexualität und die Zufriedenheit mit der Wohnsituation wichen signifikant von der Einschätzung der TherapeutInnen ab ($p = 0,01$). Auch das Zurechtkommen mit anderen Menschen wurde von den TherapeutInnen für die Betroffenen unzufriedenstellender eingeschätzt, als die PatientInnen es selbst empfanden ($p = 0,05$). Im Gegensatz dazu gab es auch einige Bereiche mit besonders hoher Übereinstimmung zwischen PatientIn und TherapeutIn. Dazu zählten vor allem die Zufriedenheit der PatientInnen mit Arbeit und Beruf, mit der eigenen Persönlichkeit und den eigenen Fähigkeiten sowie mit der eigenen wirtschaftlichen Situation. Erwähnenswert ist, dass der Mittelwert der TherapeutInnen in keinem einzigen der 11 Bereiche höher ist, als der von den PatientInnen (vgl. Tab. 4.16). Ebenfalls in Tabelle 4.16 finden sich die Ergebnisse Wilcoxon-Test-Ergebnisse für den Paarvergleich der Zufriedenheitseinschätzung zwischen den PatientInnen selbst und den Angehörigen. Hier fand sich die höchste Übereinstimmung in dem Bereich „Zufriedenheit mit der Wohnsituation“. Abgesehen davon waren die EAL-Mittelwerte der Angehörigen in keinem

einzigsten der anderen Bereiche niedriger, als die Mittelwerte der PatientInnen selbst. Am höchsten überschätzten die Angehörigen die Zufriedenheit der PatientInnen mit der eigenen Sexualität ($p < 0,01$), aber auch die Angehörigen-Mittelwerte bezüglich der meisten anderen EAL-Dimensionen waren signifikant höher ($p < 0,05$) als die Einschätzungsmittelwerte der PatientInnen selbst. Lediglich in den Bereichen „Lebenssinn“ und „wirtschaftliche Situation“ konnten keine Signifikanzen gefunden werden.

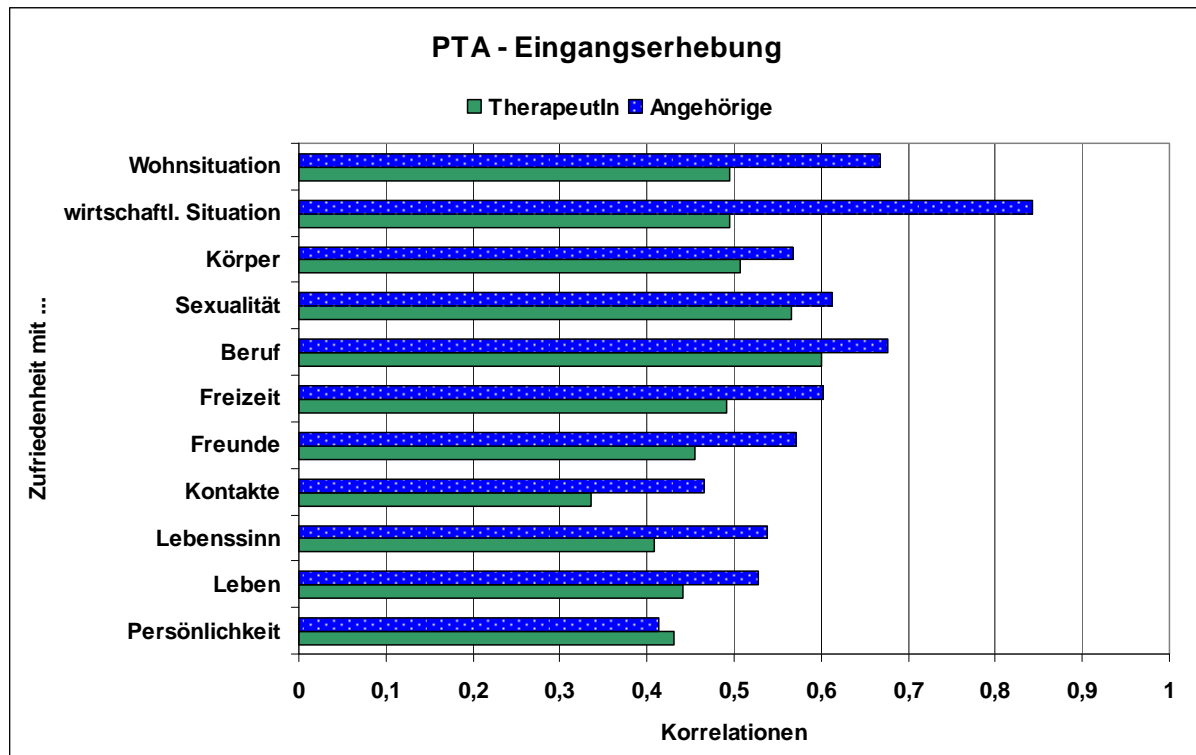
Tab. 4.16: EAL Eingangserhebung: Vergleich zwischen den Perspektiven

EAL	PatientIn-TherapeutIn				PatientIn-Angehörige		
	N	M _P / SD _P	M _T / SD _T	p	N	M _A / SD _A	p
Persönlichkeit, Fähigkeiten	101	47,12 / 30,17	46,12 / 26,79	0,747	96	53,96 / 27,55	0,019
Leben	101	38,28 / 31,54	26,44 / 19,68	0,000	96	43,96 / 26,30	0,020
Leben als sinnvoll	101	55,00 / 31,47	42,67 / 24,86	0,000	96	58,02 / 28,57	0,277
Kontakte	101	62,50 / 28,85	53,96 / 26,50	0,010	96	70,10 / 28,04	0,017
Freunde	100	50,29 / 28,61	46,24 / 25,41	0,262	96	57,29 / 30,52	0,014
Freizeit	99	49,02 / 31,98	42,67 / 25,61	0,091	96	53,33 / 26,31	0,043
Arbeit und Beruf	97	43,90 / 33,75	43,07 / 30,46	0,969	95	49,05 / 31,79	0,029
Sexualität	98	43,04 / 34,46	33,30 / 26,56	0,001	94	53,40 / 31,81	0,002
Körper	101	43,94 / 29,90	37,82 / 27,59	0,054	96	50,31 / 29,32	0,012
Wirtschaftliche Situation	100	54,85 / 33,46	52,97 / 30,38	0,666	95	57,02 / 31,42	0,067
Wohnsituation	101	70,00 / 33,36	60,20 / 27,39	0,001	95	69,37 / 30,24	0,851

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben (zweiseitig), Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der untersuchten Personen, M_T / M_P / M_A = Mittelwerte TherapeutIn/PatientIn/AngehörigeR, SD_T / SD_P / SD_A = Standardabweichung TherapeutIn/PatientIn/AngehörigeR, p = zweiseitige Signifikanz.

Dass die eben beschriebenen Fehleinschätzungen der PatientInnenzufriedenheit sowohl seitens der TherapeutInnen, als auch seitens der Angehörigen systematisch waren (und nicht auf einige wenige extreme Einschätzungsunterschiede zurückzuführen sind) zeigt Abbildung 4.14. Die jeweilige Korrelation gibt den Zusammenhang zwischen der Einschätzung der TherapeutIn und der Angehörigen jeweils mit der Bewertung der PatientIn an. Die Länge des Balkens entspricht der Höhe des Zusammenhangs. Zwar fällt auf, dass insgesamt die Übereinstimmung zwischen PatientInnen und Angehörigen etwas größer war, als die Übereinstimmung zwischen PatientInnen und TherapeutInnen, allerdings sind die Korrelationen allesamt hoch signifikant ($p < 0,01$).

Abb. 4.14: EAL Eingangserhebung: Korrelationen der Zufriedenheitseinschätzung der PatientInnen selbst mit den zugehörigen Fremdeinschätzungen der TherapeutInnen und der Angehörigen, Leitner et al. 2009

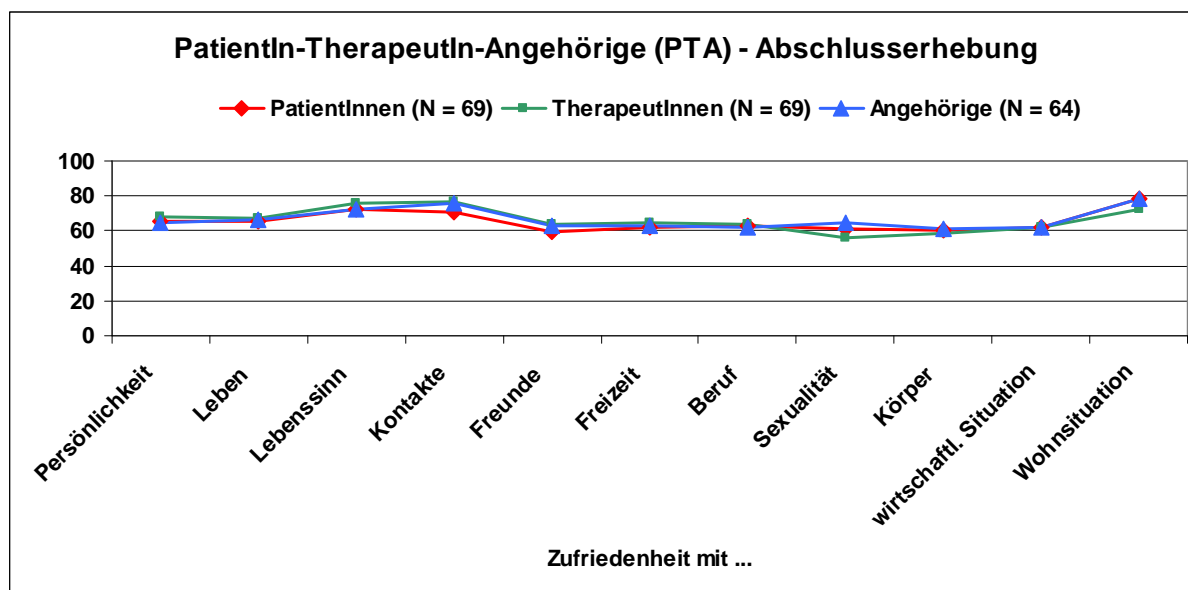


Anmerkung: Alle in der Abbildung gezeigten Korrelationen sind hoch signifikant ($p < 0,01$)

4.6.2.2 Abschlusserhebung der allgemeinen Lebenszufriedenheit

Interessant ist, dass sich die Einschätzungen der einzelnen Perspektiven bezüglich der Zufriedenheit der PatientInnen bis zum Ende der Therapien in den meisten Bereichen annäherten, siehe Abb 4.15. Diese Tatsache inkludiert zwei Dinge: Erstens zeigt das Ergebnis, dass zum Ende der Therapie sowohl Angehörige als auch TherapeutInnen der Meinung waren, dass die Zufriedenheit der PatientInnen zwischen Anfang und Ende der Therapie insgesamt deutlich zugenommen hat, da ja die Zufriedenheit auch aus PatientInnensicht wie oben beschrieben in fast allen Bereichen (außer der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Situation) signifikant zunahm. Zweitens kann festgestellt werden, dass anscheinend nicht nur die TherapeutInnen ihre KlientInnen im Laufe der Therapie besser kennengelernt haben, sondern auch die Angehörigen (vgl. Tab. 4.17). Bemerkenswert ist, dass es bei den Angehörigen zum Ende der Therapie in keinem einzigen Zufriedenheits-Bereich signifikante Unterschiede in der PatientInnen- und Angehörigeneinschätzung gab. Aber auch die Übereinstimmung zwischen TherapeutInnen und PatientInnen war zum Ende der Therapie beachtlich: Unterschiede in der Einschätzung der Zufriedenheit der PatientInnen gab es nun nur noch in den Bereichen „Wohnsituation“ ($p < 0,01$) und „Kontakte“ ($p < 0,05$).

Abb. 4.15: EAL: Mehrperspektivität in der Abschlusserhebung, Leitner et al. 2009



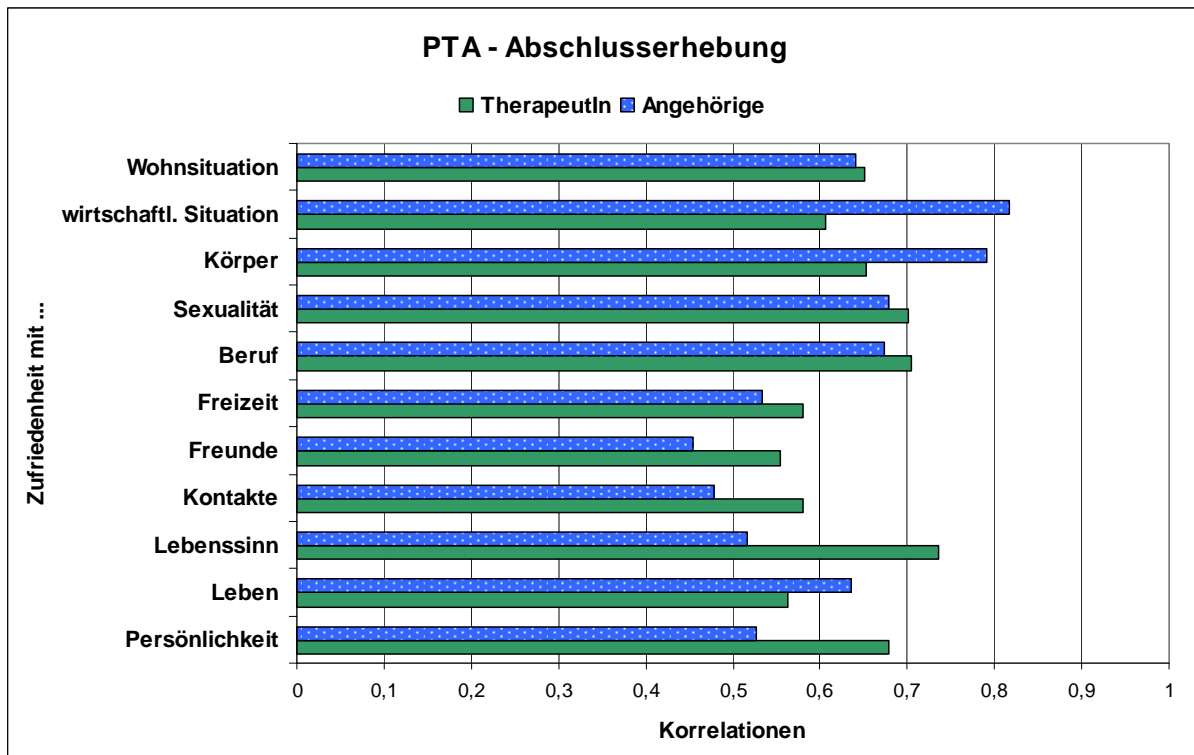
Tab 4.17: EAL Abschlusserhebung: Vergleich zwischen den Perspektiven

