

# „VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not“

Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung 2020

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



# „VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not“

Psychotherapeutische Versorgungspraxis und Ausbildung zwischen Mangel, virtueller und physischer Präsenz

Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung 2020

Redaktion:

Gabriele Riess

Unter Mitarbeit von:

Daniela Kern

Sonja Valady

Fachliche Begleitung durch den wissenschaftlichen Expertinnen- und Expertenbeirat der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung:

Markus Hochgerner

Christian Korunka

Henriette Löffler-Stastka

Brigitte Schigl

Michael Wieser

Fachliche Begleitung durch das BMSGPK:

Michael Kierein

Maria Sagl

Projektassistenz:

Menekşe Yilmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Wien, im März 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Riess, Gabriele; Kern, Daniela; Valady, Sonja; (2021): VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not. Psychotherapeutische Versorgungspraxis zwischen Mangel, physischer und virtueller Präsenz. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/4652

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlbefinden“ sowie zum Unterziel 3.4 „Bis 2030 die Frühsterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

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

# Kurzfassung

## Hintergrund und Aufgabenstellung

Die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der GÖG veranstaltete am 16. 10. 2020 die Online-Tagung Psychotherapieforschung 2020: „VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not: Psychotherapeutische Versorgungspraxis und Ausbildung zwischen Mangel, virtueller und physischer Präsenz“ mit über 220 angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Tagung war eine Veranstaltung der im Jahr 2012 eingerichteten Koordinationsstelle Psychotherapieforschung im Auftrag des BMSGPK und ist im Kontext einer Maßnahmenreihe zu sehen, welche die nationale Psychotherapieforschung bzw. eine forschungsfreundliche Kultur entlang eines von der Koordinationsstelle entwickelten Stufenplans v. a. in den psychotherapeutischen Ausbildungsvereinen fördern soll. Ein weiteres Ziel der Koordinationsstelle ist es, eine Brücke zu schlagen zwischen klinisch-praktischer Erfahrung und wissenschaftlich-akademischer Forschungskompetenz.

Aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie wurde ein wesentlicher Schwerpunkt auf die Belastungen für die psychische Gesundheit infolge der Krise sowie auf neue bzw. virtuelle Formen der Psychotherapie (wie sie während des Lockdowns notwendig wurden) gesetzt.

## Methodik

Im Vorfeld der Tagung erging ein *Call for Papers* an alle relevanten nationalen Universitäten, psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen und Kliniken bzw. Praxiseinrichtungen, aktuelle praxisorientierte Forschungsarbeiten bzw. Evaluationsprojekte einzureichen. Das Organisationskomitee der Tagung, welches die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung fachlich berät, wählte zu den Themenbereichen „Versorgung/Versorgungsnot“, „Wirksamkeits- bzw. Wirkungsforschung“ und „Ausbildung“ etwa 40 Studien für das Tagungsprogramm aus.

Alle Vorträge und Kurzvorträge wurden **von den jeweiligen Vortragenden zusammengefasst** und an die GÖG übermittelt. Die Vortragenden wurden von der Redaktion der GÖG im Vorfeld gebeten, ihre Vorträge gegliedert nach Fragestellung, Forschungsdesign/-methodik und Ergebnissen auf etwa zwei Seiten oder einem Poster darzustellen. Der von der GÖG redigierte und herausgegebene Tagungsband enthält daher alle Artikel, die zeitgerecht an die Redaktion übermittelt wurden. **Inhalte und Darstellungen obliegen den jeweiligen Autorinnen/Autoren.**

## Ergebnisse

Die ausgewählten Beiträge bilden die *Vielfalt der nationalen Psychotherapieforschungslandschaft* ab, veranschaulichen exemplarisch die psychotherapeutische *Versorgungslage* in den vielfältigen Settings – wobei auch ein erdrückender *Versorgungsnotstand* bei manchen Zielgruppen sichtbar wurde – und demonstrieren die *Evidenzlage von Psychotherapie* für ein breites Indikations- und Diagnosespektrum im Bereich der *Wirksamkeits- und Wirkungs- sowie Ausbildungsforschung*.

Als Keynote Speaker legte die Autorin der großangelegten Praxisstudie „Ambulante Psychotherapie Schweiz“ anschaulich dar, dass auch sehr praxisorientierte Forschungsprojekte mit hoher Beteiligung der ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchführbar sind.

### **Schlussfolgerungen/Empfehlungen**

So manche Ergebnisse der Versorgungsforschung resultieren in wegweisenden Good-Practice-Beispielen, zeigen aber auch dringend zu behebende Mängel in der Versorgung auf.

Die Forschungsarbeiten zur aktuellen **COVID-19-Pandemie** und zu den Nebenwirkungen ihrer Bekämpfung zeigen, wie stark und folgenschwer die Krise auf die seelische Gesundheit der Menschen wirkt, sie untersuchen neue Möglichkeiten der virtuellen Psychotherapie und deuten insgesamt auf ein erstarktes gesellschaftliches Bewusstsein für die Notwendigkeit von Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung hin.

### **Schlüsselwörter**

Psychotherapieforschung, Versorgung mit Psychotherapie, COVID-19-Pandemie, psychische Gesundheit

# Summary

## Background

On October 16<sup>th</sup>, 2020, the Coordination Office for Psychotherapy Research organised the conference "VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not (Care in Misery): Psychotherapeutic Care Practice and Training between Online and Physical Presence, and Shortage" with more than 220 participants. The Coordination Office for Psychotherapy Research has been established in 2012 at GÖG, the Austrian National Public Health Institute on behalf of the Federal Ministry of Health. Its aim is to promote practice-oriented psychotherapy research in Austria, especially at the psychotherapeutic training societies, and to promote the dialogue between psychotherapy research institutions, clinical facilities, training institutions, and (potential) researchers (scientist practitioners).

## Methods

A call for papers was announced among all national universities, psychotherapeutic training societies and mental health care institutions in Austria to present their projects in the area of practice-oriented psychotherapy research. An advisory board of experts (Expert Panel Psychotherapy Research) selected nearly 40 papers to be included in the conference program.

All papers presented in the available conference proceedings have been provided by the researchers who presented their project. The authors have been asked to compose their abstracts along the structure (1) research question, (2) methods, and (3) findings; the authors are responsible for the content, edited by GÖG.

## Results

The conference proceedings demonstrate the wide range of issues and a considerable variety of approaches in the national psychotherapy research. Furthermore, examples of evaluation of good practice in mental health care facilities that provide psychotherapy in different settings are presented. All in all, the conference demonstrated the status quo of evidence for psychotherapy in the field of outcome, process and training research. The keynote pointed out how practice-oriented psychotherapy research is possible with high participation by psychotherapeutic practitioners. Additionally, many projects reflected the effects of the COVID-19 pandemic on mental health and on new models of virtual psychotherapy.

## **Conclusion**

Beyond the specific results, studies and evaluations of mental–health care facilities also demonstrated a lack of supply. Psychotherapy research concerning the COVID–19 pandemic show alarming effects on mental health and new possibilities of virtual psychotherapy and indicate a rising consciousness in society of the basic necessity and positive effects of psychotherapy.

## **Keywords**

Psychotherapy research, psychotherapeutic mental–health care, COVID–19 pandemic, mental health

# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	V
Abkürzungen.....	IX
Vorwort .....	1
Begrüßung.....	3
Einleitung .....	4
1 Keynote – Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) .....	7
2 Parallelsessions .....	14
2.1 Session 1 – Vorträge zur Versorgungsforschung I.....	14
2.1.1 Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten.....	14
2.1.2 Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung am Beispiel der psychotherapeutischen Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität – eine Klientelanalyse.....	16
2.1.3 Erfahrungen von Wiener Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit der Antragstellung und Bewilligungspraxis der Krankenkassen (bei Anträgen auf Kostenzuschuss).....	18
2.2 Session 1 – Poster zur Versorgungsforschung I.....	21
2.2.1 Chronische Schmerzen und Ergebnis in psychiatrischer Reha.....	21
2.2.2 Persönlichkeitspathologie und Reha-Erfolg.....	22
2.2.3 Psychotherapeutische Beratung im Kontext Schule. Ein innovativer Ansatz .....	23
2.3 Session 2 – Vorträge zur Versorgungsforschung II.....	26
2.3.1 Psychotherapeutische Versorgung im Modell „Psychotherapie Vorarlberg“ .....	26
2.3.2 Psychotherapie im Kontext interdisziplinärer Angebote.....	27
2.3.3 Wie lässt sich die Arbeit mit dem realen sozialen Atom von Patientinnen und Patienten mit familiären Problemen psychotherapeutisch fördernd gestalten?.....	31
2.4 Session 2 – Poster zur Versorgungsforschung II.....	33
2.4.1 Der Einfluss von Variablen im Bereich der Therapeutinnen/ Therapeuten auf die Dauer ambulanter Familientherapien – eine retrospektive Studie .....	33
2.4.2 Tagesklinik Eisenstadt 2019–2022. Eine Evaluation von Behandlungseffekten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems .....	36
2.5 Session 3 – Vorträge zur Prozessforschung .....	40
2.5.1 Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeit- Psychotherapien.....	40
2.5.2 Korrelation von Ergebnissen psychodynamischer Instrumente und biometrischer Untersuchungen.....	42
2.5.3 Die Eingangsphase in der ambulanten Gruppenpsychotherapie – Pilotstudie auf Basis von 1.500 Patientendaten sowie einer Patienten- und Therapeutenbefragung .....	44
2.5.4 Mentalisierungsbasierte Intervention für Kinder aus suchtbelasteten Familien.....	47