EAL	PatientIn-TherapeutIn				PatientIn-Angehörige		
	N	M _P / SD _P	M _T / SD _T	p	N	M _A / SD _A	p
Persönlichkeit, Fähigkeiten	67	65,29 / 27,56	68,12 / 21,64	0,349	63	64,53 / 26,84	0,813
Leben	68	65,94 / 29,87	67,54 / 24,40	0,969	64	66,56 / 27,09	0,502
Leben als sinnvoll	68	72,03 / 27,42	75,80 / 24,76	0,210	64	72,34 / 28,66	0,438
Kontakte	68	70,58 / 25,32	76,38 / 20,22	0,043	62	76,13 / 25,76	0,076
Freunde	68	59,28 / 28,87	63,91 / 24,87	0,223	62	62,74 / 27,71	0,647
Freizeit	68	62,17 / 29,80	64,49 / 25,24	0,260	61	62,79 / 26,40	0,776
Arbeit und Beruf	66	63,13 / 31,39	63,62 / 24,73	0,980	62	62,06 / 25,60	0,704
Sexualität	67	61,32 / 31,90	56,38 / 27,06	0,079	60	64,50 / 29,54	0,523
Körper	68	60,43 / 29,28	58,26 / 25,95	0,330	63	61,11 / 28,18	0,586
Wirtschaftliche Situation	68	62,17 / 31,05	62,32 / 29,76	0,687	63	62,22 / 27,03	0,641
Wohnsituation	67	78,24 / 27,21	72,17 / 25,89	0,008	63	78,41 / 23,36	0,647

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben (zweiseitig), Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der untersuchten Personen, M_T / M_P / M_A = Mittelwerte TherapeutIn/PatientIn/AngehörigeR, SD_T / SD_P / SD_A = Standardabweichung TherapeutIn/PatientIn/AngehörigeR, p = zweiseitige Signifikanz.

Diese Ergebnisse werden von den in Abbildung 4.16 dargestellten überaus hohen Korrelationen noch einmal bestätigt. Vor allem die Zusammenhänge zwischen TherapeutInnen- und PatientInneneinschätzung stiegen im Vergleich zu den Korrelationen in der Eingangserhebung stark an. Wieder waren alle Korrelationen hoch signifikant ($p < 0,01$) und bewiesen ein weiteres, dass die entdeckten Muster und Veränderungen allesamt systematisch waren.

Abb. 4.16: EAL Abschlusserhebung: Korrelationen der Zufriedenheitseinschätzung der PatientInnen selbst mit den zugehörigen Fremdeinschätzungen der TherapeutInnen und der Angehörigen



Anmerkung: Alle in der Abbildung gezeigten Korrelationen sind hoch signifikant ($p < 0,01$)

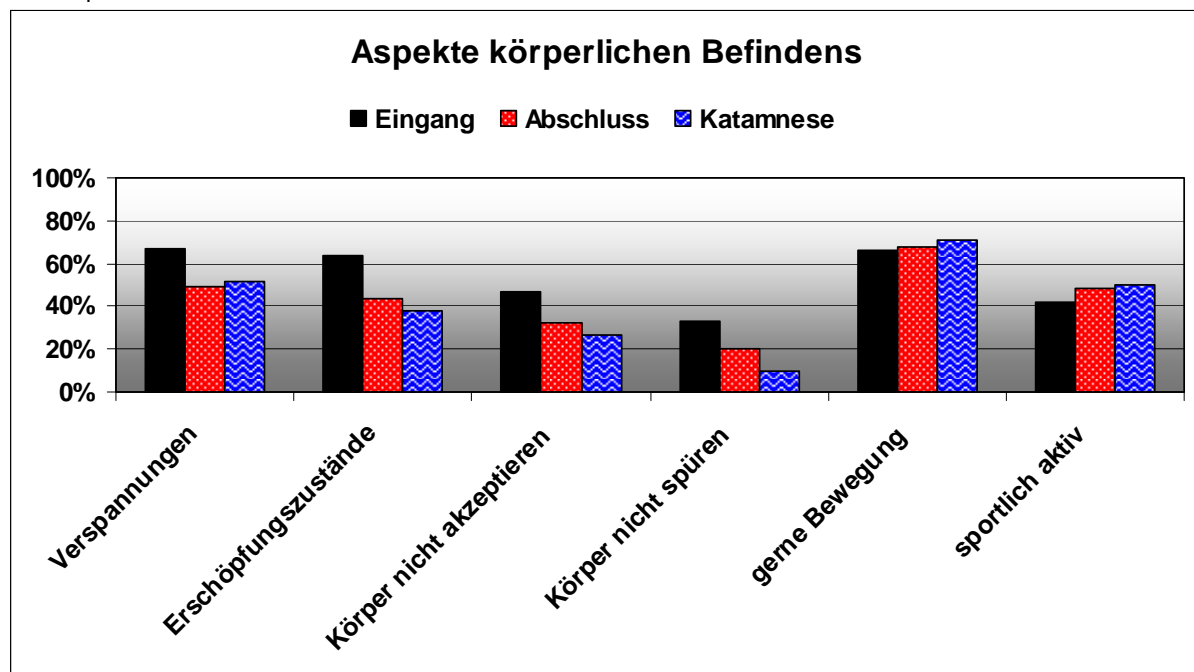
4.7 Veränderung von Aspekten körperlichen Befindens

Um eventuelle Veränderungen der körperlichen Befindlichkeit zwischen den drei Testzeitpunkten festzustellen, wurden die jeweiligen Skalenmittelwerte der verschiedenen Testzeitpunkte mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben verglichen ($p < 0,05$). Wieder wurden zusätzlich die jeweiligen Effektstärken bestimmt.

4.7.1 Verteilungsänderung zwischen den Testzeitpunkten

In Abbildung 4.17 ist zu erkennen, dass vor allem die Zustimmung zu den ersten vier Statements über die drei Testzeitpunkte hinweg deutlich abnahm, wobei die Eingangsmittelwerte untereinander stark variierten. Das Statement „Ich bewege mich gerne“ blieb stabil und wurde zu allen Zeitpunkten eher hoch bewertet. Die sportliche Aktivität nahm zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung etwas zu, blieb aber bis zur katamnestic Erhebung auf gleichem Niveau. Es flossen nur die Werte jener PatientInnen ein, die zu allen 3 Testzeitpunkten die Fragebögen ausfüllten.

Abb. 4.17: Die Ausprägungen der 6 Aspekte körperlichen Befindens und ihre Veränderungen zwischen den Testzeitpunkten



Zu Beginn der Therapie gaben 59,2% der PatientInnen an, unter deutlichen **Verspannungen** zu leiden, 18,5% befanden sich im mittleren Bereich, und 22,3% der PatientInnen waren selten oder nie verspannt. Dies ergibt einen Mittelwert von 65 (SD = 31,7). Am Ende der Therapie litten noch 32,9% an deutlichen Verspannungen, 22,9% äußerten sich im Mittelfeld

und 44,2% wurden selten oder nie von Verspannungen heimgesucht (MW = 47; SD = 29,9). Dieses Bild verschlechterte sich bis zum Zeitpunkt der Katamnese etwas, gelangte allerdings nicht auf das Eingangsniveau zurück: 38,2% litten 6 Monate nach Therapieende unter deutlichen Verspannungen, 34,5% hatten keine, oder nur selten Verspannungsbeschwerden (MW = 51,6; SD = 31,1).

Zu Therapiebeginn litten 46,2% häufig an **Erschöpfungszuständen** und nur 24% selten oder nie. 29,8% der PatientInnen befanden sich im Mittelfeld (MW = 59,23; SD = 29,9). Zum Ende der Therapie klagten noch 35,1% über häufige Erschöpfungszustände und immerhin 54,3% gaben an, selten oder nie an Erschöpfungszuständen zu leiden (MW = 40,9; SD = 30,6). 6 Monate nach Therapieabschluss klagten nur noch 21,8% der TeilnehmerInnen unter Erschöpfungszuständen. 54,5% erlebten diese selten oder nie (MW = 37,55; SD = 29,3).

Etwas geringer war die Eingangsbelastung bezüglich der **Körperakzeptanz**. 30,4% der TeilnehmerInnen konnten ihre Körper häufig nicht akzeptieren. 46,1% hatten dieses Problem selten oder nie (MW = 44,8; SD = 35). Trotzdem war auch bezüglich der Körperakzeptanz in der Abschlussbefragung ein Verbesserung erkennen: Nur noch 20% hatten häufig diesbezüglich Probleme, 64,3% konnten ihren Körper zumindest fast immer akzeptieren (MW = 30,6; SD = 34). 6 Monate nach dem Therapieabschluss waren es sogar nur noch 14,5%, die ihren Körper oft nicht akzeptieren können, 65,5% hatten keine oder nur geringe Probleme mit der Körperakzeptanz (MW = 26,22; SD = 31,3).

Sehr gering war schon bei Therapiebeginn die Belastung beim **Spüren des Körpers**: 16,8% der TeilnehmerInnen haben häufig Beschwerden, 66,3% nur selten oder nie (MW = 27,3; SD = 30,6). Am Ende der Therapie waren es sogar nur noch 12,9%, die starke Beschwerden in diesem Bereich erleiden mussten, dafür waren es nun 75,7% der TeilnehmerInnen, die selten oder nie Probleme beim Spüren ihres Körpers angaben (MW = 19,9; SD = 28,2). Zum Zeitpunkt der Katamnese gab es sogar nur noch 3,6%, die häufig Beschwerden beim Spüren der Körpers erlebten, 87,3% hatten nun in diesem Bereich nur selten oder nie Beschwerden (MW = 9,7; SD = 17,9). Ein starker Sleeper-Effekt war zu beobachten!

Zu Therapiebeginn gaben 55,8% der TeilnehmerInnen an, **gerne Bewegung** zu machen. 14,4 % machten sehr ungern Bewegung und die restlichen 29,8% bewegten sich im Mittelfeld (MW = 65,9; SD = 27,1). Diese Verteilung änderte sich fast nicht bis zu den beiden weiteren Testzeitpunkten (Abschluss: MW = 69,14; SD = 27,5; Katamnese: MW = 70,7; SD = 26,7).

26,2% der Befragten bezeichneten sich zu Beginn der Therapie als sehr **sportlich**, 44,7% als sportlich wenig oder gar nicht aktiv (MW = 42; SD = 30,8). Am Ende der Therapie gaben 30% der TeilnehmerInnen an, sportlich sehr aktiv zu sein und nur noch 34% machten gar keinen oder nur sehr wenig Sport (MW = 48; SD = 28,8). Diese Verteilung blieb in ähnlicher Form bis zur Katamnese bestehen (MW = 50,2; SD = 28,3).

4.7.2 Eingang-Abschluss-Vergleich und Effektstärken

Um die Veränderungen in der durchschnittlichen Zustimmung zu den einzelnen Statements auf Signifikanz zu prüfen, wurde der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben angewendet. Tabelle 4.18 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der 6 Statements in der Eingangs- und Abschlusserhebung, errechnet aus den Rohwerten jener Personen, die zu diesen beiden Zeitpunkten an der Studie teilgenommen haben, sowie die Z-Werte und die 2-seitige Signifikanz des durchgeführten Wilcoxon-Tests.

Tab. 4.18: Eingang-Abschluss-Mittelwertvergleich der Aspekte körperlicher Befindlichkeit

Körperliche Befindlichkeit	N	M _E / M _A	SD _E / SD _A	Z	Sig. (2-seitig)
(1) häufig Verspannungen	69	62,32 / 47,00	32,32 / 29,94	-3,973	0,000
(2) häufig körperliche Erschöpfungszustände	70	59,71 / 40,87	30,64 / 31,15	-4,050	0,000
(3) kann Körper häufig nicht akzeptieren	69	43,48 / 30,57	36,13 / 33,96	-2,916	0,004
(4) kann Körper häufig nicht spüren	67	27,46 / 19,86	30,91 / 28,16	-1,948	0,051
(5) Ich bewege mich gerne	70	64,71 / 69,14	27,70 / 27,54	-1,384	0,166
(6) Ich bin sportlich aktiv	69	40,43 / 48,00	29,68 / 28,82	-2,269	0,023

Anmerkung: Wilcoxon-Test (zweiseitig) M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung in der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung in der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Sig. (2-seitig) = die zweiseitige Signifikanz

Am Ende der Therapie berichteten die PatientInnen von signifikant weniger Verspannungen und auch von signifikant weniger Erschöpfungszuständen. Die Veränderung der Körperakzeptanz der PatientInnen in Richtung geringere Problematik diesbezüglich war ebenfalls signifikant, während sich bezüglich einer Verbesserung im Bereich „den eigenen Körper spüren“ knapp keine Signifikanz feststellen ließ.

Die PatientInnen bewegten sich am Ende der Therapie genau so gern wie am Anfang, allerdings gaben sie am Therapieabschluss signifikant häufiger an, auch tatsächlich Sport zu betreiben.

Um die Prä-Post-Veränderungen besser vergleichbar zu machen, wurden wieder die Effektstärken zu den jeweiligen Veränderungen in den Bereichen des körperlichen Befindens berechnet. Die Effektstärken der aktuellen Studie, sowie jene der EAG-Untersuchung (2000, N = 124) und der Studie von Leitner et al. (2007, N = 57) wurden in Tabelle 4.19 dargestellt.

Tab. 4.19: Effektstärken der Eingang-Abschluss-Veränderung

Item	Effektstärken (ES)		
	Aktuelle Studie (N = 66)	Vergleichsgruppe 1 (N = 57)	Vergleichsgruppe 2 (N = 124)
(1) Verspannungen	0,49	0,22	0,53
(2) körperliche Erschöpfungszustände	0,61	0,40	0,49
(3) Körper häufig nicht akzeptieren	0,37	0,45	0,24
(4) Körper häufig nicht spüren	0,26	0,34	0,19
(5) Ich bewege mich gerne	-0,16	-0,04	-0,13
(6) Ich bin sportlich aktiv	-0,25	-0,22	-0,27

Anmerkung: Effektstärken (ES), N = Anzahl der untersuchten Personen. , Vergleichsgruppe 1: Untersuchung von Leitner et al. (2007), Vergleichsgruppe 2: EAG-Untersuchung (2000).

In der aktuellen Studie zeigten sich zunächst lediglich kleine und mittlere Effektstärken der Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung. Mit mittleren Effektstärken verbesserten sich Verspannungsbeschwerden (ES = 0,49) und reduzieren sich die körperlichen **Erschöpfungszustände** (ES = 0,61). Die Körperwahrnehmung durch verbessertes **Spüren des Körpers** veränderte sich nur geringfügig (ES = 0,26), die Zunahme der Körperakzeptanz weist ebenfalls kleine Effektstärken auf (ES = 0,37). Negative Veränderungen anhand der Effektstärken vollzogen sich hinsichtlich **sportlicher Aktivitäten** (ES = -0,25) sowie der **Freude an Bewegung** (ES = -0,16), welche allerdings umgekehrt gepolt sind (vgl. Abb. 88). Dieser Befund verdeutlicht, dass die Veränderungen des Körpererlebens einen kritischen Bereich der PSY-III-Ausbildung darstellen und weiter verfolgt werden müssen.

4.7.3 Langfristige Veränderungen der Aspekte körperlichen Befindens

Um eventuelle Sleeper-Effekte festzustellen, wurden die Werte der Abschluss- und Katamneseerhebung jener PatientInnen verglichen, die zu diesen beiden Testzeitpunkten an der Studie teilnahmen.

Der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (siehe Tabelle 4.20) zeigte bei fünf der insgesamt sechs Aspekte körperlichen Befindens keine signifikanten Veränderungen. Allerdings kam es zu einer massiven Verbesserung, was das Spüren des eigenen Körpers anbelangt ($p < 0,01$). Das Statement „Ich kann meinen Körper häufig nicht spüren“ bekam 6 Monate nach dem Ende der Therapie nur noch eine durchschnittliche Zustimmung von weniger als 10%. In der Eingangserhebung war dieser Wert fast dreimal so hoch. Tabelle 4 zeigt außerdem die Effektstärken der Veränderungen zwischen Abschluss- und katamnestischer Erhebung. Wie erwartet bewegten sich die meisten um Null, nur bezüglich

des Spürens des eigenen Körpers zeigte sich ein Effektstärke im mittleren Bereich (ES = 0,45).

Tab. 4.20: Abschluss-Katamnese-Mittelwertdifferenzen des IIP-C

IIP-C	N	M _A / M _K	SD _A / SD _K	Z	Sig. (2-seitig)	ES _{AK}
(1) Verspannungen	52	49,06 / 51,64	29,6 / 31,1	-1,184	0,236	-0,09
(2) Körperliche Erschöpfungszustände	53	43,21 / 37,55	31,7 / 29,3	-0,954	0,340	0,20
(3) Körper häufig nicht akzeptieren	52	31,89 / 26,22	35,5 / 31,3	-1,490	0,136	0,17
(4) Körper häufig nicht spüren	51	20,38 / 9,65	28,5 / 17,9	-2,712	0,007	0,45
(5) Ich bewege mich gerne	53	67,55 / 70,73	27,9 / 26,7	-0,505	0,505	-0,12
(6) Ich bin sportlich aktiv	52	48,30 / 50,18	28,3 / 28,3	-0,823	0,823	-0,07

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Abschluss- und katamnestiche Erhebung; . Rohwerte der Skalen. N = Anzahl der untersuchten Personen, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, M_K = Mittelwerte der Katamnese, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, SD_K = Standardabweichung der Katamnese, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Sig. (2-seitig) = die zweiseitig geprüfte asymptotische Signifikanz; ES :Effektstärke zwischen Abschlusserhebung und Katamnese

4.8 Veränderungen im sozialen Netzwerk

Die PatientInnen wurden sowohl zu Beginn der Therapie, als auch unmittelbar nach Beendigung der Therapie instruiert, maximal 10 Personen zu nennen, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Erhebung auf irgendeine Art und Weise für das Leben der PatientInnen von Bedeutung waren. Zusätzlich sollten Informationen zu Beziehung (z. B. PartnerInnen, FreundInnen, Verwandte), zur emotionalen Nähe/Distanz und zur Belastung/Unterstützung durch diese Personen gegeben werden (vgl. Abb. 4.18).

Abb. 4.18: Beispiel aus dem Instrument zur Erfassung sozialer Netzwerke

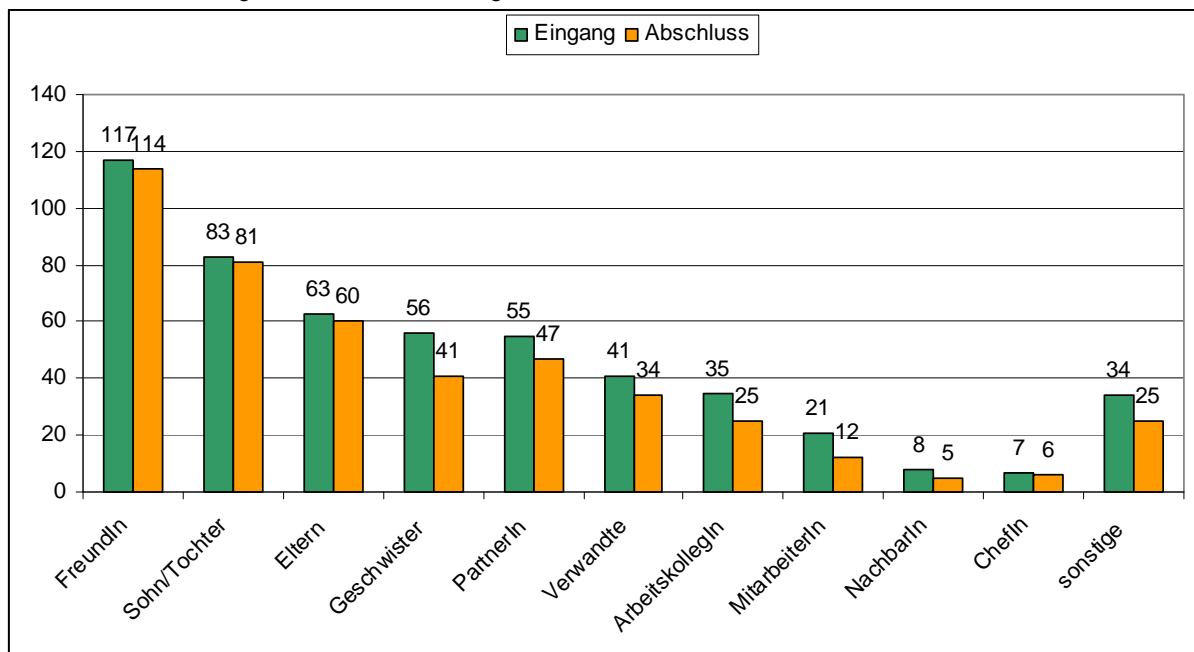
Person	Beziehung	Die Person steht mir persönlich					Die Person ist für mich				
		emotional nicht nahe			emotional nahe		belastend /nervend			unterstützend /hilfreich	
Eva	F	--	-	0	+	++	--	-	0	+	++

4.8.1 Prä-Post-Vergleich

Insgesamt wurden von den 61 Personen, die diesen Teil des Fragebogens zu beiden Testzeitpunkten ausfüllten, eingangs 532 Netzwerkmitglieder genannt, zum Abschluss nur noch 455. Dies bedeutet, dass sich der durchschnittliche Netzwerkumfang über den Zeitraum der Therapie von 8,7 (SD = 1,99) auf 7,5 (SD = 2,71) Netzwerkmitglieder reduzierte. Diese Reduktion ist laut T-Test für gepaarte Stichproben hoch signifikant ($\alpha = 0,001$).

Der größte Anteil der Netzwerkmitglieder in der Eingangserhebung waren FreundInnen (117; 22,5%), gefolgt von Söhnen und Töchtern (83; 16 %), Eltern (63; 12,1%) und Geschwistern (56; 10,8%). Insgesamt gaben in der Eingangserhebung 55 PatientInnen an, einen Partner oder eine Partnerin zu haben. Weiters wurden eingangs 41 Verwandte, 35 ArbeitskollegInnen, 21 MitarbeiterInnen, 8 NachbarInnen und 34 sonstige Personen genannt. Nur 7 PatientInnen nannten auch ihren Chef bzw. ihre Chefin als bedeutendes Netzwerkmitglied. Diese Verteilung änderte sich bis zum Ende der Therapie nicht signifikant. Bei Betrachtung von Abbildung 4.19 kann man allerdings erkennen, dass sich die Anzahl der genannten Netzwerkmitglieder in allen Beziehungskategorien etwas verringerte.

Abb. 4.19: Anzahl der genannten Netzwerkmitglieder



Zur vereinfachten Darstellung wurden jeweils emotional sehr entfernte (--) und emotional eher entfernte (-) Netzwerkmitglieder in der Kategorie „emotional entfernte Netzwerkmitglieder“ vereint und emotional sehr nahestehende (++) und emotional eher nahestehende (+) Netzwerkmitglieder zu „emotional nahen“ Netzwerkmitgliedern zusammengefasst. Auch bezüglich der Dimension „Belastung/Unterstützung“ wurde die fünfstufige Skala auf drei Kategorien („belastend“; „neutral“; „unterstützend“) reduziert, da ansonsten in einigen Fällen die einzelnen Häufigkeiten pro Kategorie sehr gering gewesen wären und sich außerdem damit kein zweidimensionales Netzwerk in vier Quadranten hätte darstellen lassen (siehe unten).

Insgesamt wurden bezüglich der Dimension „emotionale Nähe/emotionale Distanz“ in der Eingangserhebung 63 (11,8 %) emotional entfernte, 73 (13,7 %) neutrale und 396 (75,5 %) emotional nahe Netzwerkmitglieder genannt. In der Abschlusserhebung wurden nur noch 40 emotional entfernte (8,8 %) genannt. Während die absolute Anzahl als neutral eingestufte Netzwerkmitglieder in etwa gleich blieb, verringerte sich auch die Anzahl emotional naher Personen auf 347 (76,2 %) (vgl. Abb. 4.8.3). Nach der Durchführung eines T-Tests für gepaarte Stichproben lieferte hier allerdings nur für die Reduktion der emotional entfernten Netzwerkmitglieder ein signifikantes Ergebnis ($\alpha < 0,05$).

Bezüglich der Dimension „Belastung/Unterstützung“ konnte beobachtet werden, dass sich die Anzahl belastender Netzwerkmitglieder von eingangs 157 (27,7 %) bis hin zur Abschlusserhebung fast auf die Hälfte verringerte. Dafür gab es bezüglich der als neutral bewerteten Personen einen Zuwachs von 83 (11,7 %) auf 109 (23,1 %). Auch die absolute

Anzahl unterstützender Netzwerkmitglieder verringerte sich etwas, nämlich von eingangs 300 Personen (56,6 %) auf 261 Personen (58 %) (vgl. Abb. 4.21). Auch hier lieferte der T-Test für gepaarte Stichproben lediglich eine relevante Veränderung bezüglich der Anzahl belastender Netzwerkmitglieder ($p < 0,001$), was als höchst signifikante Reduktion anzusehen ist.

Abb. 4.20: Dimension „emotionale Nähe/Distanz“; Prä-Post.Vergleich

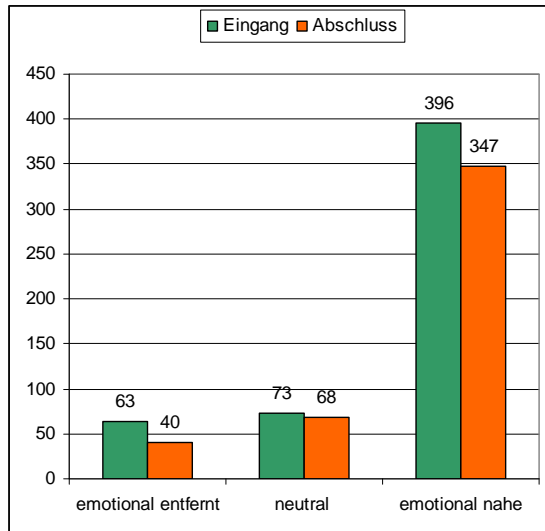
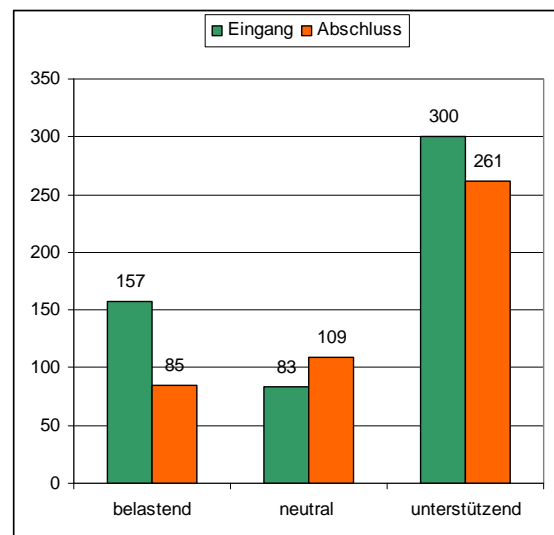


Abb.4.21: Dimension „Belastung/Unterstützung“; Prä-Post-Vergleich



Um die Veränderung der relativen Verteilung berechnen zu können, wurde zusätzlich sowohl für die Dimension „emotionale Nähe/emotionale Distanz“ als auch für die Dimension „Belastung/Unterstützung“ pro PatientIn ein relativer Mittelwert berechnet. Für die Dimension „emotionale Nähe/emotionale Distanz“ wurde dafür die Summe der emotional entfernten Netzwerkmitglieder von der Summe der emotional nahestehenden Netzwerkmitglieder abgezogen. Das Ergebnis wurde dann durch die absolute Anzahl der Netzwerkmitglieder dividiert. So ergab sich ein relativer Wert zwischen 1 und -1. Je näher dieser **relative Nähe-Distanz-Wert (rND)** gegen 1 ging, desto mehr emotional nahestehende Netzwerkmitglieder waren im Vergleich zu den emotional entfernten Netzwerkmitgliedern im Netzwerk vertreten und umgekehrt. Ist der Wert größer als Null, gibt es mehr emotional nahe Beziehungen als emotional ferne. Bei die Dimension „Belastung/Unterstützung“ wurde die Anzahl belastender Netzwerkmitglieder von der Anzahl unterstützender Netzwerkmitglieder abgezogen und anschließend das Ergebnis wieder durch absolute Anzahl der Netzwerkmitglieder dividiert. Je näher dieser **relative Unterstützungs-Belastungs-Wert (rUB)** an den Wert 1 kam, umso größer war der relative Anteil unterstützender Netzwerkmitglieder. Es kann also als Indikator für Therapieerfolg angesehen werden, wenn dieser relative Wert in den beiden Dimensionen über den Zeitraum der Therapie hinweg vergrößert werden konnte.