2.6	Session 4 – Vorträge zur Ausbildungsforschung I .....	49
2.6.1	Veränderungsverlauf der Beziehungsfähigkeiten von Psychotherapie-Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten.....	49
2.6.2	Leib und Lücke – Der Körper in der psychotherapeutischen Ausbildung. Erste Ergebnisse aus einer qualitativen Studie.....	54
2.6.3	Therapie-Transkripte interpretieren im OAS .....	56
2.7	Session 4 – Poster zur Ausbildungsforschung I.....	58
2.7.1	Die supervisorische Beziehung im Kontext der Bindungstheorie: Verbindungen zu Burn-out und Kohärenzsinn von Supervisandinnen/Supervisanden .....	58
2.7.2	Wirksamkeit von Monodrama-Psychotherapie im ambulanten Setting ...	58
2.8	Session 5 – Vorträge zur Ausbildungsforschung II .....	59
2.8.1	Personenzentrierte Traumatherapie: Notwendig oder überflüssig? .....	59
2.8.2	Die Entwicklung von psychoanalytischen Kompetenzen durch Work- Discussion in der fachspezifischen Psychotherapieausbildung .....	61
2.8.3	Psychotherapeutisch Tätige geben Auskunft: Über die Orientierung von Praxis an Theorie und den Einfluss psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungsstrukturen .....	64
2.9	Session 5 – Poster zur Ausbildungsforschung II.....	67
2.9.1	Ausbildung zum Thema Tod und Trauer in der Palliativpsychologie .....	67
2.10	Session 6 – Vorträge zur Wirksamkeitsforschung.....	69
2.10.1	Forschung in der personenzentrierten/experienziellen und emotionsfokussierten Psychotherapie (PEP) 2008–2018 – ein narrativer Review (Teil 1 und 2).....	69
2.10.2	Schematherapie versus kognitive Verhaltenstherapie in der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation .....	72
2.10.3	Self-Compassion (SC) als Moderator zwischen neurologischen Symptomen und subjektivem Wohlfühlen .....	76
2.11	Session 6 – Poster zur Wirksamkeitsforschung.....	78
2.11.1	Symptomreduktion bei Depression nach Rehabilitation im verhaltenstherapeutischen Setting .....	78
2.11.2	Embodiment in der Psychotherapie.....	80
2.11.3	Forciertes Atmen in der Psychotherapie .....	82
3	Podiumsdiskussion .....	85
3.1	Beobachtungen, Empfindungen und Reflexionen von Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Beraterinnen/Beratern und Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten während der COVID-19-Pandemie.....	85
3.1.1	Arbeitsbedingungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten während der COVID-19-Pandemie.....	85
3.1.2	Beobachtungen, Empfindungen und Reflexionen von Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Ausbildungs- kandidatinnen/-kandidaten während der COVID-19-Pandemie .....	88
3.2	Teletherapie von Kindern und Jugendlichen – CoronaRecap .....	91
3.3	Auswirkungen der COVID-19-Krise auf das Erleben von psychisch erkrankten Personen im Kombinationssetting von gruppen- und einzelpsychotherapeutischer Behandlung .....	92
3.4	Zwischen Skylla und Charybdis oder „Auf in neue Gewässer!“ .....	94
3.5	Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten von COVID-19 unter Zuhilfenahme von Onlinetools. Möglichkeiten und Grenzen .....	97
3.6	Nutzung und Akzeptanz von Teletherapie und Video im Lockdown.....	100

# Abkürzungen

AGUST	Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden spezifischer Therapieverfahren
APA	American Psychological Association
ASP	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
MBT	Mentalisierungsbasierte Psychotherapie, Mentalization-Based-Treatment
PAM	Prototypische Affektive Mikrosequenzen
PAP-S	Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz
PEP	personzentrierte und emotionsfokussierte Psychotherapie
PTH	Psychotherapeutin/Psychotherapeut, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, psychotherapeutische Ambulanz



# Vorwort

*Gabriele Rieß*  
(Gesundheit Österreich GmbH)

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

Der vorliegende **Tagungsband** zur Veranstaltung Psychotherapieforschung 2020 „Versorgungs- NOTwendigkeit – Versorgung in der Not – Psychotherapeutische Versorgungspraxis und Ausbildung zwischen Mangel, physischer und virtueller Präsenz“ der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH vom 16. 10. 2020 bietet Ihnen Gelegenheit, die Vorträge und Kurzvorträge (Posterpräsentationen) Revue passieren zu lassen, sich in die Thematik vertiefen zu können und ggf. Anregungen für eigene, weiterführende Forschungsprojekte zu sammeln.

Ziel der wissenschaftlichen Fachtagung war es, aktuelle Entwicklungen der praxisorientierten Psychotherapiewissenschaft darzustellen. Die in Abständen wiederholt stattfindende Tagung bietet ein Forum für den fachlichen Austausch zwischen Psychotherapieforschungs- und Ausbildungsinstitutionen sowie interessierten Forscherinnen und Forschern in Österreich und möchte – gemäß den Zielsetzungen der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung – eine Brücke bauen zwischen Forschungsprofis und Forschungsinteressierten/-neueinsteigenden bzw. zwischen (akademischer) Psychotherapieforschung und klinischer Praxis (Einrichtungen der psychotherapeutischen Versorgung).

Im Zuge der Tagungsplanung erging ein *Call for Papers* an alle relevanten nationalen Universitäten, psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen sowie Kliniken und Praxiseinrichtungen, aktuelle praxisorientierte Forschungsarbeiten bzw. Evaluationsprojekte einzureichen. Das Organisationskomitee der Tagung, unterstützt durch den Fachbeirat der Koordinationsstelle, wählte rund 40 Studien/Projekte zu den Themenbereichen „Versorgung/Versorgungsnot“, „Wirksamkeits- bzw. Wirkungsforschung“ und „Ausbildung“ aus.

Alle Vorträge und Präsentationen wurden von den Vortragenden zusammengefasst und an die GÖG übermittelt, im vorliegenden Tagungsband werden sie von der GÖG in redigierter Form herausgegeben. Der Tagungsband enthält daher alle Beiträge, die zeitgerecht an die Redaktion übermittelt wurden. **Inhalt und Darstellung obliegen den jeweiligen Autorinnen/Autoren.** Die Vortragenden wurden von der Redaktion im Vorfeld gebeten, ihre Vorträge gegliedert nach Fragestellung, Forschungsdesign/-methodik, Ergebnissen und Schlussfolgerungen auf etwa zwei Seiten oder einem Poster darzustellen.

Dabei unterscheiden sich die Beiträge – gemäß den Zielsetzungen der Tagung, eine Brücke zwischen (akademischen) Forschungsprofis und Neueinsteigenden, Ausbildungs- und klinischen Praxiseinrichtungen zu bauen sowie Einblicke zu gewähren in das breite Feld der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft inkl. deren Evaluierungsmöglichkeiten – in Komplexität und Grad

des wissenschaftlichen Anspruchs. Im Sinne von Bestandsaufnahme und Informationsaustausch haben auch unabgeschlossene Forschungsprojekte bzw. Evaluierungskonzepte sowie Berichte über Versorgungsmodelle ihren Platz.

Thematisch wurde aufgrund der aktuellen *COVID-19-Pandemie* ein wesentlicher Schwerpunkt der Tagung auf Forschungsarbeiten zu den Belastungen für die psychische Gesundheit infolge der Krise sowie auf neue bzw. virtuelle Formen der Psychotherapie, wie sie während des Lockdowns notwendig geworden waren, gesetzt.

Für die Keynote wurde Agnes von Wyl, die Autorin der *Praxisstudie „Ambulante Psychotherapie Schweiz“*, eingeladen. Sie veranschaulichte in ihrem Vortrag, dass ein sehr praxisorientiertes Forschungsprojekt sehr wohl mit hoher Beteiligung der ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchführbar ist.

Die weiteren Beiträge bilden die *Vielfalt der nationalen Psychotherapieforschungslandschaft* ab, veranschaulichen exemplarisch die psychotherapeutische *Versorgungslage* in den vielfältigen Settings – wobei auch ein erdrückender *Versorgungsnotstand* bei manchen Zielgruppen sichtbar wurde – und demonstrieren die *Evidenzlage von Psychotherapie* für ein breites Indikations- und Diagnosespektrum im Bereich der *Wirksamkeits- und Wirkungs- sowie Ausbildungsforschung*.

Möge die Lektüre neugierig machen und dazu anregen, wissenschaftliche Projekte im breiten Feld der Psychotherapieforschung zu initiieren und u. a. damit der Psychotherapie zu jenem Stellenwert im Gesundheitssystem zu verhelfen, der ihrem Nutzen entspricht! Viel Vergnügen und zahlreiche Erkenntnisse bei der Lektüre des Tagungsbandes! Bleiben Sie (forschungs-)neugierig und kritisch!

# Begrüßung

*Dr. Michael Kierein*

*(Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz)*

Sehr geehrte Damen und Herren!

Als Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMSGPK) freut es mich, die Psychotherapieforschungstagung 2020 „VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not“ trotz der aktuellen COVID-19-Pandemie (und aus diesem Grund in diesem neuen und für uns alle ungewohnten virtuellen Format) zu eröffnen!

Die Tagung soll – wie die vorangegangenen Veranstaltungen der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH – eine Möglichkeit zu Austausch und Diskussion relevanter Erkenntnisse für Psychotherapieforscherinnen und –forscher, Praktikerinnen/Praktiker der Psychotherapie bzw. für alle universitären und praxisnahen Institutionen der Psychotherapie(–forschung) sowie der betreffenden Ausbildungsanbieter (Fachspezifika, Universitäten, Ambulanzen etc.) bieten.

Die Tagung schließt an bisherige Veranstaltungen der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an, welche viele von Ihnen in den vergangenen Jahren bereits besucht haben, und kann heuer die Früchte der vorausgehenden Bemühungen deutlich aufzeigen: Die Forschungsaktivität der österreichweiten Fachspezifika sowie der (kooperierenden) Universitäten im Bereich Psychotherapieforschung ist sehr reichhaltig und vielfältig geworden. Das breite Spektrum der österreichischen Psychotherapieforschungslandschaft bzw. das weite Einsatzgebiet von Psychotherapie wird auf dieser Tagung deutlich sichtbar.

Die Tagung bietet einen guten Überblick zu Forschungsergebnissen, einerseits zur Versorgung (bzw. Versorgungsnot) bei einem sehr breiten Indikations- und Diagnosespektrum der Zielgruppen Kinder, Jugend und Familie sowie Rehabilitation in (Tages-)Kliniken und Ambulanzen, andererseits in der Ausbildung.

Dieser Erfolg ist nicht zuletzt auf die seitens des BMSGPK beauftragten und bewährten Aktivitäten der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung zurückzuführen, wofür wir uns an dieser Stelle ausdrücklich bedanken!

Die Bedeutung der Psychotherapieforschung ist nicht hoch genug einzuschätzen! In vergleichbaren (Gesundheits-)Bereichen ist Forschung seit Jahrzehnten präsent, geradezu dominant – und für die Psychotherapie sollte das nicht anders sein. Ein neues Psychotherapiegesetz kann diesen Schwerpunkt weiter bekräftigen, wiewohl das Junktum zwischen Heilen und Forschen in der Psychotherapie wie in einer Keimzelle angelegt ist, was bereits in § 1 unseres aktuellen Psychotherapiegesetzes zum Ausdruck kommt.