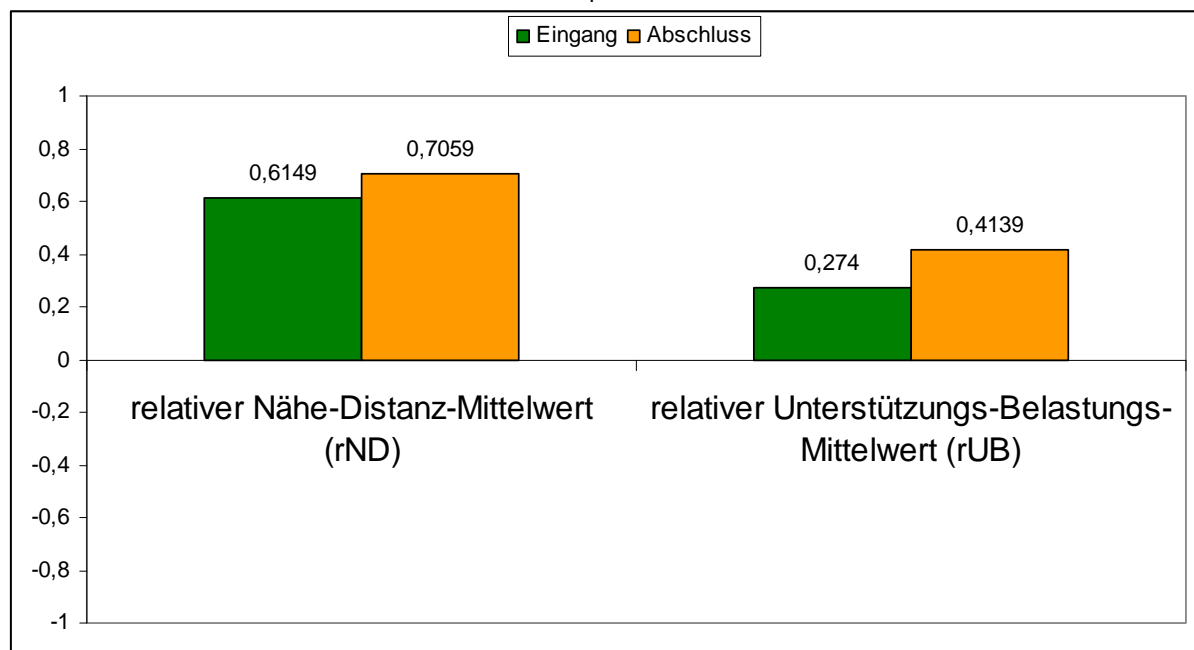
Interessant war, dass zu beiden Messzeitpunkten der rUB-Mittelwert den rND-Mittelwert deutlich überstieg. In der Eingangserhebung betrug der rNB-Mittelwert 0,61 (SD = 0,36), war also deutlich größer als Null, während der rUB-Mittelwert mit 0,27 (SD = 0,399) sehr nahe bei Null lag, was darauf hinwies, dass nur wenige unterstützende Personen mehr im sozialen Netzwerk der durchschnittlichen PatientIn vorhanden waren, als belastende. Der Unterschied zwischen rUB und rNB erwies sich zu beiden Erhebungszeitpunkten als höchst signifikant ($p < 0,001$), was darauf schließen ließ, dass gerade emotional nahestehende Personen oft sehr belastend wirken können.

Wenn man allerdings separat den rUB-Mittelwert der beiden Testzeitpunkt vergleicht, kommt man zum Schluss, dass die relative Anzahl unterstützender Netzwerkmitglieder im Vergleich zu der Anzahl belastender Netzwerkmitglieder über den Zeitraum der Therapie signifikant vergrößert werden konnte: Zum Abschluss der Therapie betrug der rUB-Mittelwert immerhin 0,41 (SD = 0,37; $\alpha = 0,011$).

Die beobachtet Vergrößerung des rND-Mittelwert von eingangs 0,61 (SD = 0,36) auf 0,71 (SD = 0,36) erwies sich nicht als signifikant ($\alpha = 0,077$).

In Abbildung 4.22 sind die rND- und rUB-Mittelwerte zu beiden Testzeitpunkten dargestellt.

Abb. 4.22: rND- und rUB-Mittelwerte zu beiden Testzeitpunkten

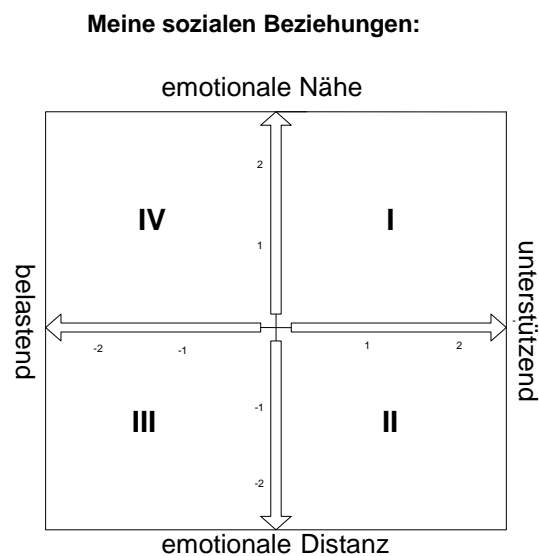


Bei näherer Betrachtung ließ sich außerdem feststellen, dass zum Zeitpunkt der Eingangserhebung 21,3 % der PatientInnen einen relativen Unterstützungs-Belastungswert kleiner Null aufwiesen. Zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung war dies nur noch bei 11,5 % der Fall. Die Zahl der PatientInnen, die in ihrem sozialen Netzwerk mehr belastende als unterstützende Beziehungen hatten, wurde also in etwa über den Zeitraum der Therapie halbiert.

4.8.2 Zweidimensionales soziales Netzwerk

Das zweidimensionale soziale Netzwerk einer Person lässt sich graphisch darstellen, indem man die beiden Dimensionen „emotionale Nähe/Distanz“ und „Belastung/Unterstützung“ rechtwinklig zueinander in eine Vierfeldertafel einträgt (vgl. Abb. 4.23).

Abb. 4.23: Zweidimensionales Netzwerk

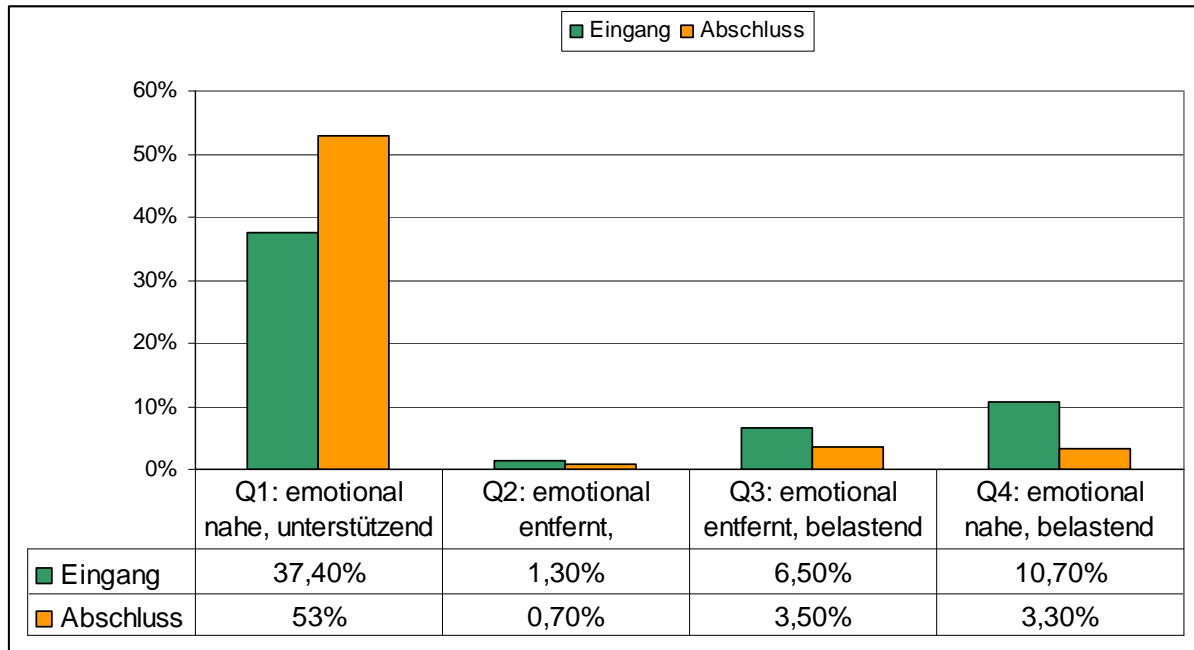


Dabei befinden sich emotional nahe, unterstützende Netzwerkmitglieder in Quadrant 1, emotional entfernte, unterstützende Netzwerkmitglieder in Quadrant 2, emotional entfernte, belastende Netzwerkmitglieder in Quadrant 3 und emotional nahe, belastende Netzwerkmitglieder in Quadrant 4.

Zum Zeitpunkt der Eingangserhebung befanden sich insgesamt 266 Netzwerkmitglieder (37,4 %) in Quadrant 1, nur 9 Netzwerkmitglieder (1,3 %) in Quadrant 2, 46 Netzwerkmitglieder (6,5 %) in Quadrant 3 und immerhin 76 Netzwerkmitglieder (10,7 %) in Quadrant 4. Die restlichen Netzwerkmitglieder wurden von den PatientInnen auf mindestens einer der beiden Dimensionen als neutral bewertet und konnten somit nicht in die Vierfeldertafel miteinbezogen werden.

Bis zum Abschluss der Therapie veränderte sich diese Häufigkeitsverteilung deutlich. In Quadrant 1 befanden sich nun 242 Personen, die immerhin 53 % aller Netzwerkmitglieder darstellten. In Quadrant 2 befanden sich nach der Therapie nur noch 3 (0,7 %), in Quadrant 3 nur noch 16 (3,5 %) und in Quadrant 4 nur noch 15 Personen (3,3 %) (vgl. Abb. 4.24).

Abb.4.24: zweidimensionales Netzwerk; Prä-Post-Vergleich



Mithilfe eines Chi²-Tests wurden diese relativen Häufigkeitsänderungen auf Signifikanz überprüft. Es zeigten sich relevante Veränderungen in den Quadranten 1, 3 und 4: Es wurden zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung signifikant mehr Netzwerkmitglieder als emotional nahe und unterstützend beschrieben ($p < 0,001$). Dafür befanden sich signifikant weniger emotional entfernte, belastende Personen ($p < 0,01$) und emotional nahe, belastende Personen im zweidimensionalen sozialen Netzwerk der PatientInnen.

4.9 Stundenbögen

Die Stundenbögen wurden im Verlauf der Therapie nach jeder Sitzung ausgeteilt. Sowohl PatientIn als auch TherapeutIn sollten dabei drei kurze Fragen beantworten, nämlich:

1. welches Thema im Vordegrund der jeweiligen Therapiesitzung stand,
2. ob die jeweilige Therapiesitzung hilfreich für den/die PatientIn war und
3. ob sie sich in der Therapeut-Patienten-Beziehung wohlfühlten haben.

4.9.1 Ergebnisse

Im Vergleich der ersten mit der letzten Therapiesitzung zeigt sich ein sehr signifikanter Unterschied ($p = 0,02$) aus Sicht der PatientInnen hinsichtlich der Unterstützung durch die TherapeutIn. Demzufolge empfinden die PatientInnen die Therapiestunden am Ende der Therapie deutlich hilfreicher als zu Therapiebeginn. Außerdem zeigt sich ein höchst signifikanter Zusammenhang ($p = 0,000$) zwischen den beiden untersuchten Dimensionen erlebte Unterstützung durch die TherapeutIn und Beziehung zur TherapeutIn. PatientInnen, die die Therapiestunde als sehr hilfreich erlebt haben, haben sich auch in der Beziehung zu ihrer TherapeutIn sehr wohl gefühlt und PatientInnen, für die die Therapiestunde in geringerem Ausmaß hilfreich war haben sich auch entsprechend weniger wohl gefühlt.

Offensichtlich ist das Erleben der Beziehung in den untersuchten Prozessen hochgradig mit dem Erleben eines persönlichen Weiterentwicklungs- oder Problembewältigungsfortschritt verbunden, der die Beziehung nicht als unabhängigen Faktor zutrage treten lässt, wenn er auf diese Weise erhoben wird. Da die beiden Dimensionen zusammenerhoben werden, erklärt sich ein Teil der Übereinstimmung sicherlich auch aus einem Haloeffekt.

Die Therapiestunden wurden von den TherapeutInnen zu über 73% als „hilfreich“ bis „sehr hilfreich“ für die PatientInnen bewertet. Bis zum Therapieabschluss steigert sich dieser Prozentsatz auf über 83%. In der ersten Therapiestunde fühlten sich mehr als 81% der TherapeutInnen „wohl“ oder „sehr wohl“ in der Beziehung zu ihren PatientInnen und am Ende der Therapie gaben über 85% der TherapeutInnen der PatientInnenbeziehung die Note „sehr gut“ oder „gut“.

Betrachtet man alle Therapiesitzungen und vergleicht TherapeutInnen- und PatientInneneinschätzung hinsichtlich der Unterstützung der Therapiestunde, so zeigt sich ein höchst signifikanter Zusammenhang ($p = 0,000$) zwischen den beiden Einschätzungen. Bei diesen Ratings ist nur schwer zu unterscheiden, ob es sich dabei um Übereinstimmungen handelt, die

1. eine Konsolidierung der Ratingmaßstäbe anzeigen
2. ein Ergebnisse gemeinsamer Diskussion
3. oder aber unabhängige Einschätzungen darstellen, die eine individuelle Einschätzung ausdrücken, wie jeder der beiden Beteiligten sich subjektiv wohlfühlt hat und die Effektivität der gemeinsamen Arbeit einschätzt.

4.9.2 Kritik

Aufgrund fehlender Daten bezogen auf die absolvierten Stunden verbietet sich aber eine weitergehende Interpretation der Zusammenhänge. Es ist davon auszugehen, dass nicht ausgefüllte und nicht verfügbare Stundenbögen nicht zufällig verteilt sind. Wahrscheinlich sind positive Prozesse überrepräsentiert. Die Gründe für die unterschiedliche Nutzung solcher Feedback- und Dokumentationsmöglichkeiten (Hass, Märtens & Petzold 1998) erfordern eine weitere Klärung. Ob und in welchem Umfang in die Therapie integrierte Stundenbögen zur direkten Rückmeldung genutzt werden können, um einen Beitrag zur Effektivitätssteigerung zu leisten, wie dies von einigen Autoren augenblicklich vorgeschlagen wird (Harmon et al. 2007, Lambert 2005, 2007) muss weiter untersucht werden. Hier ist die Diskussion, ob durch Fragebögen mehr Störung als Unterstützung vorliegt, noch nicht abschließend geklärt.

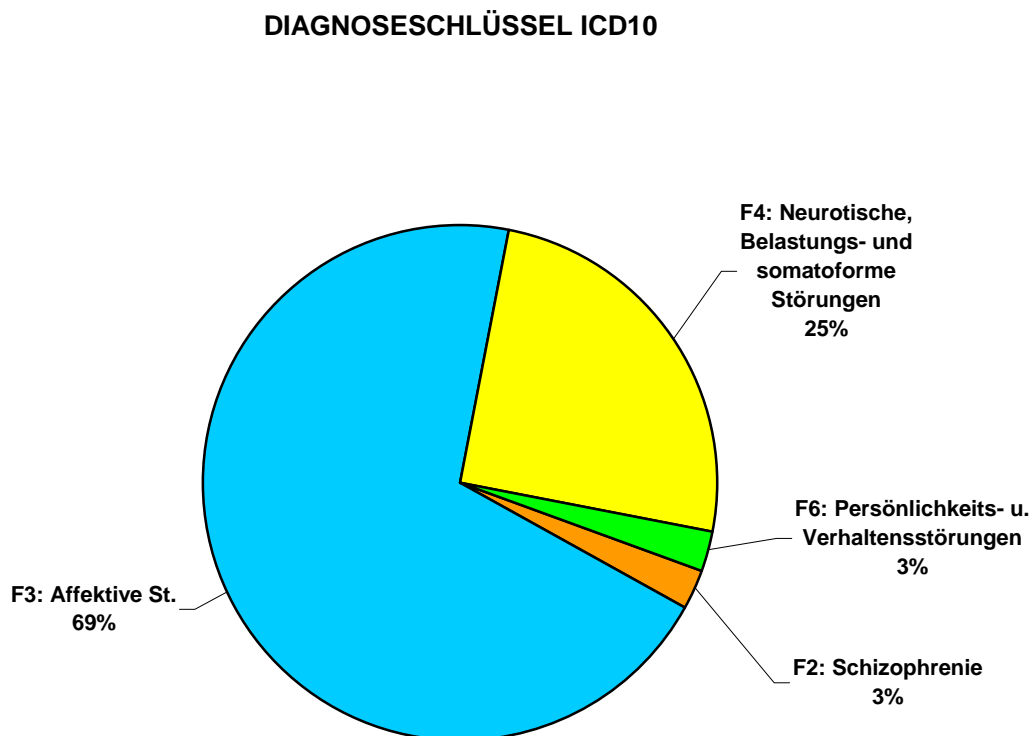
Hill und Knox (2009) regen hierzu an, die Frage weiter zu verfolgen, für welche Klienten in welchen Therapieprozessen- und Phasen eine Thematisierung auf Prozesse mit Fokus auf die Therapiebeziehung notwendig und für welche eher unsinnig oder sogar schädlich ist. In der Effektivitätsstudie zur Integrativen Therapie haben die teilnehmenden Therapeuten den Einsatz dieses therapieprozessbegleitenden Instruments sehr unterschiedlich konsequent umgesetzt. Dieses wegen der fehlenden Daten zu Auswertung aus forschungsmethodischer Sicht zu bedauernde Phänomen, zeigt aber wie zutreffend die Anregung von Hill und Knox (2009) zu sehen ist, hier weniger über die Frage der Steigerung der Motivation von Therapeuten zur Kooperation mit Forschung nachzudenken, als einen differentiellen Einsatz solcher Instrumente im Therapieprozess nachzudenken. Damit wird der Einsatz eines solchen Instruments eine Intervention im Therapieprozess und keine lästige Routine.

4.10 Medikamentengruppe im Vergleich zur Therapiegruppe

Parallel zu jener Untersuchungsgruppe, die Psychotherapie erhielt, wurden als Vergleichsgruppe PatientInnen geführt, die ausschließlich medikamentös behandelt wurden. Die Vergleichsgruppe umfasste 40 PatientInnen. Diese sind durchschnittlich 47,1 Jahre alt, der Altersrange reichte von 23 bis 75 Jahren (SD = 12,1). Der Frauenanteil lag bei 80 %. 42,5 % waren verheiratet, 22,5 % geschieden und 27,5 % ledig. Berufstätig waren 47,5 %, 12,5 % waren arbeitslos, 22,5 % bezeichneten sich als Hausfrau und 20 % waren pensioniert.

70 % waren aufgrund von affektiven Störungen (F3) in Behandlung, 25 % litten unter neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), jeweils 1 Person hatte die Diagnose Schizophrenie (F2) bzw. eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6), siehe Abb. 4.25. Die Kategorisierung der Beschwerden erfolgte mittels ICD 10.

Abb. 4.25: Diagnoseverteilung der Medikamentenvergleichsgruppe



Die PatientInnen wurden vorwiegend mit den handelsüblichen Antidepressiva und Anxiolytika behandelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 25,4 Wochen (SD = 10,7), sie reichte von 4 bis 60 Wochen mit Ausnahme eines Ausreißers von 160 Wochen.

4.10.1 Subjektive Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung

36 der ursprünglich 40 PatientInnen schätzten am Ende der Therapie auf einer Prozent-Skala (wie auch die Psychotherapie-PatientInnen) das Ergebnis, den Verlauf, die behandelnde ÄrztIn sowie deren wertschätzenden Umgang ein (0 % = „sehr unzufrieden“ bis 100 % = „sehr zufrieden“). Die Fragen im PatientInnen-Fragebogen der Abschlusserhebung lauten wörtlich:

- Wie zufrieden waren Sie mit...
- ...dem Ergebnis der Behandlung?
- ...dem Verlauf der Behandlung?
- ...Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin?
- ...der Wertschätzung, die Sie von Ihrer/Ihrem Ärztin/Arzt erfahren haben?

Die durchschnittliche Zufriedenheit aller PatientInnen war bezüglich der Einschätzung der Wertschätzung, die sie von ihren ÄrztInnen erfahren hatten, am höchsten ($x = 90,0$, $SD = 9,3$), gefolgt von der Einschätzung der Zufriedenheit mit den TherapeutInnen allgemein ($x = 88,9$; $SD = 10,4$). Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsverlauf ($x = 71,7$; $SD = 22,4$) und mit dem Behandlungsergebnis ($x = 71,1$; $SD = 25,7$) fiel vergleichsweise gering aus. Insofern ähnelten sich die Antworttendenzen der Medikamentengruppe jenen der Psychotherapiegruppe (vgl. Tab. 4.21), wenn auch die Höhe der Zufriedenheit unterschiedlich war.

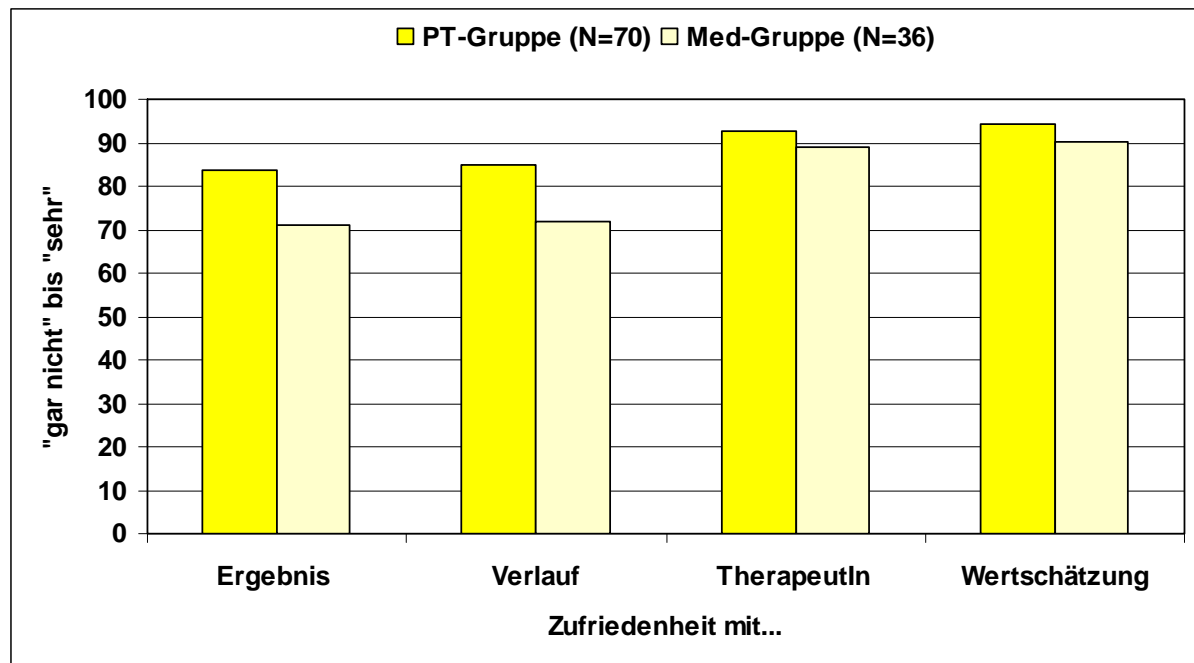
Tab. 4.21: Zufriedenheit der Medikamentengruppe

Statistics					
		Ergebnis der M-Behandlung	Verlauf der M-Behandlung	ÄrztIn	Wertschätzung der ÄrztIn
N	Valid	36	36	36	36
	Missing	0	0	0	0
Mean		71,11	71,67	88,89	90,00
Std. Deviation		25,721	22,361	10,359	9,258
Minimum		10	20	70	70
Maximum		100	100	100	100

In Abbildung 4.26 sind die Antworten der beiden Gruppen grafisch dargestellt. Dabei zeigt sich, dass die Zufriedenheit auf der zwischenmenschlichen Ebene, d. h. die therapeutische Arbeitsbeziehung sowohl bei der Psychotherapie- als auch bei der Medikamentengruppe tendenziell besser abschnitt als eine abstrakte Größe wie Ergebnis und Verlauf der

Behandlung. Auffällig ist, dass der Behandlungserfolg und –verlauf von der Medikamentengruppe deutlich schlechter bewertet wurden. Dies könnte damit erklärt werden, dass im Zuge der Psychotherapie eine positive Beziehungserfahrung hinzukommt, die bei der klassischen Verschreibung und Kontrolle von Medikamenten nicht in dem Maße angeboten wurde.

Abb. 4.26: Vergleich Psychotherapiegruppe und Medikamentengruppe – subjektive Behandlungszufriedenheit



Laut Mann-Whitney-U-Test war der Unterschied der Medikamenten- und der Psychotherapiegruppe hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit in allen 4 Bereichen signifikant (vgl. Tab. 4.22).

Tab. 4.22: Vergleich Medikamentengruppe und Psychotherapie - Subjektive Behandlungszufriedenheit

Zufriedenheit mit ...	Mann-Whitney-U-Test		
	MW PT / Med.	Z	Asympt. Sign. (2-seitig)
dem Ergebnis der Behandlung	94,3 / 90,00	-2,527	0,011
dem Verlauf der Behandlung	92,6 / 88,89	-3,039	0,002
dem Arzt/Therapeut allgemein	84,9 / 71,67	-2,169	0,030
der Wertschätzung durch die ÄrztIn / TherapeutIn	83,7 / 71,11	-2,844	0,004

Anmerkung: Mann-Whitney-U-Test (2-seitig); PT = Psychotherapiegruppe (N = 62); Med = Medikamente (N = 35), Gesamt-N = 97.

Die festgestellten signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren nicht überraschend. Insbesondere die beiden deutlichen Differenzen in der Ergebnis- und

Verlaufseinschätzung verdeutlichen, dass Psychotherapie hinsichtlich des Ergebnisses und des Verlauf eine besondere Wertschätzung erfährt.

4.10.2 Veränderung der Symptomatik im Vergleich

Ebenso wie bei der Psychotherapiegruppe wurde auch bei der Medikamentengruppe zu Beginn und Abschluss der Behandlung die Symptomatik mittels SCL-90 gemessen. Die Unterschiede zwischen den beiden Testzeitpunkten waren signifikant, d. h. die Symptome in allen Skalen verringerten sich im Zuge der medikamentösen Therapie (vgl. Tab. 4.23).