# Einleitung

*Gabriele Rieß*  
(Gesundheit Österreich GmbH)

## Koordinationsstelle Psychotherapieforschung als treibende Kraft

Am 16. 10. 2020 veranstaltete die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung die Online-Tagung Psychotherapieforschung 2020: „VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not: Psychotherapeutische Versorgungspraxis und Ausbildung zwischen Mangel, virtueller und physischer Präsenz“. Über 220 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewiesen mit ihrer Anmeldung ihr Interesse daran.

Die Tagung im Auftrag des BMSGPK ist im Kontext einer Maßnahmenreihe zu sehen, die nationale Psychotherapieforschung bzw. eine forschungsfreundliche Kultur entlang eines von der Koordinationsstelle entwickelten *Stufenplans zu Wissenschaft und Forschung* v. a. in den psychotherapeutischen Ausbildungsvereinen fördern möchte.

Die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung wurde im Jahre 2012 vom Gesundheitsministerium eingerichtet mit der Zielsetzung, ein Verbindungsglied zu bilden zwischen klinisch-praktischer Erfahrung, Ausbildung und wissenschaftlich-akademischer Forschungscompetenz – ganz im Sinne von *Scientist-Practitioners*. Die praxisorientierte Psychotherapieforschung ist nicht nur ein Instrumentarium zum Nachweis von Bedarf, Qualität und Wirksamkeit von Psychotherapie bzw. zu ihrer kritischen Evaluierung, sondern v. a. die Grundlage für ein verfahrensübergreifendes Selbstverständnis von wissenschaftlich fundierter Psychotherapie. Ganz in diesem Sinne bietet der *Leitfaden Praxisorientierte Psychotherapieforschung* (Riess 2018) Orientierung und Überblick zum State of the Art der Psychotherapieforschung und zu wissenschaftlichem Arbeiten in diesem Bereich. Weitere Publikationen sowie Tagungen und Workshops, z. B. mit den neu eingerichteten wissenschaftlichen Beauftragten der psychotherapeutischen Fachspezifika, sind bisher erreichte Meilensteine zur Umsetzung der angestrebten Ziele.

Beraten wird die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung von einem wissenschaftlichen Fachbeirat mit Expertinnen und Experten der relevanten Universitäten in Österreich bzw. des Bundesministeriums: Prof.<sup>in</sup> Henriette Löffler-Stastka, Prof.<sup>in</sup> Brigitte Schigl, Prof. Christian Korunka, Prof. Michael Wieser, als Fachspezifikums-Vorsitzender Markus Hochgerner, MMSc, und als Auftraggebervertretung Maria Sagl, MSc. Von diesem Fachbeirat wurde die Tagungsorganisation fachlich-inhaltlich begleitet und die Moderation einiger paralleler Sessions übernommen.

## Tagung Psychotherapieforschung 2020: Programm- und Ergebnisüberblick

Die zahlreichen Projekteinreichungen zur aktuellen **COVID-19-Pandemie** und zu den Auswirkungen ihrer Bekämpfung zeigten die **folgeschweren Effekte** der Krise auf die seelische Gesundheit auf sowie neue Möglichkeiten der virtuellen Psychotherapie. Die COVID-19-Krise hat ein enormes

mediales Interesse an Psychotherapie befördert und scheint insgesamt für ein **erstarktes gesellschaftliches Bewusstsein** für den Stellenwert von Psychotherapie in der Gesundheitsversorgung (Stichwort: Versorgungsnotwendigkeit) verantwortlich zu sein. Dies war nicht zuletzt ein guter Grund, die geplante Tagung nicht abzusagen, sondern gerade jetzt in diesem neuen, virtuellen Format durchzuführen – denn die Krise lieferte auch neue **Forschungsimpulse**, die durch die Tagung sichtbar wurden.

Frau Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> phil. Agnes von Wyl, Leiterin des Forschungsschwerpunktes Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie am Departement Psychologie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, widmete ihre Keynote ihrer *Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz*. Sie stellte dar, wie eine breit angelegte Studie, an der viele Praktikerinnen und Praktiker unterschiedlicher Verfahren beteiligt sind, strategisch durchführbar ist und funktionieren kann. Sie präsentierte auch Ergebnisse zum Outcome und zu allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren. Außerdem erläuterte Frau von Wyl den Zugang zur Versorgung und die Versorgungslage mit Psychotherapie in der Schweiz.

Die beiden Sessions zur Versorgungsforschung am Vormittag der Tagung zeigten – passend zum medialen Interesse und zu den entsprechenden Aktivitäten seitens des BMSGPK sowie der Sozialversicherung und gemäß unserem Tagungstitel – Good-Practice-Beispiele der Versorgung (*Versorgungsnotwendigkeit*), aber auch dringend zu behebbende *Mängel in der Versorgung (VersorgungsNOTwendigkeit)*: Gegenstand der Vorträge waren beispielsweise die Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Klientelstrukturen und Herausforderungen in Ambulanzen oder tagesklinischen Einrichtungen, Erfahrungen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit der Antrags- und Bewilligungspraxis der Krankenkassen oder konkrete Versorgungsmodelle, oft im interdisziplinären Kontext oder in konkreten Zielgruppensettings, etwa mit Familien.

In den Parallelsessions am Vormittag thematisierten Untersuchungen aus der **Prozessforschung** Prozesse der Emotionsregulierung und die Korrelation von Prozessvariablen mit biometrischen Parametern. Außerdem wurden Erkenntnisse zur entscheidenden Psychotherapie-Eingangsphase im Setting der Gruppenpsychotherapie vorgestellt.

Das Herzstück der Tagung bildete die **Podiumsdiskussion**, die Erkenntnisse zu spezifischen Pandemie-verursachten Auswirkungen auf die seelische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie in der Ausbildung auslotete. Neben der Darstellung neuer, virtueller Formen der Psychotherapie, ihrer Möglichkeiten, Grenzen und der Unterschiede zu Psychotherapie in physischer Präsenz wurden deren Auswirkungen auf den psychotherapeutischen Prozess bzw. die Implikationen für sinnliches Wahrnehmen und Körperlichkeit in der Psychotherapie kritisch diskutiert.

Am Nachmittag der Tagung wurden in den beiden Sessions zur **Ausbildungsforschung** Ergebnisse zu der zentralen Kompetenz „Beziehungsfähigkeit und Bindung“ (auch in der die Ausbildung begleitenden Supervision), zum Erkennen von veränderungswirksamen Schlüsselszenen in Psychotherapie-Transkripten sowie zur Rolle der Körperlichkeit in der Psychotherapie und -Ausbildung erörtert. Weiters wurden Studien zur Rolle von Theorie, Work Discussion und Supervision in der

Ausbildung sowie zu spezifischen Kompetenz-Erfordernissen für die Traumabehandlung oder das Palliative Setting präsentiert.

Die Session zur **Wirksamkeitsforschung** hielt Überblicksbeiträge bereit zur personenzentrierten / emotionsfokussierten Psychotherapie sowie zur Wirksamkeit von Psychotherapie in der Rehabilitation bei Depression und Multipler Sklerose.

### **Resümee zur Tagung**

Die vielfältigen Beiträge ergaben insgesamt eine erkenntnisreiche Tagung und boten viele Anregungen zur weiterführenden Diskussion und Forschung. Auf diese Weise bewirkt Psychotherapieforschung, die – mittlerweile – eine eigenständige, durch eine umfassende wissenschaftstheoretische Verankerung charakterisierte Wissenschaftsdisziplin neben der medizinischen und klinisch-psychologischen Forschung darstellt, dass der Psychotherapie als zentraler Versorgungsleistung im Gesundheitssystem zunehmend jener Stellenwert zugemessen wird, der ihrem Nutzen entspricht!

Psychotherapieforschung liefert nicht nur wichtige gesundheitspolitische Diskussionsimpulse für die Versorgung mit Psychotherapie, für Versorgungsnot und Versorgungsnotwendigkeit, sondern auch zentrale Erkenntnisse in Bezug auf die schwerwiegenden Folgen der COVID-19-Pandemie und ihrer Bekämpfung.

# 1 Keynote – Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)

*Agnes von Wyl*

## **Zur Situation der Psychotherapieversorgung in der Schweiz**

In der Schweiz wird zwischen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten/-therapeutinnen unterschieden. Ärztliche Psychotherapeuten/-therapeutinnen mit dem Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie können ihre Leistungen über die Grundversicherung der Krankenkassen abrechnen. Anders ist dies bei den psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen: Falls diese selbstständig arbeiten, müssen ihre Patientinnen und Patienten die Behandlungen selbst bezahlen. Nur wenn die Patientinnen und Patienten eine Zusatzversicherung zur Grundversicherung haben, wird ein Teil der Kosten von der Krankenkasse übernommen. Oder aber die psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten arbeiten im sogenannten *Delegiertenverhältnis*, d. h., dass sie bei einem Arzt oder einer Ärztin mit entsprechenden Voraussetzungen angestellt sind und die Leistungen unter dessen/deren Aufsicht erfolgen.

Noch in den 1980er-Jahren bis Ende der 1990er-Jahre waren im Prinzip alle universitären Studienabschlüsse und Berufsausbildungen für eine psychotherapeutische Weiterbildung zugelassen. Eine erste Änderung kam 2004 mit der Festlegung, dass nur noch Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit einem vorgängigen Psychologiestudium einschließlich Psychopathologie eine Praxisbewilligung für Psychotherapie erhielten bzw. im *Delegiertenverhältnis* arbeiten durften. Am 1. 5. 2012 trat schließlich das *Psychologieberufegesetz* (PsyG) in Kraft. Seither sind die Begriffe „Psychotherapie“ und „psychotherapeutisch“ geschützt und Bestimmungen für die Weiterbildung in Psychotherapie definiert. Das Gesetz hat viele positive Auswirkungen auf die Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung. Das Gesetz definiert Kriterien für die Fort- und Weiterbildung in der Psychotherapie. Zum Beispiel gehören zur Weiterbildung zwei Jahre Praxiserfahrung in der Psychiatrie bzw. einer Einrichtung der psychosozialen Versorgung.

Im Rahmen des eidgenössischen Akkreditierungsverfahrens wurden die Ausbildungsinstitute, die einen entsprechenden Antrag eingereicht hatten, geprüft. Vor dem Inkrafttreten des Gesetzes waren 100 Ausbildungsstätten berechtigt, eine psychotherapeutische Ausbildung anzubieten. Im ersten Akkreditierungsdurchgang wurden 40 Weiterbildungsgänge vorläufig akkreditiert. Darunter sind verhaltenstherapeutische, psychoanalytische, viele systemische, aber auch körperzentrierte und weitere Weiterbildungsgänge.