Tab 4.23: Medikamentengruppe: Prä-Post-Mittelwertdifferenzen der SCL-90-R

SCL-90-R	N	M _G	M _{PD}	M _E / M _A	SD _E / SD _A	Z	Asymp. Sign. (2-seitig)
Somatisierung	35	0,36	0,87	1,39 / 0,66	0,86 / 0,66	-4,142	0,000
Zwanghaftigkeit	35	0,39	1,47	1,44 / 0,84	0,76 / 0,78	-4,176	0,000
Unsicherheit	35	0,29	1,41	1,27 / 0,72	0,65 / 0,62	-3,706	0,000
Depressivität	35	0,36	1,79	1,62 / 0,84	0,70 / 0,70	-4,601	0,000
Ängstlichkeit	35	0,30	1,47	1,51 / 0,68	0,88 / 0,58	-4,408	0,000
Aggressivität	35	0,30	1,10	0,93 / 0,52	0,68 / 0,46	-3,127	0,002
Phobische Angst	35	0,13	0,74	1,10 / 0,42	0,93 / 0,47	-3,926	0,000
Paranoides Denken	35	0,34	1,16	1,22 / 0,62	0,83 / 0,56	-3,860	0,000
Psychotizismus	35	0,14	0,94	0,92 / 0,38	0,74 / 0,41	-3,783	0,000
GSI	35	0,31	1,26	1,30 / 0,66	0,60 / 0,53	-4,611	0,000

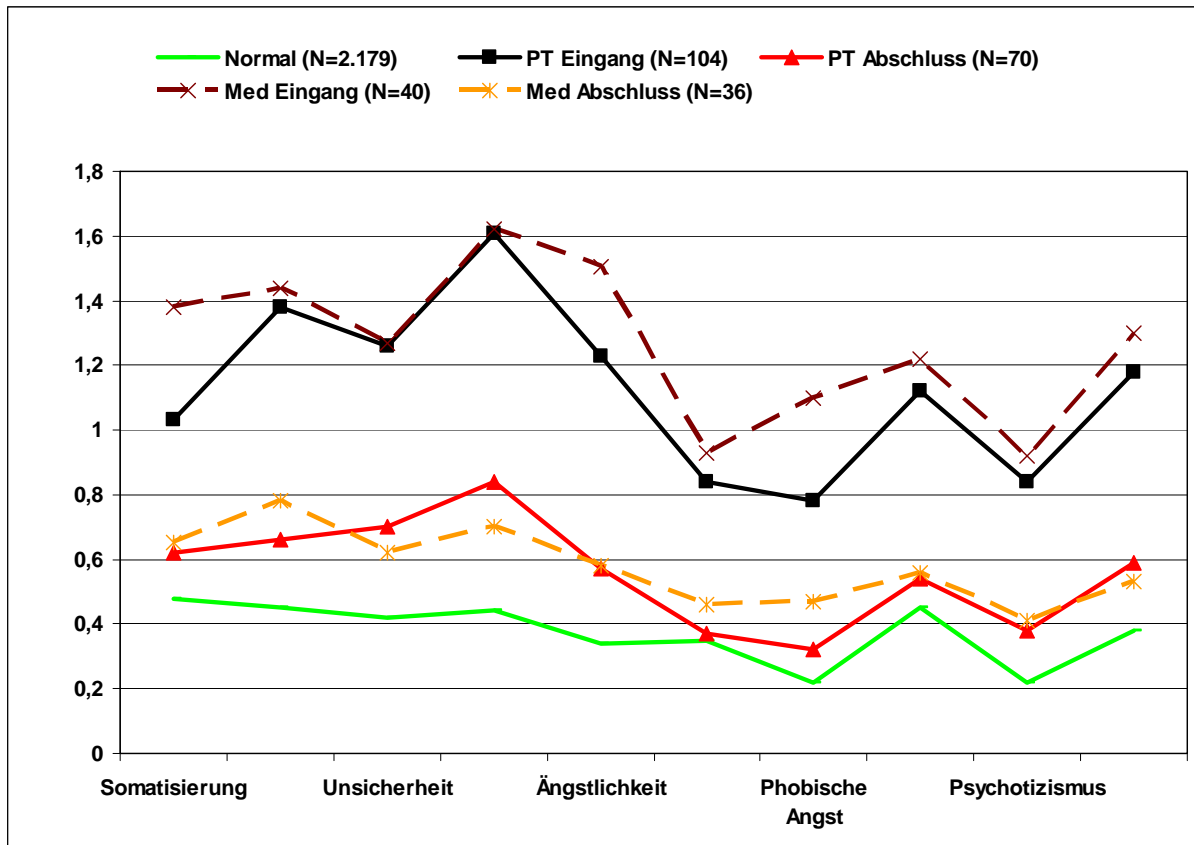
Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung. N = Anzahl der untersuchten Personen, M_G = gesunde Normierungsstichprobe (N = 974 aus Derogatis, 1977), M_{PD} = ambulante Psychiatriepatienten (N = 1002, ebd.), M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Asymp. Sign. = die Asymptotische Signifikanz (zweiseitig).

Um eventuelle Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung feststellen zu können, wurden die SCL-90-Werte der beiden Interventionsgruppen mittels Mann-Whitney-U-Test auf signifikante Abweichungen untersucht und zwar sowohl zum Zeitpunkt der Eingangserhebung, als auch zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung. Anschließend wurden mittels selbigem Verfahren die jeweiligen Effektstärken in den beiden Gruppen (Psychotherapie-Gruppe und Medikamentenvergleichsgruppe) auf signifikante Differenzen überprüft.

Zum Zeitpunkt der Eingangserhebung unterschieden sich die beiden Gruppen bezüglich der Symptombelastung lediglich in den Skalen „Somatisierung“ und „Phobische Angst“ signifikant ($p < 0,05$) und zwar waren in diesen beiden Skalen eingangs die Werte der Medikamentenvergleichsgruppe signifikant höher. In allen anderen Dimensionen und auch im GSI unterschieden sich die beiden Gruppen vor der Behandlung allerdings nicht nachweisbar voneinander. So wird deutlich, dass beide Therapieformen eine deutliche Besserung der Symptome bewirkten und sich diese in Richtung Norm-Stichprobe bewegten.

Die Unterschiede zwischen Medikamenten- und Psychotherapiegruppe sind in keinem der SCL-90-Skalen signifikant (vgl. Abb. 4.27).

Abb. 4.27: Vergleich Medikamenten- (Med) und Psychotherapiegruppe (PT) Symptomatik Eingangserhebung mit Abschlusserhebung



Die mittleren Effektstärken der Veränderungen der Symptombelastung zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung zeigten ebenfalls keinerlei signifikanten Unterschiede zwischen der Psychotherapiegruppe und der Medikamentenvergleichsgruppe (vgl. Tab. 4.24). Bei Betrachtung der mittleren Effektstärke des GSI ist erkennbar, dass beide Gruppen durchaus hohe Effekte mit Effektstärken von $ES > 0,9$ erzielen konnten.

Beim Betrachten der einzelnen Skalen fällt allerdings auf, dass in den meisten Fällen die Effektstärken die durch die medikamentöse Behandlung erzielt wurden, etwas höher sind als jene, die durch die psychotherapeutische Intervention erreicht werden konnten. Da allerdings zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung die mittleren Symptombelastungswerte der beiden Gruppen zum Großteil nahezu identisch sind, ist dieser Unterschied mit den meist höheren Eingangsmittelwerten der Medikamentenvergleichsgruppe zu erklären.

Tab. 4.24: SCL-90-R: Gegenüberstellung der erzielten mittleren Effektstärken in der Psychotherapiegruppe und der Medikamentenvergleichsgruppe (Eingang-Abschluss)

SCL-90-R Effektstärken	MW _{PT} / MW _{MED}	SD _{PT} / SD _{MED}	Z	Asymp. Sign. (2-seitig)
Somatisierung	0,63 / 0,81	1,02 / 0,91	-1,160	0,246
Zwanghaftigkeit	0,80 / 0,76	1,00 / 0,87	-0,021	0,983
Unsicherheit	0,54 / 0,75	0,82 / 0,98	-1,525	0,127
Depressivität	0,84 / 1,00	1,02 / 0,87	-1,113	0,266
Ängstlichkeit	0,90 / 0,91	1,06 / 0,94	-0,271	0,786
Aggressivität	0,64 / 0,67	1,03 / 1,09	-0,596	0,552
Phobische Angst	0,50 / 0,72	0,84 / 1,00	-0,979	0,328
Paranoides Denken	0,56 / 0,75	0,76 / 0,95	-1,337	0,181
Psychotizismus	0,69 / 0,81	0,91 / 1,08	-0,386	0,700
GSI (mit Zusatzskala)	0,94 / 0,95	1,08 / 0,87	-0,571	0,568

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung. MW_{PT} = mittlere Effektstärken der Psychotherapiegruppe, MW_{MED} = mittlere Effektstärken der Medikamentenvergleichsgruppe, SD_{PT} = Standardabweichung der Psychotherapiegruppe, SD_{MED} = Standardabweichung der Medikamentenvergleichsgruppe, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, Asymp. Sign. = die Asymptotische Signifikanz (zweiseitig).

Offen bleibt die Frage nach eventuellen Sleeper-Effekten in der Medikamentenvergleichsgruppe. Umso interessanter wird diese Frage, wenn man an die sehr hohen Effektstärken der Veränderungen zwischen Eingangserhebung und Katamnese bezüglich der Symptombelastung in der Psychotherapiegruppe denkt (siehe Kapitel 4.2).

4.10.3 Weitere Ergebnisse der medikamentösen Behandlung

Durch die medikamentöse Therapie verbesserte sich die **allgemeine Zufriedenheit** in allen Bereichen bis auf die wirtschaftliche Situation ($p = 0,335$) und die Wohnsituation ($p = 0,133$) signifikant (bei einem angenommenen Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$) (vgl. Abb. 4.25). Dieses Muster der Zufriedenheitssteigerung erinnert stark an das in der Psychotherapie-Gruppe gefundene Muster (vgl. Kapitel 4.6).

Abb. 4.25: Medikamentengruppe: Prä-Post-Mittelwertvergleich der EAL, Z-Wert und Signifikanzen

EAL	N	M _E / M _A	SD _E / SD _A	Z	p
Persönlichkeit und Fähigkeiten	30	55,33 / 69,67	28,25 / 23,99	-2,932	0,003
Leben	30	49,33 / 68,00	26,38 / 24,69	-3,340	0,001
Leben als sinnvoll	30	53,67 / 71,33	26,32 / 23,89	-3,904	0,000
Kontakte	30	63,33 / 74,67	23,83 / 17,76	-3,005	0,003
Freunde	30	47,33 / 66,67	27,16 / 22,02	-4,003	0,000
Freizeit	30	49,67 / 70,67	27,35 / 19,99	-3,328	0,001
Arbeit und Beruf	30	49,67 / 63,67	29,18 / 24,14	-2,552	0,011
Sexualität	30	46,33 / 55,67	26,19 / 25,28	-2,041	0,041
Körper	30	51,00 / 65,33	29,17 / 22,70	-2,603	0,009
Wirtschaftliche Situation	30	55,67 / 60,67	29,67 / 27,78	-0,964	0,335
Wohnsituation	30	64,00 / 71,67	29,43 / 27,30	-1,502	0,133

Anmerkung: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben (zweiseitig). Paare jeweils Eingangs- und Abschlusserhebung. Rohwerte der Skalen, N = Anzahl der Personen, M_E/M_A = Mittelwerte der Eingangserhebung/Mittelwerte der Abschluss-erhebung, SD_E/SD_A = Standardabweichung der Eingangserhebung/Standardabweichung der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, p = die Signifikanz.

Vergleicht man die allgemeine Zufriedenheit der Medikamentengruppe mit jener der Psychotherapiegruppe zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung, so lassen sich auch hier keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellen. Lediglich zum Zeitpunkt der Eingangserhebung unterschieden sich die beiden Gruppen in der Skala „Zufriedenheit mit dem Leben“: Die Psychotherapiegruppe zeigte hier einen signifikant kleineren Mittelwert ($p < 0,05$). Insgesamt waren die Ergebnisse der beiden Gruppen bezüglich der allgemeinen Lebenszufriedenheit allerdings als kaum unterschiedlich anzusehen. In beiden Gruppen konnte die allgemeine Lebenszufriedenheit in allen Bereichen signifikant verbessert werden – mit Ausnahme der Bereiche „Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Situation“ und „Zufriedenheit mit der Wohnsituation“. Gerade diese beiden Items waren allerdings als Kontrollitems gedacht, da es unwahrscheinlich ist, dass sich aufgrund von Psychotherapie die finanzielle Situation der PatientInnen unmittelbar verändert.

Was die verschiedenen **Aspekte körperlichen Befindens** angeht, so kann ganz allgemein gesagt werden, dass die medikamentöse Therapie sehr erfolgreich war. In der Eingangserhebung erreichten die PatientInnen bezüglich körperlicher Verspannungen einen durchschnittlichen Prozentwert (vgl. Kapitel 4.7) von 71,8 % (SD = 26,04), während der Durchschnittswert in der Abschlusserhebung nur noch 39,4 % betrug (SD = 26,83). Diese Veränderung war höchst signifikant ($p < 0,001$). Ebenso signifikant erwies sich die Verbesserung bezüglich körperlicher Erschöpfungszustände: Während eingangs der prozentuale Mittelwert noch 62 % betrug (SD = 26,14), so betrug er zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung nur noch 31,4 % (SD = 27,38; $p < 0,001$). Auch die Körperakzeptanz ($p < 0,01$) und das Spüren des eigenen Körpers ($p < 0,05$) verbesserten sich signifikant (vgl. Abb. 4.26).

Abb. 4.26: Eingang-Abschluss-Mittelwertvergleich der Aspekte körperlicher Befindlichkeit

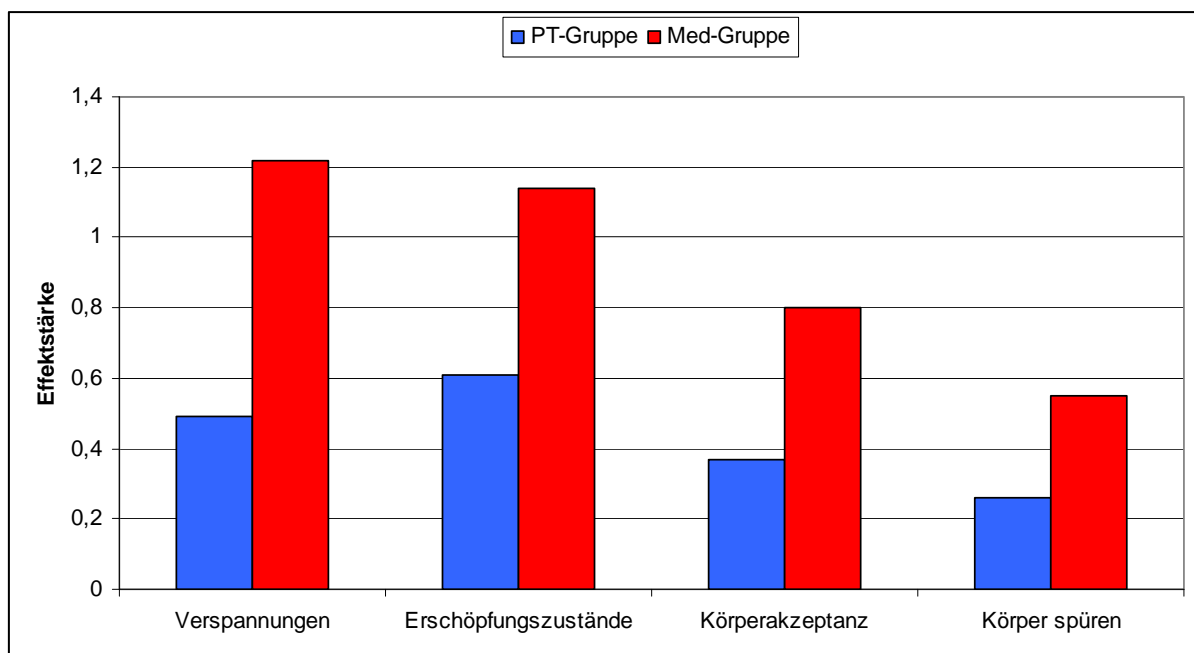
Körperliche Befindlichkeit	N	M_E / M_A	SD_E / SD_A	Z	Sig. (2-seitig)p
(1) häufig Verspannungen	69	71,79 / 39,44	26,04 / 26,83	-3,836	0,000
(2) häufig körperliche Erschöpfungszustände	70	62,00 / 31,39	26,14 / 27,38	-3,869	0,000
(3) kann Körper häufig nicht akzeptieren	69	48,50 / 25,00	31,75 / 27,10	-3,212	0,001
(4) kann Körper häufig nicht spüren	67	32,82 / 17,78	30,52 / 24,27	-2,478	0,013

Anmerkung: Wilcoxon-Test (zweiseitig) M_E = Mittelwerte der Eingangserhebung, M_A = Mittelwerte der Abschlusserhebung, SD_E = Standardabweichung in der Eingangserhebung, SD_A = Standardabweichung in der Abschlusserhebung, Z = der durch den Wilcoxon-Test ermittelte Z-Wert, p = die zweiseitige Signifikanz

Obwohl weder zum Zeitpunkt der Eingangserhebung, noch zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung signifikante Unterschiede bezüglich der Mittelwerte der vier Aspekte körperlichen Befindens zwischen Psychotherapie- und Medikamentenvergleichsgruppe nachgewiesen werden konnten, so fielen doch die gemittelten Effektstärken der

medikamentösen Behandlung auffällig höher aus (vgl. Abb. 4.28). Bezüglich Verspannungen (ES = 1,22) und körperlicher Erschöpfungszustände (ES = 1,14) konnten sehr hohe Effekte, und bezüglich der Körperakzeptanz (ES = 0,8) konnten hohe Effekte erzielt werden. Auch das Spüren des eigenen Körpers konnte zumindest mit einer Effektstärke im mittleren Bereich verbessert werden (ES = 0,55). Dazu muss allerdings gesagt werden, dass nicht erhoben wurde, wie der weitere Verlauf aussah, also ob die Effekte nach Absetzen der medikamentösen Behandlung wieder zurückgingen. In der Therapiegruppe konnten die Effekte bis sechs Monate nach der Therapie noch weiter verstärkt oder zumindest gehalten werden (vgl. Kapitel 4.7).

Abb. 4.28: Effektstärken der Veränderungen körperlicher Aspekte zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung



5 Zusammenfassende Bemerkungen und Ausblick

Über alle direkten und indirekten Messungen zeigen sich deutliche Effekte der Behandlungen, wenn man die Reduktion von Symptomen und Belastungen betrachtet. Dieser erfreuliche Befund wird ergänzt durch Gewinne an Lebensqualität, also einer Zunahme an Ressourcen, deren Erfassung immer mehr an Bedeutung gewinnen (z. B. Willutzki, Koban, Neumann 2005).

Beim Vergleich mit experimentellen Wirksamkeitsstudien, also Studien, die unter „Laborbedingungen mit ausgesuchten, meistens randomisierten Stichproben“ durchgeführt werden, fallen die hier gefundenen Effekte gemessen mit Effektstärken meist etwas geringer aus. Das entspricht aber den Erwartungen, da die Ergebnisse dieser Studie mit denen von Effektivitätsstudien, welche die Effekte von Psychotherapie unter Praxisbedingungen untersuchen, vergleichbar sind, die allerdings erst in den letzten Jahren vermehrt durchgeführt und nachdrücklich eingefordert werden (z. B. Scheithauer & Petermann 2000, Fonagy & Roth 2004a, 2004b, Hill & Lambert 2004).

Überraschend und erklärungsbedürftig erscheint dabei, dass es sich hier um ÄrztInnen in Weiterbildung zur Psychotherapeutischen Medizin handelt. Die Effekte zeigen, dass die PatientInnen durch die Therapien erhebliche Verbesserungen erreichen konnten, die durchaus mit den Effekten anderer Psychotherapieverfahren mithalten können, die von bereits erfahrenen TherapeutInnen unter normalen Praxisbedingungen durchgeführt wurden (z. B. Peseschkian et. al. 1999, sowie Überblicksbewertungen Fonagy & Roth 2004b). Die Befunde bestätigen allerdings ein Phänomen, welches in den letzten Jahren wiederholt aufgetaucht ist, nämlich dass überraschenderweise AusbildungskandidatInnen in den indirekten und direkten Ergebnismessungen, also den durch Tests operationalisierten Effekten, die berufserfahrenen KollegInnen überflügeln (Stein und Lambert 1995). Lambert fasst drei Studien mit insgesamt 954 von AusbildungskandidatInnen im direkten Vergleich mit 1.656 von ausgebildeten Therapeuten behandelten KlientInnen zusammen, die eine signifikante Überlegenheit der AusbildungskandidatInnen belegen (Lambert et al. 2005, 325ff.). Lange Zeit wurde es als relativ gesichert angesehen, dass die Länge therapeutischer Erfahrung in einem nicht starken aber irgendwie gearteten linearen Zusammenhang mit therapeutischer Effektivität im Sinne messbarer Effekte steht. Unterdessen kann als gesichert gelten, dass das Phänomen der Überlegenheit von AusbildungskandidatInnen über die routinierten KollegInnen ein gut belegtes ist, das weiterer Aufklärung bedarf (Lambert et al. 2005, 330). Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten hinsichtlich der Größe der erhobenen Effekte ebenfalls in die Richtung. Möglicherweise ist der Effekt durch die größere Intensität der Beschäftigung und den größeren zeitlichen Umfang der Beschäftigung mit den KlientInnen (Arbeitspensum) erklärbar, der über die messbare Sitzungszeit hinausgeht. Dann hätte man es auch hier wieder mit dem Arbeitspensumphänomen (Vocisano et al. 2004) zu

tun. Die Daten zu den Behandlungsbesonderheiten legen eine solche Interpretation ebenfalls nahe. Bei einer großen Zahl der behandelten Fälle wurden diese von ÄrztInnen therapiert, die wöchentlich weniger als 10 Patienten psychotherapeutisch behandelt, also eine geringe (psycho)therapeutische Belastung haben. Aufgrund der geringen Fallzahlen pro Arzt/Ärztin und der nicht erhobenen Unterschiede hinsichtlich der Belastung durch andere ärztliche und nichtärztliche Tätigkeiten, kann der Einfluss einer allgemeinen Grundbelastung auf die therapeutische Effektivität leider nicht ermittelt werden, sollte aber in weiteren Untersuchungen unbedingt differenzierter erfasst werden.

Bemerkenswert ist die differenzierte Sicht und das Verständnis der psychotherapeutischen MedizinerInnen für die psychischen Störungen und deren Entsprechungen in der SCL-90 Symptomcheckliste sowie aus ressourcenorientierter Sicht die Erfassung unterschiedlicher Bereiche der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Diese können die ÄrztInnen am Ende der Therapie und zum Katamnesezeitpunkt ausgesprochen gut, also noch besser als zum Therapiebeginn einschätzen. Hier zeigt sich, dass die TherapeutInnen im Laufe der Therapie ein sehr spezifisches Bild ihrer PatientInnen gewinnen.

Die Einschätzungen der Angehörigen wurden ebenfalls systematisch erfasst. Sie bestätigen aus ihrer Sicht deutliche Verbesserungen und erlauben die Schlussfolgerung, dass die Angehörigen die therapiebedingten Effekte im Wesentlichen positiv bewerten, also durch die Therapie nicht negativ beeinträchtigt werden. Bei einigen Bewertungen aus Angehörigensicht bietet es sich an, zukünftig direkter nach Auswirkungen auf die Paarbeziehung zu fragen, um die Wahrnehmung von Veränderungen in der Beziehung eingehender zu hinterfragen. Das betrifft insbesondere Items, die so sensible und für eine Beziehung zentrale Punkte berühren, wie die sexuelle Zufriedenheit. Eine Frage nach der Einschätzung der sexuellen Zufriedenheit der LebenspartnerIn, Ehemanns bzw. -frau etc. wirft fast zwangsläufig auch die Frage nach der eigenen Zufriedenheit mit der augenblicklichen Sexualität auf. Bei Fragen, die nur schwer eine beobachtende Neutralität aufweisen, erscheint dieser Fokus erweitert und sinnvoll, auch wenn damit der Rahmen der personbezogenen Evaluation erweitert wird.

Beim Vergleich mit PatientInnen, die ausschließlich mit Medikamenten behandelt wurden, fallen die hohen Werte der subjektiven Behandlungszufriedenheit in beiden untersuchten Gruppen auf. Trotz der deutlichen Überlegenheit bei diesen Aspekten wird aufgezeigt, dass offensichtlich PatientInnen, denen mit einer medikamentösen Behandlung geholfen wurde, weil sie diese einer psychotherapeutischen vorgezogen haben, mit der Art der Hilfe grundsätzlich sehr zufrieden scheinen. Weiters haben einige wenige PatientInnen im Verlauf der Psychotherapie und später ihren Medikamentenkonsum reduziert oder eingestellt. Aufgrund der zu geringen Fallzahlen kann zu einer möglicherweise vorliegenden Überlegenheit einer kombinierten Behandlung (Thase & Jindal 2004) bei affektiven

Störungen leider keine differenzierte Auswertung erfolgen, so dass diese klassische Frage offen bleibt.

Das wirft eine unbedingt weiter zu verfolgende Frage auf: Nach welchen Kriterien wurde hier offensichtlich für eine spezielle PatientInnengruppe eine besonders geeignete Behandlung gewählt, die ihren Bedürfnissen entgegengekommen ist? Durch Zufallsverteilungen auf die beiden Behandlungsformen könnten hier wichtige Hinweise ermittelt werden, die für eine patientenorientierte Auswahl unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten bedeutsam ist. Die Medikamentenstichprobe unterscheidet sich durch eine andere Ausgangslage psychopathologisch und altersmäßig von der Psychotherapiestichprobe. Diese Unterschiede könnten auch für die unterschiedliche Nachfrage und eine Bevorzugung einer medikamentösen Behandlung von Bedeutung sein.

Die Ergebnisse legen insbesondere nahe weiter zu verfolgen, welche PatientInnen möglicherweise mit Medikamenten oder hinsichtlich ihrer Compliance durch eine spezifische zwischenmenschliche Begegnung besser versorgt werden können.

Wie die katamnestische Untersuchung der Stichprobe zeigt, weisen die beschriebenen Effekte eine hohe Stabilität und sehr häufig Sleepereffekte auf. Es lassen sich keine Deteriorationseffekte (Verschlechterungen) feststellen, sondern die positiven Veränderungen der Symptomatik gewinnen in einigen Bereichen sogar noch. Ein Vergleich der PatientInnenbelastungen mit der Durchschnittsbevölkerung belegt, dass sie sich von dieser statistisch nach der Therapie kaum mehr unterscheiden lässt. Hinsichtlich ihres interpersonalen Verhaltens und ihrer Symptombelastung hat die psychotherapeutisch behandelte Stichprobe einen unauffälligen Zustand erreicht, was für eine nicht unerheblich belastete Personengruppe nicht unbedingt zu erwarten war.

Einige Veränderungen im interpersonellen Verhalten belegen, dass in einigen Bereichen aufgrund der Therapie Dimensionen stärker ausgeprägt werden, als dies im Bevölkerungsdurchschnitt der Fall ist. Es müssten in Katamnesen unbedingt die Auswirkungen einer Psychotherapie auf Partnerschaft, Arbeitsleben und das private Beziehungsnetzwerk weiter untersucht werden, um herauszufinden, in welchen Fällen hier positive und/oder negative Veränderungen vorherrschen. Forschungsmethodisch interessant ist hierbei, dass es sich bei diesen Effekten um Veränderungen handelt, die nur schwache Effektstärken aufweisen. Trotz der geringen gemessenen Effektstärken stellt sich aber die Frage nach der Bewertung der eingetretenen Effekte. Da die Ausgangswerte bei Therapiebeginn im Normbereich lagen, bestand hier möglicherweise überhaupt kein Veränderungsbedarf. Etwas anders stellt sich die Situation in den Dimensionen Selbstunsicherheit, Introversion und Fürsorglichkeit dar, in denen es zu einer Angleichung mit den Durchschnittsausprägungen gekommen ist. Hieraus lässt sich ein erwünschter

Gewinn an psychischer Gesundheit ableiten, der auch unter sozialen und kommunikativen Gesichtspunkten einfach als eine positive Entwicklung zu klassifizieren ist.

In einigen Aspekten verweisen die Befunde darauf, dass erhoffte Effekte weniger stark aufgetreten sind. Es betrifft insbesondere körperbezogene Parameter einschließlich sportlicher Betätigungen. Diese Bereiche müssen unbedingt stärker fokussiert werden. Insbesondere für einen integrativen Ansatz verweist das auf die Notwendigkeit, solchen Aspekten mehr Raum in der Weiterbildung zu verschaffen.

Insgesamt zeigen sich deutlich positive Effekte der Integrativen Therapie.

Hier wurde die Ebene der Effektivitätsforschung fokussiert, um die Qualität des von den Weitergebildeten Erlernten mehrperspektivisch (aus der Perspektive der TherapeutInnen, der PatientInnen und der Angehörigen) zu überprüfen.