Wie arbeiten psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in der Schweiz? Viele psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten arbeiten angestellt in Kliniken, sozialmedizinischen Einrichtungen und Beratungsstellen. Ebenfalls viele arbeiten in der delegierten Psychotherapie, wie oben beschrieben. Und schließlich arbeiten sie als sog. selbstständig Leistungserbringende. Aktuell ist der Vorschlag des sogenannten *Anordnungsmodells* in der politischen Vernehmlassung. Der Vorschlag bedeutet, dass die Psychotherapie neu von einem Arzt oder einer

Ärztin angeordnet werden muss, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten aber – im Unterschied zum Delegiertenmodell – selbstständig arbeiten und für ihre Therapien verantwortlich sind. Vorgesehen ist, dass in einem ersten Schritt max. 40 Abklärungs- und Therapiesitzungen von der Krankenkasse übernommen werden sollen und für eine mögliche Fortsetzung nach 40 Sitzungen dem Vertrauensarzt / der Vertrauensärztin zu berichten ist. Der/Die psychologische Psychotherapeut/-in soll die Diagnose stellen und die Behandlung in eigener fachlicher Verantwortung durchführen. Auch ist er/sie verantwortlich für die Berichte an die Krankenkassen. Die meisten psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten erachten dies als einen gangbaren Kompromiss. Noch nicht definitiv festgelegt ist die genaue Anzahl der Berichte, an wen diese zu erfolgen haben, und die Höhe des Tarifs.

### **Gibt es eine VersorgungsNOTlage in der Schweiz?**

Die psychiatrische Versorgungslage in der Schweiz ist im Vergleich zu vielen Ländern sehr gut. Trotzdem gibt es einige Bereiche der Unterversorgung.

Zuerst einige Hintergrundinformationen: Die Schweiz hat acht Millionen Einwohner/-innen und die vier Amtssprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Rätoromanisch. Sie ist in 26 Kantone unterteilt. Jeder Kanton ist für sein Gesundheitssystem verantwortlich. Deshalb kann man etwas überspitzt behaupten, die Schweiz habe 26 Gesundheitssysteme. Vor allem diejenigen der französischsprachigen Kantone und des Kantons Tessin unterscheiden sich von jenen der deutschsprachigen Kantone.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass ein Mangel an jungen Psychiaterinnen und Psychiatern herrscht, ein wirklich großer Mangel, der weiter zunehmen wird. Vor allem in Institutionen sind die fehlenden Fachkräfte spürbar. Wegen des Mangels an Psychiaterinnen/Psychiatern werden viele mit unzureichenden Sprachkenntnissen eingestellt. Der Mangel an Psychiaterinnen/Psychiatern gibt psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen die Chance, diese Lücken zu füllen. Es gibt immer mehr psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen, die Assistenz- und sogar Oberärzten/-ärztinnen gleichgestellt sind. Einschränkend muss betont werden, dass dies jeweils abhängig ist von der Klinikleitung und entsprechend werden oft bei einem Wechsel der Leitung vorher vorhandene Verantwortung und Gleichstellung der psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen rückgängig gemacht.

Im Gegensatz zur tendenziell sinkenden Zahl an jungen Psychiaterinnen und Psychiatern steigt die Anzahl der Weiterbildungsabschlüsse in Psychotherapie rasant: Im Jahr 2010 haben rund 200 psychologische Psychotherapeuten/-therapeutinnen die Weiterbildung abgeschlossen, sieben Jahre später, im Jahr 2017, waren es 600, also dreimal so viel (BSS Volkswirtschaftliche Beratung 2019). Allerdings sind sowohl die psychologischen Psychotherapeuten/-therapeutinnen wie auch die Psychiater/-innen sehr ungleich über die Schweiz verteilt. In den Städten gibt es sehr viele dieser Fachpersonen, auf dem Land nur wenige.

So gibt es schließlich auch in der Schweiz, trotz der eher hohen Dichte an Psychiaterinnen/Psychiatern und Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, in einigen Bereichen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Grundversorgung eine Unterversorgung, wie das Büro Bass in einer Studie

zeigte (Stocker et al. 2016). In der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen fehlt unter anderem professionelles Gesundheitspersonal in ländlichen Gebieten und in Institutionen. Bei der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die Unterversorgung noch stärker ausgeprägt: Selbst in Städten wie Zürich kann es schwierig werden, einen Behandlungsplatz für ein Kind oder eine Jugendliche bzw. einen Jugendlichen zu finden. Außerdem ist für Kinder und Jugendliche das Behandlungsangebot zu wenig differenziert.

### **Praxisforschung und Psychotherapie: Die Wissenschaftskommission der ASP**

Die Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ASP ist ein Verband mit rund 850 Einzelmitgliedern und 25 Weiterbildungsinstituten als Institutionsmitglieder. Eine Wissenschaftskommission ist zuständig für die Entwicklung des wissenschaftlichen Denkens und wissenschaftlicher Initiativen innerhalb der ASP. Sie wird von vier Vorstandsmitgliedern geleitet mit der Aufgabe, Forschungsprojekte anzustoßen und zwei bis vier Wissenschaftskolloquien pro Jahr durchzuführen. Alle 25 Weiterbildungsinstitute nehmen mit ein bis zwei Delegierten teil. Die Wissenschaftskommission hat zum Ziel, Praxisforschung umzusetzen. Bisher konnte ein umfangreiches Projekt, die Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S, durchgeführt werden. Außerdem gibt es kleinere Projekte wie das AGUST-Projekt (Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden spezifischer Therapieverfahren).

Anhand des AGUST-Projektes soll zuerst gezeigt werden, wie wissenschaftliche Reflexion zwischen Praktikerinnen/Praktikern und Forschenden anhand eines empirischen Projektes, das im Rahmen einer Masterarbeit einer Psychologiestudentin umgesetzt und schließlich auch publiziert wurde, umgesetzt werden kann. Unser Anliegen als Vorstand war, dass wir mit den Teilnehmenden, also interessierten Praktikerinnen und Praktikern, eine kritische Auseinandersetzung mit dem psychotherapeutischen Arbeiten ermöglichen können. Dies ging unserer Ansicht nach am besten über die Arbeit mit konkretem Material und einer Diskussion über therapeutische Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Therapierichtungen.

Als Diskussionsgrundlage diente ein Lehrvideo (Mentalization-Based Therapy, Norka T. Malberg, APA). An drei Workshops wurden Ausschnitte aus dem Lehrvideo gezeigt. Die teilnehmenden Psychotherapeuten/-therapeutinnen mussten sich anschließend in Gruppen mit einer Reihe von Fragen befassen:

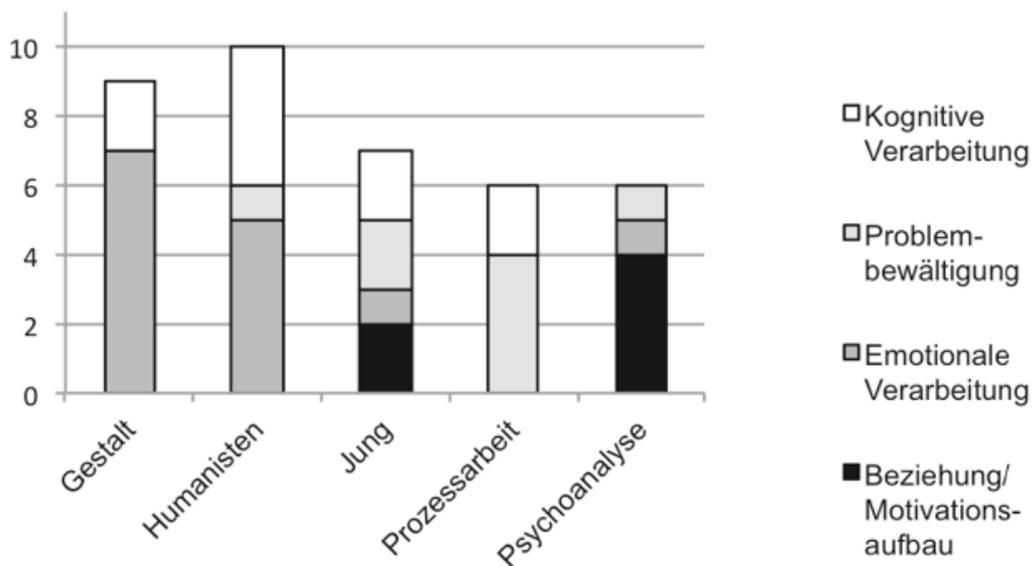
- » Welche Intervention wird von Malberg angewendet?
- » Welche Ziele verfolgt sie vermutlich damit?
- » Welche Interventionen würden die Therapeuten und Therapeutinnen der verschiedenen Schulen in der gezeigten Situation anwenden?
- » Welche Ziele würden sie damit verfolgen?
- » Wie wird die konkrete alternative Intervention formuliert?
- » Wie wird die alternative Intervention schulentheoretisch begründet?

Folgende Therapierichtungen haben teilgenommen: Humanistische Psychotherapie, Jung'sche Psychoanalyse, Freud'sche Psychoanalyse, Prozessorientierte Psychotherapie und Gestaltpsychotherapie. Die Resultate konnten in der Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* publiziert werden

(Stegmann et al. 2019). An dieser Stelle soll zur Veranschaulichung nur auf ein Ergebnis eingegangen werden (s. Abbildung 1.1). Die fünf Therapierichtungen mussten dafür von drei präsentierten Interventionen des Lehrvideos alternative Interventionen formulieren. Sie konnten dabei auch mehrere mögliche Interventionen ausarbeiten.

Wie in Abbildung 1.1 zu sehen, hat die Humanistische Therapierichtung zehn Interventionen formuliert, die anderen weniger. Als nächstes wurden die formulierten Alternativinterventionen den vier Bereichen Kognitive Verarbeitung, Problembewältigung, Emotionale Verarbeitung und Beziehung / Motivationsaufbau zugeordnet. Die Anzahl der diesen Bereichen zugeordneten alternativen Interventionen pro Therapierichtung ist ebenfalls Abbildung 1.1 zu entnehmen.

Abbildung 1.1:  
Alternative Interventionen: Cluster-Zuordnung der Begründungen (nach Pfammatter und Tschacher 2016)



Quelle: Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S (2016)

Für alle Beteiligten war die Auseinandersetzung mit konkreten therapeutischen Interventionen gewinnbringend. Interessant war, dass die Teilnehmenden sich oft einig waren, wenn es darum ging, den therapeutischen Prozess im vorgeführten Therapievideo zu analysieren. Wenn es aber darum ging, alternative Interventionen zu formulieren, dann traten Unterschiede zwischen den Therapierichtungen deutlicher hervor. Die Möglichkeit, die alternativen Interventionen zusammen zu diskutieren und zu vermitteln, wie die jeweilige Herangehensweise auf den jeweiligen theoretischen Hintergrund bezogen werden kann, ermöglichte eine fruchtbare Erweiterung des psychotherapeutischen Horizontes.