Weiterführende Forschungslinien und Projekte des Departments für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie bleiben einerseits im Kontext der entwickelten und durchgeführten Universitätslehrgänge (siehe: www.donau-uni.ac.at/psymed) mit einem besonderen Schwerpunkt in der Psychotherapieforschung - auch deren Risiken, Nebenwirkungen und Schäden, sowie andererseits in Department übergreifenden Aktivitäten.

6 Literatur

- Ambühl, H., Orlinsky, D., Cierpka, M., Buchheim, P., Meyerberg, J. & Willutzki, U.** (1995): Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45, S. 109 - 120.
- Angelettie, L.** (2006): When choosing a therapist – caseload is key. *BellaOnline's Mental Health Editor*¹
- Bortz, J.** (1999): *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer. (5. Aufl.).
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schuhmacher, J. & Strauß, B.** (1999): Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, S. 422 - 431.
- Braun, U., Regli, D.** (2000): *Psychotherapie-Evaluation in der Praxis*. In A. **Laireiter** (Hrsg.): *Diagnostik in der Psychotherapie*. New York: Springer.
- Burt, R. S.** (1984): Network items and the General Social Survey. *Social Networks*, 6, 293-339.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., Wong, E.** (2004): Therapist variables. In: **Lambert, M. J.** (Ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons (5 ed.), S. 227 – 306.
- Caspar, F.** (2005): Therapeut/Therapeutin und die Therapiebeziehung. In: **Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S., Willutzki, U.** (Hrsg.): *Fortschritte der Psychotherapieforschung*. Göttingen: Hogrefe, S. 265 – 307.
- Cierpka, M., Buchheim, P., Gitzinger, I., Seifert, T., Orlinsky, D.** (1993): Persönliche und berufliche Entwicklungen von Psychotherapeuten. Die Einflüsse auf die Programmauswahl der TeilnehmerInnen bei den Lindauer Psychotherapiewochen - eine empirische Studie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* (38) S. 336 – 351.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N.** (2004): The influence of client variables on psychotherapy. In: **Lambert, M. J.** (Ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons (5 ed.), S. 194 - 226
- Cohen, J.** (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Erlbaum.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, J. S. K., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., Thompson, L., Galagher, D., Zitrin, C.** (1991): Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1 (2), S. 81 - 91.
- Crits-Christoph, P., Mintz, J.** (1991): Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1), S. 20 - 26.
- Crits-Christoph, P., Gallop, R.** (2006): Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and other psychotherapie studies. *Psychotherapy Research* 16 (2), S. 178 – 181.
- Derogatis, L. R.** (1986): Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In *Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum* (Hrsg.): *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., Mahoney, C.** (2006a): Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research* 16 (2), S. 144 – 160.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., Mahoney, C.** (2006b): Rejoinder to commentaries by Stephen Soldz and Paul Crits-Christoph on therapist effects. *Psychotherapy Research* 16 (2), S. 182 - 183.
- Fonagy, P., Roth, A.** (2004a): Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil 1. *Psychotherapeutenjournal* 3 (3), S. 204 – 218.

¹ Sie gibt Kunden die Empfehlung, sich nach dem Behandlungszahlen pro Woche zu erkundigen, auch wenn diese etwas ungewöhnlich für den Professionellen erscheinen mag, und einen Therapeuten zu wählen, der nicht mehr als 15 – 20 Klienten hat. Da dieser Faktor an Bedeutung direkt hinter der Beziehung als dem wichtigsten Faktor für eine erfolgreiche Therapie anzusehen ist.

- Fonagy P., Roth A.** (2004b): Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil 2. *Psychotherapeutenjournal* 3 (4), S. 300-314.
- Frank M., Fiegenbaum W.** (1994): Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23 (4), S. 268-275.
- Franke G.** (1995): SCL-90-R, Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. Deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz.
- Frühmann R., Petzold H. G.** (1993): Lehrjahre der Seele, Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen. Paderborn: Junfermann.
- Funk M., Lemisz W., Palm W.** (2005): Themenschwerpunkt Arbeitszeiten: Einkommen und Belastungsgrenzen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 37 (4), S. 904-905.
- Grawe K.** (1998): *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe K., Braun, U.** (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, S. 242-267.
- Grawe K., Caspar F., Ambühl H.** (1990): Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, S. 338-361.
- Hager W.** (1997): Therapieevaluation: Begriffsbildung, Kontrolle, Randomisierung und statistische Auswertung. *Methods of Psychological Research Online*, 1. <http://www.pabst-publishers.de/mpr>.
- Hargreaves W. A., Shumway M., Hu, T., Cuffel B.** (1998): *Cost-Outcome methodes for mental health*. San diego: Academic Press.
- Hartmann A., Herzog T.** (1995): Varianten der Effektstärkenberechnung in Metaanalysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, S. 337-343.
- Hautzinger M., Bailer M.** (1992): *Allgemeine Depressions-Skala (ADS)*. Deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz.
- Harmon S. Cory, Lambert Michael J., Smart David M., Hawkins Eric J., Nielsen Stevan L. Slade Karstin, Lutz, Wolfgang** (2007): Enhancing outcome for potential treatment failues: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research* (17), 4, 379-392.
- Hass Wolfgang, Märten Michael, Petzold, Hilarion** (1998): Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutensicht. In: Laireiter, Anton & Vogel, Heiner (Hrsg.) *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag, 157-178.
- Hessel A., Schumacher J., Geyer M., Brähler E.** (2000): Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, S. 27-39.
- Hill C., Lambert M. J.** (2004): Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In: **Lambert, M. J.** (Ed.): *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons (5 ed.), S. 84-136.
- Hill C.** (2006): Introduction to spezial section on therapist effects. *Psychotherapy Research* 16 (2), S. 143.
- Horowitz L. M., Strauß B., Kordy H.** (1994): *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme*. Manual, Weinheim: Beltz.
- Jacobson N. S., Truax P.** (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1), S. 12-19.
- Kim D.-M., Wampold B. E., Bolt D. M.** (2006): Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research* 16 (2), S. 161-171.
- Laireiter A. R.** (2000): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag.

- Lambert M. J., Bergin A. E.** (1994): The effectiveness of psychotherapy. In: **Bergin A. E., S. L. Garfield** (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert W., Salzer M. S., Bickman L.** (1998): Clinical outcome satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children`s mental health. Journal of Consulting and Clinical Psychology 66 (2), S. 270-279.
- Lambert M. J., Ogles B. M.** (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: **Lambert, M. J.** (Ed.): Bergin and Garfield`s Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sons (5 ed.), S. 139-193.
- Lambert M. J., Hawkins E. J., Hatfield D. R.** (2002): Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für die Praxis und Forschung. In: Märtens, M., Petzold, H. G. (Hrsg.): Therapieschäden. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag, S. 40-59.
- Lambert M. J., Hawkins E. J., Vermeersch D. A., Whipple J. L.** (2005): Die Auswirkungen eines Rückmeldesystems zur Erfassung des Therapiefortschritts von Klienten: Eine Zusammenfassung von vier, im klinischen Alltag durchgeführten Studien. In: **Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S., Willutzki, U.** (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapieforschung. Göttingen: Hogrefe, S. 309-337.
- Lambert Michael J.** (2007): Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. Psychotherapy Research 17 (1), 1-14.
- Laux L., Glanzmann P., Schaffner P., Spielberger C. D.** (1970, 1981): Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz.
- Leary T.** (1957): Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald Press.
- Leitner A.** (2004): „Evaluierung der Weiterbildung in Psychotherapeutischer Medizin – (Psy III). Entwicklung eines Qualitätskonzeptes unter Einbezug von PatientInnen und Angehörigen“, in: Psychologische Medizin, 14. Jhg., 2004, Nr. 2, S. 56-66, ISSN 1014-8167.
- Leitner A.** (2005): Weiterbildungs- und Interventionsforschung in psychosozialen und klinischen Feldern. Krems: Edition Donau-Universität Krems.
- Leitner Anton, Höfner Claudia, Märtens Michael, Koschier Alexandra, Petzold Hilarion G.** (2008): Zur Ergebnisqualität und Wirksamkeit Psychotherapeutischer Medizin PSY III. Psychologische Medizin 19 (2), 4-11.
- Lemisz W.** (2005): Die Belastungsgrenzen der Psychotherapeuten – Viele Sitzungen, schlechte Ergebnisse? Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 37 (4), S. 912-917.
- Kames H.** (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI). Integrative Therapie, 4, S. 363-386.
- Kazdin A. E.** (1997): A model of developing effective treatments: Progression of interplay and theory, research, and practise. Journal of Clinical Child Psychology, 26, 114-129.
- Krampen G.** (1995): Beschwerden- und Symptomorientierte Diagnostik und Evaluation. Report Psychologie, 20, S. 36-46.
- Märtens. M., Petzold H. G.** (1995a): Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierung. Integrative Therapie 1, S. 7-44.
- Märtens M., Petzold H. G.** (2002): Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In: **Märtens, M., Petzold, H. G.** (Hrsg.): Therapieschäden. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag, S. 15-38.
- Märtens M., Leitner A., Steffan A., Telsemeyer P., Petzold H. G.** (2003): Qualitätssicherung in der Weiterbildung Psychotherapeutische Medizin – Psy III Niederösterreich in Weiterbildung und Therapie. In: Leitner (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapeutischen Medizin, Band 2, Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie. Wien, Kammerverlag, S. 357-429.
- Märtens M., Schmidt H. P., Lucas M.** (2006): Einzelberatung und Paarberatung: Unter welchen Umständen ist bei Problemen in der Partnerschaft eine Einzelberatung noch zu vertreten? Befunde einer Effektivitätsstudie der EFL-Beratung im Erzbistum Köln. (gedruckt; Zeitschriftenaufsatz).

- Orlinsk D. E., Ronnestad M. H., Willutzky U.** (2004): Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: **Lambert**, Michael J. (Ed.): Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sons (5 ed.), S. 307-389.
- Orlinsky D. E., Ronnestad M. H.** (2005): How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington: APA.
- Paulus J.** (2005): Therapeuten die zu viel arbeiten: Beruflich sehr engagierte Psychotherapeuten haben schlechtere Therapieerfolge. *Psychologie heute* 32 (7).
- Peseschkian N., Tritt K., Loew T., Jork K., Deidenbach H., Werner B., Kick H.** (1999): Wirksamkeitsnachweis der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Qualitätssicherung. *Familiendynamik*, 24, S. 80-99.
- Petzold H. G., Lemke J., Rodriguez-Petzold F.** (1994b): Die Ausbildung von Lehrsupervisoren. Überlegungen zur Feldentwicklung, Zielsetzung und didaktischen Konzepten aus Integrativer Perspektive. *Gestalt und Integration* 2, S. 298-345.
- Petzold H. G., Orth I.** (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) S. 340-391.
- Petzold H. G., Hass W., Jakob S., Märten M., Merten P.** (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. In: **Petzold H. G., Orth I., Sieper, J.** (1995a), S. 180-223.
- Petzold H. G., Orth I., Sieper J.** (Hrsg.) (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold H. G., Hass W., Märten M.** (1998): Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In: **Laireiter A., Vogel H.** (Hrsg.). (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVV-Verlag. 683-711.
- Petzold H. G., Hass W., Märten M., Steffan A.** (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis - Ergebnisse einer Evaluationsstudie im Ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2000 (26), 2-3, S. 277-354.
- Scheidt C. E., Seidenglanz K., Dieterle W., Hartmann A., Bower, N., Hillenbrand D., Sczudlek G., Strasser F., Wirsching M.** (1999): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen: Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, S. 83-93.
- Scheithauer H., Petermann F.** (2000): Die Ermittlung der Wirksamkeit und Effektivität psychotherapeutischer Interventionen. Eine internationale Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie*.
- Schneider F., Buchkremer G.** (1995): Weiterbildung in Psychotherapie: Ein Aspekt von Qualitätssicherung. *Psyche* 5, S. 220-228.
- Schulte D.** (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, S. 374-393.
- Schulz W., Hoyer H., Hahlweg K.** (1998): Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie: Erste Ergebnisse einer Evaluierung der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Technischen Universität Braunschweig. In: **A. R. Laireiter, H. Vogel** (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung: Ein Werkstattbuch (S. 135-156). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Seligmann M.E.P.** (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 2/3, 264-287.
- Skovolt T. M., Ronnestad M. H.** (1995): The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development. New York: Wiley.
- Smith M. L., Glass G. V., Miller G. I.** (1980): The Benefits of Psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Soldz S.** (2006): Models and meanings Therapist effects and the stories we tell. *Psychotherapy Research* 16 (2), S. 173-177.

- Spielberger C. D., Gorsuch R. L., Lushene R. E.** (1970): Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologists Press.
- Steffan A., Petzold H. G.** (2001b): Das Verhalten von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung am Beispiel der Integrativen Therapie. In: **Leitner, A.**, (Hrsg.) Strukturen der Psychotherapie Wien: Krammer, S. 447-491.
- Steffan A.**, 2002: Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im Ambulanten Setting. Berlin, Logos-Verlag.
- Stein D. M., Lambert M. J.** (1995): Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? Journal of Consulting and Clinical Psychology 63 (2), S. 182-196.
- Sullivan H. S.** (1953): The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton.
- Terzioglu P.** (2005): Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis. Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- Thase M. E., Jindal R. D.** (2004): Combining psychotherapy and Pharmacology for treatment of mental disorders. In: **Lambert, M. J.** (Ed.) Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sons (5 ed.), S. 743-766.
- Vocisano C. et al.** (2004): Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41 (3), S. 255-265.
- Vocks S., Joormann J., Michalak J., Kosfelder J., Meyer F.** (2005): Diagnostik und Erfolgsmessung in der ambulanten Psychotherapie – Ein Vorschlag. In: Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S., Willutzki, U. (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapieforschung. Göttingen: Hogrefe, S. 89-112.
- Wampold B. E., Bolt D. M.** (2006): Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear Psychotherapy Research 16 (2), S. 184-187.
- Willutzki U., Koban C., Neumann B.** (2005): Zur Diagnostik von Ressourcen. In: Kosfelder J., Michalak J., Vocks S., Willutzki U. (Hrsg.): Fortschritte der Psychotherapieforschung. Göttingen: Hogrefe, S. 37-53.
- Wittmann, W. W., Matt, G. E.** (1986): Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. Psychologische Rundschau, 37, S. 20-40.