## PAP-S: Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz

Die PAP-S wurde ebenfalls von der Wissenschaftskommission der ASP (bzw. der Schweizer Charta, einer Vorgängerorganisation) lanciert. Im Leitungsteam involviert waren Peter Schulthess und Margit Koemeda-Lutz von der Schweizer Charta, Agnes von Wyl und Aureliano Crameri von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften sowie Volker Tschuschke vom Klinikum der Universität Köln. In der rund zehn Jahre dauernden Projektzeit waren zehn Institute bzw. psychotherapeutische Schulen mit 54 Therapeutinnen und 27 Therapeuten involviert, sodass schließlich 238 Patientinnen und 124 Patienten in die Studie aufgenommen werden konnten. Ermöglicht wurde die Studie durch das großzügige Legat eines anonymen Spenders. Die Ergebnisse konnten in etlichen Publikationen präsentiert werden (Überblick s. von Wyl et al. 2016).

Das naturalistische quasi-experimentelle Design beinhaltete zur Abbildung des Outcomes drei Erhebungszeitpunkte: zu Beginn der Therapie, nach Abschluss der Therapie und eine Katamnese-Erhebung ein Jahr nach Abschluss der Therapie. Diese Erhebungen fanden in sog. Assessment-Zentren statt; zu Beginn der Therapie wurde auch ein diagnostisches Interview durchgeführt, daneben kamen etliche Fragebögen zum Einsatz. Für die Prozessmessung wurde in jeder fünften Sitzung der OQ-45 verwendet, ein Selbstbeurteilungsinstrument zur therapiebegleitenden Veränderungsmessung, den Patientinnen und Patienten abgeben. Ebenfalls jede fünfte Sitzung mussten Patient/-in und Therapeut/-in einen Fragebogen zur therapeutischen Beziehung ausfüllen. Außerdem musste der Therapeut bzw. die Therapeutin nach jeder Sitzung notieren, welche Art von Interventionen er bzw. sie angewendet hatte. Falls er oder sie bereit war, wurden die Therapiesitzungen auf einen Tonträger aufgenommen (für die ausführliche Darstellung des Designs s. von Wyl et al. 2013).

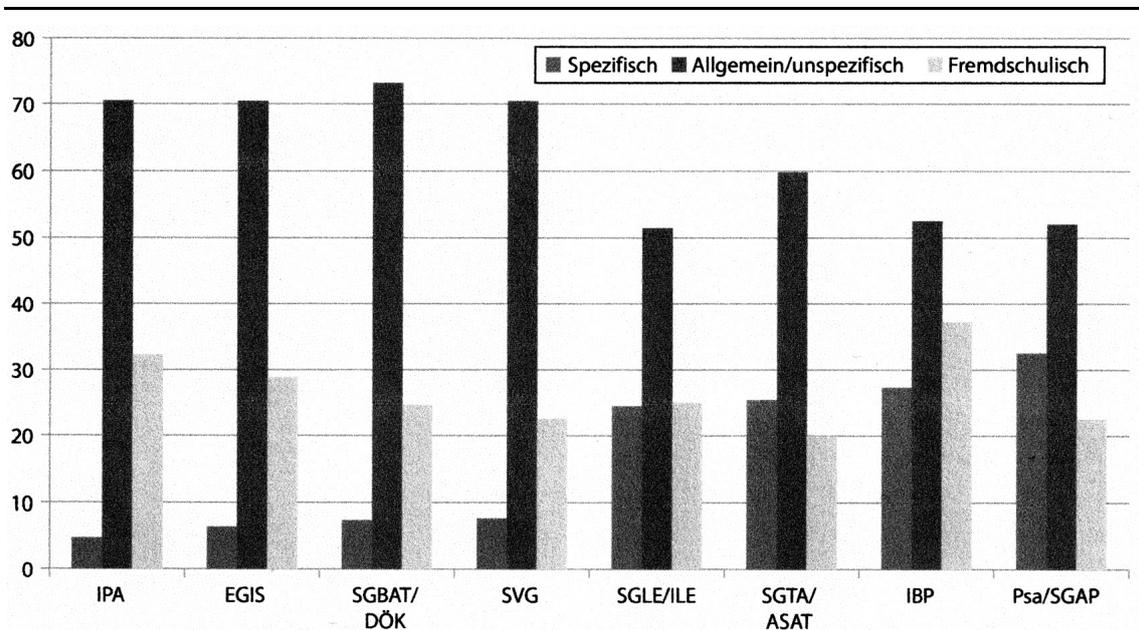
Zur Auswertung der Tonaufnahmen der Therapiesitzungen hat das Projektteam das PAP-S-Rating-Manual entwickelt (PAP-S-RM). Es beinhaltet eine Sammlung von 100 verschiedenen Therapieinterventionen. Alle an der Studie beteiligten Therapieverfahren definierten Interventionstechniken. Zusätzlich wurden Interventionen der Kognitiven Verhaltenstherapie, der Personenzentrierten Psychotherapie und der Systemischen Therapie durch ausgewiesene Fachpersonen formuliert – diese drei Therapierichtungen waren nicht an der Studie beteiligt. Schließlich wurden allgemeine, schulenunspezifische Interventionen in das Manual aufgenommen. Das Manual ist unter [www.psychotherapieforschung.ch](http://www.psychotherapieforschung.ch) abrufbar.

An dieser Stelle soll nun ein Resultat zur Konzepttreue der beteiligten Psychotherapieschulen gezeigt werden (s. Abbildung 1.2, s. a. Tschuschke 2016).

Wie der Abbildung 1.2 zu entnehmen ist, unterscheiden sich die untersuchten Therapien der verschiedenen Schulen deutlich in Bezug auf die sog. *Konzepttreue*: Während die Interventionen der Therapien einiger Schulen zu ungefähr fünf Prozent den schulspezifischen Interventionen zugeordnet wurden, waren es bei anderen um die 30 Prozent.

Abbildung 1.2:

Prozentuale Anteile spezifischer, allgemeiner und fremdschulischer therapeutischer Interventionen in den untersuchten Konzepten



Abkürzungen: IPA = Institut für Prozessarbeit, EGIS = Europäische Gesellschaft Interbody Psychotherapy, SGBAT/DÖK = Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse / Institut für Bioenergetische Analyse Österreich, SVG = Schweizer Vereinigung für Gestalttherapie, SGLE/ILE = Schweizerische Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse / Institut für Logotherapie und Existenzanalyse, SGTA/ASAT = Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse, IBP = Integrative Body Psychotherapy, Psa/SGAP = Psychoanalyse / Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie

Quelle: Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz PAP-S (2016)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich in der therapeutischen Alltagspraxis offenbar die therapeutischen Interventionen überschneiden. Ein großer Anteil der Interventionen aller Therapierichtungen wurde überdies dem psychoanalytischen Spektrum zugeordnet. Es kann diskutiert werden, ob diese Alltagspraxis nun als integrativ oder eklektisch bezeichnet werden soll. Unserer Ansicht nach ist es sinnvoll, die Weiterbildung in einem spezifischen Verfahren zu besuchen. Bei den meisten Psychotherapeuten/-therapeutinnen kommen später weitere Techniken aus anderen psychotherapeutischen Schulen hinzu. Professionalität jedenfalls bedeutet nicht eklektisches Sammelsurium, sondern sinnvolle Integration weiterer Technischelemente.

## Literatur

Stegmann, C.; Barwinski, R.; Hartmann, K.; Schlegel, M.; von Wyl, A. (2019): Das AGUST-Projekt. Psychotherapie-Wissenschaft, 9, 74–84

Stocker, D.; Stettler, P.; Jäggi, J.; Bischof, S.; Guggenbühl, T.; Abrassart, A.; Rüesch, P.; Künzi, K. (2016): Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit, Bern

Tschuschke, V. (2016): Therapeutische Interventionstechniken: Zur Bedeutung der Konzept-treue in der Psychotherapie. In: von Wyl, A.; Tschuschke, V.; Cramer, A.; Koemeda-Lutz, M.; Schulthess, P. (Hrsg.): Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren, 75–85. Psychosozial Verlag, Giessen

Tschuschke, V.; Koemeda, M.; Schlegel, M. (2013): PAP-S-Rating-Manual (PAP-S-RM). Schweizer Charta für Psychotherapie, Zürich

von Wyl, A.; Cramer, A.; Koemeda, M.; Tschuschke, V.; Schulthess, P. (2013): Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. Psychotherapie-Wissenschaft, 3 (1), 6–22

von Wyl, A.; Tschuschke, V.; Cramer, A.; Koemeda-Lutz, M.; Schulthess, P. (Hrsg.) (2016): Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren. Psychosozial Verlag, Giessen

## 2 Parallelsessions

### 2.1 Session 1 – Vorträge zur Versorgungsforschung I

*Host: Brigitte Schigl*

#### 2.1.1 Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten

*Aida Tanios und Alexander Grabenhofer-Eggerth*

##### **Hintergrund**

Über die Inanspruchnahme kassenfinanzierter Psychotherapie in Österreich liegen bereits relativ viele Informationen vor, nicht aber über das Angebot an Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten insgesamt und deren Versorgungswirksamkeit. Mit Stichtag 31. 12. 2017 waren 9.201 Personen in die beim BMASGK (nunmehr BMSGPK) geführte Psychotherapeutenliste eingetragen und somit zur Berufsausübung berechtigt. Diese Zahl liefert jedoch keine Hinweise auf die Versorgungswirksamkeit, da viele Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten nur stundenweise tätig sind bzw. diesen Beruf zum Teil nicht ausüben. Ziel der Studie war eine Einschätzung des Ist-Stands der in freier Praxis erbrachten psychotherapeutischen Behandlung.

##### **Methoden**

Im Rahmen des Projekts wurden eine Analyse der Berufsgruppenliste des BMSGPK, eine Literaturrecherche sowie eine DSGVO-konforme Onlineerhebung unter Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, begleitet von zwei Fokusgruppen, durchgeführt. An der Onlinebefragung nahmen insgesamt 1.360 Personen teil. Das sind fast 15 Prozent aller in der Psychotherapeutenliste eingetragenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Österreich. Der Rücklauf entspricht fast 24 Prozent, da im Zuge der Aussendung zur Beteiligung am Onlinesurvey ausschließlich jene Personen erreicht werden konnten (rund 6.500), die ihre E-Mail-Adresse in der Psychotherapeutenliste angegeben hatten. Zudem wurde die Studie von einem Reviewteam begleitet.

##### **Ergebnisse**

Psychotherapie wird überwiegend von Frauen ausgeübt (73 %). 39 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind laut der Erhebung über 54 Jahre alt, neun Prozent sind 65 Jahre und älter. Eine Psychotherapeutin / Ein Psychotherapeut behandelt im Durchschnitt rund 46 Pati-

entinnen und Patienten pro Jahr. Zirka ein Drittel behandelt einen bis max. 15 Patientinnen/Patienten pro Jahr, 20 Prozent behandeln zwischen 31 und 50 und nur mehr rund zehn Prozent 51 bis 75 Patientinnen/Patienten pro Jahr. 94 Prozent der durchschnittlich geleisteten Gesamtstunden betreffen Menschen mit einer krankheitswertigen Störung. Im Median arbeitet ein(e) Psychotherapeut/-in in freier Praxis zehn Wochenstunden therapeutisch mit Menschen mit einer krankheitswertigen Störung. Wenn man die Praxistätigkeit für Menschen ohne krankheitswertige Störung ergänzt, sind es insgesamt zwölf Stunden im Median. Für Dokumentationstätigkeiten werden im Median drei Stunden pro Woche aufgewandt.

Fasst man die Tätigkeit in freier Praxis, die psychotherapeutische Tätigkeit in einer Institution und Dokumentationstätigkeit zusammen, beträgt der Median der Wochenarbeitszeit pro Psychotherapeut/-in 24 Stunden.

Das Ausmaß der Wochenstunden der einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten ist breit gestreut, da der Umstand, zu welchem Stundenausmaß Psychotherapie durchgeführt wird, von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist (z. B. Bekanntheitsgrad der Person, individuelle Karriere und Lebensplanung, zusätzliche Tätigkeitsfelder neben der Psychotherapie in der freien Praxis, z. B. Lehrtätigkeit, institutionelle Tätigkeit).

Die meisten Patientinnen und Patienten (52 %) erhalten einen Kostenzuschuss, rund 27 Prozent eine voll kassenfinanzierte Psychotherapie und 21 Prozent sind Selbstzahler/-innen.

## Offene Fragen

*Wie viele Personen sind zwar in die Liste eingetragen, aber nicht versorgungswirksam?* Zentrales Thema der vorliegenden Studie ist die Versorgungswirksamkeit der ausschließlich oder zusätzlich in freier Praxis tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Aus der gegenständlichen Erhebung ist jedoch nicht ableitbar, wie viele der rund 9.200 in die Psychotherapeutenliste des Ministeriums eingetragenen Personen derzeit nicht aktiv tätig und damit jedenfalls nicht versorgungswirksam sind. Es ist davon auszugehen, dass sich eingetragene, aber inaktive Personen nicht an der Erhebung beteiligt bzw. als „inaktiv“ deklariert haben.

*Wie versorgungswirksam ist die Altersgruppe 65+?* Auch die Frage der Versorgungswirksamkeit berufsberechtigter Personen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter kann nur eingeschränkt beurteilt werden. In der Gruppe der älteren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (65+) wurden anteilmäßig weniger Personen durch die Erhebung erreicht, als in der psychotherapeutischen Grundpopulation vorhanden. Es wird angenommen, dass dies durch die Art der Durchführung der Erhebung als Onlinebefragung und/oder die Aussendung über E-Mail bedingt ist. Auf Basis der teilnehmenden Personen in dieser Altersgruppe zeigt sich jedoch eine stetig abnehmende Versorgungswirksamkeit ab 65 Jahren.

*Steuern wir auf eine Unterversorgung mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu?* Aufgrund der Altersverteilung in der Berufsgruppe ist für die nächsten zehn Jahre davon auszu-

gehen, dass rund 40 Prozent der berufsberechtigten Personen zunehmend weniger versorgungswirksam tätig sein bzw. in Pension gehen werden. In Hinblick auf die künftige Versorgungsplanung sollte diese mögliche „Überalterung“ der Berufsgruppe bereits jetzt mitgedacht werden.

## 2.1.2 Herausforderungen in der psychosozialen Versorgung am Beispiel der psychotherapeutischen Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität – eine Klientelanalyse

*Manfred Reisinger, Florian Knasmüller, Jan Aden und Brigitte Sindelar*

### Hintergrund

Psychische Erkrankungen stellen für das österreichische Gesundheitssystem eine wachsende Herausforderung dar. Etwa 1,2 Millionen Österreicher/-innen sind laut einer Presseaussendung des Berufsverbands Österreichischer PsychologInnen (2019) von einer solchen Erkrankung betroffen. Um die psychosoziale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder in psychosozialen Krisen sicherzustellen, werden unterschiedliche Versorgungsmodelle umgesetzt. In Österreich stehen Menschen mit psychischen Leiden unterschiedliche Versorgungsangebote zur Verfügung: Neben stationären Einrichtungen, sozialpsychiatrischen Zentren, Tageskliniken mit psychotherapeutischem Angebot und niedergelassenen Psychotherapeuten/-therapeutinnen stellen vor allem eine Vielzahl an zum Teil spezialisierten Ambulatorien eine bedeutende Säule in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft dar (Riedel 2015).

Das Modell der *Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität* folgt der Zielsetzung, einen möglichst niederschweligen Zugang zu eröffnen, indem niedrige Tarife und relativ kurze Wartezeiten die Regel darstellen. Ein solcher Zugang geht mit Vorteilen, aber auch spezifischen Herausforderungen einher. Der vorliegende Beitrag gibt Einblick in die Klientelstruktur und die damit einhergehenden Herausforderungen, um daraus Implikationen für die Praxis abzuleiten.

### Forschungsfrage

Im Rahmen von Evaluation, Forschung und Qualitätsmanagement muss zur Gewährleistung eines an den Bedarf angepassten psychotherapeutischen Angebots auch der Frage nachgegangen werden, welche Gruppen von Patientinnen und Patienten das Angebot für sich nützen können – bzw. welche nicht. Durch welche psychosozialen Charakteristika ist die Klientel der psychotherapeutischen Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität gekennzeichnet?

## Datenmaterial und Methode

Die Untersuchungsstichprobe von insgesamt  $n = 629$  Personen ist eine Teilstichprobe des gesamten Patientenaufkommens der psychotherapeutischen Universitätsambulanz des Zeitraums 2015 bis 2018. Das Inklusionskriterium stellte eine vollständige Datenlage in den relevanten und zur Untersuchung stehenden Merkmalen dar.

Zur Identifikation einer Patiententypologie wurde auf Basis der dichotomisierten Variablen Geschlecht (weiblich/männlich), Erwerbstätigkeit (regelmäßiges Nachgehen einer beruflichen Tätigkeit ja/nein), Familienstand (verpartnert/nicht verpartnert), Bildungsstand (Matura ja/nein), Migrationshintergrund (ja/nein) sowie der Dummy-codierten Variable Hauptdiagnose (F3, F4, F6) und der intervallskalierten Merkmale Alter bei Anmeldung (in Jahren und damit intervallskaliert), Anzahl der Kinder im gemeinsamen Haushalt sowie des Testscores zur subjektiven Lebensqualität (WHOQOL-BREF 2000) eine *Hierarchische Clusteranalyse* durchgeführt. Dabei wurde auf die WARD-Methode und die quadrierte euklidische Distanz zurückgegriffen.

## Ergebnisse

Es konnten vier inhaltlich plausible sowie empirisch trennscharfe Klientel-Cluster eruiert werden. Cluster 1 ( $n = 201$ ): berufstätige, kinderlose Personen, durchschnittliche Lebensqualität, von neurotischen und Belastungsstörungen betroffen. Cluster 2 ( $n = 178$ ): psychosozial am stärksten belastet (niedriges Bildungsniveau, erwerbslos, betreuungspflichtige Kinder), niedrige Lebensqualität, mit neurotischen und Belastungsstörungen oder affektiven Störungen. Cluster 3 ( $n = 61$ ): alleinstehende, berufstätige und kinderlose Personen, die bei durchschnittlicher Lebensqualität an einer Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörung leiden. Cluster 4 ( $n = 189$ ): junge, kinderlose Patientinnen/Patienten, hohes Bildungsniveau, durchschnittliche Lebensqualität und unter affektiven Störungen leidend. Das am stärksten trennende Merkmal zwischen den Clustern stellt die Hauptdiagnose dar.

## Diskussion

Die Ergebnisse machen auf den Cluster 2 aufmerksam, zu dem Personen mit einer Diagnose aus der Gruppe F3 oder F4 gehören. Dies legt die Frage nahe, was die Angehörigen dieses Clusters von Cluster 1 und Cluster 4 unterscheidet, in denen jeweils die Diagnosen F4 oder F3 dominieren. Die inferenzstatistische Analyse zeigt Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit und niedrigere Lebensqualität als differenzierende Variable auf. Diese Spezifika der Cluster implizieren einerseits im Hinblick auf die Psychotherapieausbildung die Notwendigkeit, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten für die sozioökonomischen Lebensbedingungen und systemische Einbettung der diversifizierten Klientel besonders zu sensibilisieren und verweisen andererseits auf die Notwendigkeit, ein Versorgungsmodell, wie es die Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität darstellt, bereitzustellen, das finanziell niederschwellig psychotherapeutische Leistungen anbietet. Zu diskutieren ist außerdem das Risikopotenzial dieser Gruppe für Krankenstände und Frühpensionierungen infolge psychischer Störungen. Ein in dieser Kurzfassung nur zu benennendes, aber der weiteren Untersuchung würdiges entwicklungspsychologisches Thema ist die Altersstruktur der

Gesamtstichprobe des jungen Erwachsenenalters: Sie wirft die Frage auf, ob sich eine erhöhte Vulnerabilität der Lebensphase der „Emerging Adulthood“ abzuzeichnen beginnt.

## Literatur

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (2019): Zeit zu handeln: Mehr psychische Gesundheit in Österreich spart Leid und Geld. Von OTS: [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20191008\\_OTS0092/zeit-zu-handeln-mehr-psychische-gesundheit-in-oesterreich-spart-leid-und-geld-bild](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20191008_OTS0092/zeit-zu-handeln-mehr-psychische-gesundheit-in-oesterreich-spart-leid-und-geld-bild)

Riedel, M. (2015): Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. IHS, Wien

## 2.1.3 Erfahrungen von Wiener Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit der Antragstellung und Bewilligungspraxis der Krankenkassen (bei Anträgen auf Kostenzuschuss)

*Brigitte Schigl, Leonore Lerch und Julia Rohner*

### Ausgangslage und Forschungsfragen

In den Jahren 2017 und 2018 wurde im Wiener Landesverband für Psychotherapie (WLP) eine Zunahme von Rückmeldungen bzgl. Problemen bei Antragstellung und Bewilligungspraxis der Krankenkassen verzeichnet. Viele Psychotherapeuten/-therapeutinnen berichteten über Anfragen um Ergänzungen und weitere Informationen seitens der Krankenkassen, über eine Zunahme der fachärztlichen Begutachtungen bei den Patienten/Patientinnen und eine Verringerung der zur Genehmigung angesuchten Stundenanzahl bzw. über Ablehnungen der Anträge auf Kostenzuschuss.

So entstand die Idee, dem auf den Grund zu gehen und eine breitere Datenbasis zu erheben. Im Juni 2018 bildete sich eine Arbeitsgruppe im WLP, um eine Studie vorzubereiten. In diesem Zusammenhang wurde auch mit Mitarbeitenden des Departments für Psychotherapie der Donau-Universität Krems ein Fragebogen-Entwurf diskutiert und entwickelt (die Kooperation für ein gemeinsames ausführlicheres Forschungsprojekt konnte nicht realisiert werden).

Folgenden **Forschungsfragen** sollte nachgegangen werden:

- » Welchen Eindruck haben Wiener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Abwicklung der Antragstellung und der Bewilligungspraxis der Krankenkassen bezüglich Kostenzuschuss für Psychotherapie? Wie zufrieden sind sie damit? Welcher Aufwand ist damit für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verbunden?
- » Hat sich diese Abwicklung und Bewilligungspraxis seit 2017 in der Wahrnehmung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verändert? In welche Richtung?

- » Wirkt sich diese Abwicklung und Bewilligungspraxis auf die psychotherapeutische Beziehung aus bzw. wie reagieren Patientinnen und Patienten auf sie?

## Methodik und Design

### *Fragebogen*

Der Fragebogen umfasste in seiner Endfassung 20 quantitative Items (z. T. mit Unterfragen in einer sechsteiligen Likert-Skala) mit zusätzlich sieben Möglichkeiten qualitativer verbaler Antworten sowie 13 demografische Fragen. Er wurde nach Probeläufen im Zeitraum 20. Mai bis 24. Juni 2019 über die Plattform SoSci Survey online gestellt. Der Link zum Survey wurde an alle WLP-Mitglieder sowie an alle Wiener Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten geschickt, die ihr Interesse an Zusendungen des WLP bekundet hatten. In Summe wurden **2.352 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** kontaktiert sowie zwei Erinnerungsmails ausgeschickt. Weiters wurde eine Einladung an alle Fachspezifika versandt, den Link an ihre Wiener Mitglieder weiterzuleiten.

### *Stichprobe*

Der Rücklauf betrug 412 Personen (17,5 %), von denen **380 Fragebögen** brauchbar waren. Fragebögen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die 2017 noch nicht in die Liste des BMG eingetragen waren, keinen Berufssitz in Wien hatten oder keine Krankenkassen-Anträge bearbeitet hatten, wurden ausgeschieden.

## Ergebnisse

Die demografischen Daten zeigen ein gutes Abbild der Struktur der Wiener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: 76 Prozent sind weiblich, 23 Prozent sind männlich, die am häufigsten vertretene Altersgruppe ist jene der 50- bis 59-Jährigen. 71 Prozent arbeiten in privater Einzelpraxis, 31 Prozent in einer Gemeinschaftspraxis und 24 Prozent in Institutionen (Mehrfachnennungen). Die Mehrzahl arbeitet in einem Setting wöchentlicher Sitzungen, 26 Prozent mit weniger als wöchentlicher Frequenz. Durchschnittlich kommen die Befragten auf 18,8 Wochenarbeitsstunden (in ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit). Alle vier Psychotherapie-Cluster sind vertreten.

### *Patientinnen/Patienten und Anträge*

Im Schnitt werden 17,5 Patientinnen/Patienten pro Woche behandelt (51 % der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sehen 11 bis 20 Patientinnen und Patienten pro Woche) und für diese jährlich 13 bis 14 Anträge ausgefüllt. Davon entfallen 98 Prozent auf die WGKK<sup>1</sup>, 57 Prozent auf

---

1

Diese Bezeichnung/en entsprechen den Namen zum Zeitpunkt der Studiendurchführung.

die BVA, 40 Prozent auf die SVA, 38 Prozent auf die NÖGKK und 25 Prozent auf die KFA. **Bei 71 Prozent aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** haben die Patientinnen und Patienten in den Jahren 2017 und 2018 Erstanträge mit einem Ergänzungsansuchen bzw. Vermerk zurückbekommen.

### *Zufriedenheit*

Die generelle Zufriedenheit mit der Antragstellung und deren Bearbeitung durch die Krankenkassen ist gering (48 % geben auf der sechsteiligen Skala „kaum“ bis „nicht zufrieden“ an). Die sprachliche Verständlichkeit wird als akzeptabel eingeschätzt (4,5 auf der sechsteiligen Skala), die Bearbeitungsdauer wird von 50 Prozent als „sehr“ bis „mittel zufriedenstellend“ angegeben. Mehr als die Hälfte (62 %) nehmen eine Veränderung der Krankenkassen-Praxis bei Bewilligungen im Vergleich zum Zeitraum vor 2017 wahr.

### *Unterschiede zwischen den Krankenkassen*

In allen Items wird die WGKK schlechter beurteilt als die anderen Kassen: Der zeitliche und persönliche Administrationsaufwand ist hier signifikant höher. 95,2 Prozent der Ergänzungsansuchen und Vermerke zum Antrag betrafen die WGKK (BVA: 2,8 %, KFA: 0,7 %, SVA: 0,3 %, NÖGKK: 2,1 %). Davon waren 74 Prozent eine wesentliche Verschlechterung im Sinne einer Verminderung der ursprünglich beantragten Sitzungszahl. 24 Prozent der Antwortenden gaben an, dass Anträge im Zeitraum 2017 bis 2018 abgelehnt wurden, auch dies betraf vorwiegend Anträge bei der WGKK.

### *Einfluss auf die therapeutische Beziehung*

23,6 Prozent gaben einen hohen Einfluss (Skalenwerte 5 + 6) auf die therapeutische Beziehung und deren Aufbau durch Antragstellung (ausfüllen) und 20,1 Prozent durch das Warten auf Bewilligung an. Wieder wird diese Beeinflussung bei der WGKK signifikant am höchsten angegeben. 32,4 Prozent der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten berichten darüber, dass ihre Patientinnen und Patienten durch die Antragstellung und Bewilligungspraxis gestresst wären. Wieder sind jene der WGKK signifikant häufiger betroffen. Ebenso geben 29,1 Prozent der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten an, dass die Patientinnen und Patienten durch die Angabe der intimen Daten bei der Antragsstellung Stress empfinden würden. Auch dieser Befund ist bei jenen der WGKK im Vergleich zu den anderen Kassen signifikant am häufigsten.

Die Praxiserfahrung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Jahren (Zeit seit Eintragung in die Liste) hat keinen Einfluss darauf, wie viele Anträge mit Anmerkungen zurückkommen. Allerdings haben jene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die viele Patientinnen/Patienten behandeln und die viele Anträge ausfüllen, signifikant weniger Rückfragen und Anmerkungen durch die Krankenkassen. Es kommen eher Anträge in der Einzelpraxis mit Rückfragen retour (.126). Anmerkungen und Rückfragen seitens der Krankenkassen sind bei weiblichen und männlichen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten gleich verteilt. Männer berichten aber signifikant häufiger über abgelehnte Anträge (.124).

### **Limitation**

Möglicherweise haben an der Befragung eher unzufriedene Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten teilgenommen (Korrelation von zurückbekommenen Anträgen und angegebener Unzufriedenheit ist signifikant).

### **Conclusio**

Es spricht einiges dafür, dass die Krankenkassen, insbesondere die WGKK, ihre Bearbeitungs- bzw. Bewilligungspraxis von Zuschüssen zur Psychotherapie verschärft haben. Allerdings scheint es auch sehr von der Erfahrung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der Antragstellung abzuhängen, wie viele Anträge von den Krankenkassen zurückgeschickt bzw. abgelehnt werden. Hier könnten Schulungen der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten möglicherweise vorbeugen. Dennoch ist eine Ungleichbehandlung der Patientinnen und Patienten durch die ehemaligen Gebietskrankenkassen in Bezug auf die Antragsbearbeitung und Zuschussgenehmigung nicht von der Hand zu weisen. Hier liegt eine Ungleichbehandlung der Patientinnen und Patienten durch die unterschiedlichen Krankenkassen (auch innerhalb der nunmehrigen ÖGK) vor.

## **2.2 Session 1 – Poster zur Versorgungsforschung I**

### **2.2.1 Chronische Schmerzen und Ergebnis in psychiatrischer Reha**

*Martina Brunnmayr, Katharina Berger, Wolfgang Brandmayer, Belma Dugandzic und Michael Bach*

#### **Einleitung**

Bisherige Studien zeigten einen negativen Einfluss von Schmerzsyndromen auf das Behandlungsergebnis von psychischen Störungen. Die Auswirkungen auf die Schmerzen wurden jedoch nur in ausgewählten psychiatrischen Stichproben nachgewiesen. Ziel dieser Studie ist es, anhand eines naturalistischen Designs die Auswirkungen komorbider Schmerzzustände auf stationäre psychiatrische Patientinnen und Patienten zu erheben.

#### **Methode**

In die Studie wurden 621 Patientinnen/Patienten einer sechswöchigen stationären psychiatrischen Reha eingeschlossen. Die ICD-10-Diagnosen wurden klinisch gestellt und zusätzlich wurde der Chronic Pain Grade Questionnaire (CPGQ), der SCL-90-R sowie der WHO-DAS 2.0 zur Beurteilung der Lebensqualität durchgeführt.

## Ergebnis

Es wurden 621 Patientinnen und Patienten (48,1 % männlich, 51,9 % weiblich) mit einem durchschnittlichen Alter von 52,4 Jahren eingeschlossen. Laut CPGQ waren 25,1 Prozent der Patientinnen und Patienten (n = 606) in den letzten drei Monaten schmerzfrei, 38 Prozent zeigten einen funktionalen und 37 Prozent einen dysfunktionalen Schmerz. In Bezug auf die ICD-10-Diagnosen zeigten Personen mit PTBS und einer depressiven Episode vorwiegend dysfunktionale Schmerzen und Personen mit rezidivierender Depression vorwiegend funktionale Schmerzen. Die Probandinnen und Probanden mit dysfunktionalen Schmerzen zeigten einen signifikant höheren globalen Wert im SCL-90-R und eine signifikant verringerte Lebensqualität. Weiters hatten die Probandinnen und Probanden mit dysfunktionalen Schmerzen ein deutlich schlechteres Behandlungsergebnis im SCL-90-R und WHO-DAS 2.0 ( $p < 0,001$ ).

## Conclusio

Diese Daten unterstreichen die Bedeutung von Schmerz als prognostischem Indikator bei psychischen Erkrankungen. Daher schlagen wir vor, die Beurteilung von Schmerzen in psychiatrische Behandlungsprogramme aufzunehmen. (Poster siehe Anhang)

## 2.2.2 Persönlichkeitspathologie und Reha-Erfolg

*Katharina Berger, Martina Brunnmayr, Wolfgang Brandmayer, Belma Dugandzic und Michael Bach*

### Einleitung

Das bisherige kategoriale Diagnosemodell der Persönlichkeitsstörungen in DSM-IV und ICD-10 wurde in den letzten Jahren zunehmend kritisiert. So findet sich zum einen keine ausreichende Validität und Trennschärfe der einzelnen diagnostischen Kategorien. Zum anderen liegen bei vielen Klientinnen und Klienten einer Psychotherapie ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierungen vor, die vermutlich einen wesentlichen Einfluss auf den klinischen Schweregrad der psychischen Störung und den Behandlungserfolg aufweisen, in der klinischen Diagnostik aber bisher unberücksichtigt blieben.

### Methode

Erstmalig im deutschsprachigen Raum wird der Zusammenhang zwischen dem Schweregrad psychischer Störungen (SCL-90-R) und einer kriteriumsbezogenen Persönlichkeitsdiagnostik nach DSM-5 anhand des General Assessment of Personality Disorders (GAPD, Hentschel & Livesley 2013) und des Persönlichkeitsinventars für DSM-5 (PID-5-BF, Krueger et al. 2012) erhoben. Der Einfluss auf den Erfolg einer stationären psychiatrischen Rehabilitation wird untersucht (Prä-Post-Vergleich der SCL-90-R).

## Ergebnis

In die noch laufende Studie konnten bislang 45 Patientinnen und Patienten (25 Männer, 20 Frauen, Durchschnittsalter 52 Jahren, Erkrankungsdauer 11,6 Jahre) eingeschlossen werden. Erwartungsgemäß findet sich eine positive Korrelation zwischen psychiatrischem Schweregrad und Ausprägung der Persönlichkeitspathologie ( $p = 0,043$ ,  $r = 0,322$ ).

## Conclusio

Diese Pilotergebnisse bestätigen bereits den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitspathologie und klinischem Schweregrad der psychischen Störung. Weitere Patientinnen und Patienten werden laufend in die Studie eingeschlossen mit dem Ziel in weiterer Folge den Einfluss einzelner Persönlichkeitsdomänen auf den Therapieverlauf anhand einer größeren Stichprobe zu präsentieren. (Poster siehe Anhang)

## 2.2.3 Psychotherapeutische Beratung im Kontext Schule. Ein innovativer Ansatz

*Brigitte Fiala-Baumann und Eva Bänninger-Huber*

In einem Pilotprojekt des Tiroler Landesverbands für Psychotherapie und des BRG Innsbruck Adolf-Pichler-Platz wurde für zwei Schuljahre ein psychotherapeutisches Beratungsangebot für Schüler/-innen, Eltern und Lehrer/-innen installiert. Die Nutzung der Beratung wurde evaluiert.

### Hintergrund

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche in Österreich zunehmend an psychischen Problemen und seelischen Belastungen leiden. In der MHAT-Studie („Mental Health in Austrian Teenagers“, Philipp 2014), der ersten epidemiologischen Studie zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich, wurde die seelische Gesundheit von österreichischen Jugendlichen anhand einer sehr großen Stichprobe (über 3.600 Jugendliche) untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass rund 24 Prozent der Jugendlichen in Österreich die Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllen.

Eine eigene Studie („Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie bei Jugendlichen“, Fiala-Baumann und Bänninger-Huber 2017), die eine klinische Gruppe von Jugendlichen untersuchte und mit einer unbehandelten Gruppe von Jugendlichen verglich, konnte die hohe psychische Belastung ebenfalls bestätigen.

In unserer Studie 2017 zeigte sich dabei vor allem ein Zusammenhang von seelischen Störungen und schlechten Peer-Beziehungen. Als wirksam erwies sich das Anbieten einer therapeutischen Beziehung und die Arbeit an der Verbesserung von Beziehungen. Da nur rund 50 Prozent der

Jugendlichen mit seelischen Auffälligkeiten professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Philipp 2014), erschien es uns wichtig, zu überlegen, wie Hilfe niederschwellig und rasch angeboten werden kann. Da nun auch die meisten Peer-Beziehungen im Lebensraum Schule geknüpft werden und der soziale Aspekt der Schule sehr groß ist, war es naheliegend, Unterstützung vor Ort im Lebensraum Schule anzubieten. Daher wurde im Jahr 2018 eine Kooperation zwischen Tiroler Landesverband für Psychotherapie (TLP) und einem großen Innsbrucker Gymnasium (ca. 800 Schülerinnen und Schüler) ins Leben gerufen. Dieses Pilotprojekt einer psychotherapeutischen Beratung in der Schule wurde über zwei Jahre wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

## Studiendesign

Das Konzept, das von TLP und der Schule überlegt wurde, umfasst drei Säulen (siehe dazu auch das Poster am Ende des Tagungsbandes):

**Säule 1 – Versorgung:** Einmal pro Woche wurde an der Schule für eine Stunde psychotherapeutische Beratung angeboten. Für die Beratungsstunde wurde eine Randzeit (14.00 Uhr) gewählt, damit alle Schüler/-innen außerhalb des Unterrichts kommen konnten. Die psychotherapeutische Beratung fand in einem Raum innerhalb der Schule statt. Das Angebot wurde über verschiedene Kanäle wie Schulwebsite, Lehrerkonferenz, Folder, Aushang etc.) angekündigt. Schüler/-innen, Eltern und Lehrer/-innen konnten ohne Voranmeldung kommen. Nach dem Beratungsgespräch kam es bei Bedarf zu weiteren Beratungsgesprächen oder zur Vermittlung an geeignetere Anlaufstellen.

**Säule 2 – Vermittlung:** Es wurde immer in Absprache mit den Schülerinnen/Schülern und Eltern nach Lösungen gesucht, wenn die psychotherapeutischen Beratungsgespräche nicht ausreichten. Dabei wurden bei unter 14-Jährigen die Eltern von Beginn an miteinbezogen.

**Säule 3 – Vorträge:** Einmal im Semester wurden Vorträge vom Tiroler Landesverband für Psychotherapie an der Schule gehalten. Dies sollte ein Angebot an Schüler/-innen, Eltern und Lehrer/-innen sein, um zu informieren und aktuelle Themen aufzugreifen. In den zwei Schuljahren, die evaluiert wurden, fanden insgesamt vier Vorträge zu den Themen „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, „Essstörungen“, „Selbstverletzendes Verhalten“ und „Neue Medien“ statt.

## Ergebnisse

Im Verlauf von zwei Schuljahren wurde die psychotherapeutische Beratungszeit von insgesamt 31 Schülerinnen und Schülern genutzt, davon waren 11 Mädchen und 20 Buben. Es wurden insgesamt 94 Kontakte von Schülerinnen und Schülern im genannten Zeitraum verzeichnet. Die Kontakthäufigkeiten waren unterschiedlich. Mädchen kamen im Schnitt viermal (exakt 3,9) zur psychotherapeutischen Beratung und Buben zwei- bis dreimal (exakt 2,6). Ebenfalls nutzten die Eltern die Möglichkeit der Beratung. Es waren 19 Eltern, die zu 39 Terminen kamen (als „Eltern“ wurde dabei sowohl ein Einzelkontakt eines Elternteils als auch ein gemeinsamer Kontakt gezählt). Die Eltern kamen also im Schnitt zweimal zur psychotherapeutischen Beratung.

Die Kontakte der Lehrer/-innen gestalteten sich differenzierter. Sie kamen teilweise persönlich, nahmen aber auch über E-Mail oder Telefon Kontakt auf. Dieses Kontaktverhalten soll Thema einer weiteren Veröffentlichung sein.

Sehr häufig konnten Lösungen durch Hinzuziehen des innerschulischen Helfersystems gefunden werden (z. B. Vernetzung mit Lehrpersonen, Termine bei Beratungslehrerinnen). Dabei war die Zusammenarbeit mit der Schulärztin sehr wichtig.

In Situationen, in denen diese Lösungsansätze nicht ausreichten, wurde an außerschulische Helfersysteme vermittelt. Das waren z. B. Berufsberatung, Jugendcoaching, Schulpsychologie etc.

### **Resümee**

Das Angebot einer psychotherapeutischen Beratung in der Schule wurde von Anfang an gut genutzt. Alle Angesprochenen (Schüler/-innen, Eltern und Lehrer/-innen) nahmen es in Anspruch. Ein wichtiger Effekt dieses Pilotprojektes des TLP war die gute Vernetzung und Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Schule mit verschiedenen Helfer- und Beratungssystemen. Da das Schulprojekt bisher sehr positiv verlaufen ist, soll es bis auf Weiteres verlängert werden. (Poster siehe Anhang)

### **Literatur**

Fiala-Baumann, B.; Bänninger-Huber, E. (2017): Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Dissertation an der Universität Innsbruck, open access: uibk.ac.at

Philipp, J. et al. (2014): Die Mental Health in Austrian Teenager (MHAT)-Studie. Springer Verlag: Neuropsychiatrie, Vol. 28 (4), 198-207

## 2.3 Session 2 – Vorträge zur Versorgungsforschung II

*Host: Michael Wieser*

### 2.3.1 Psychotherapeutische Versorgung im Modell „Psychotherapie Vorarlberg“

*Kerstin Vogg und Joachim Hagleitner*

#### **Hintergrund**

Im Beitrag werden das psychotherapeutische Versorgungsmodell in Vorarlberg und einige Zahlen zur Inanspruchnahme dieses kostenlosen Psychotherapieangebots präsentiert. Das Institut für Sozialdienste (ifs) vermittelt die Klientinnen und Klienten an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Das ifs ist außerdem für die Qualitätssicherung, die Dokumentation und die Abrechnung verantwortlich. Finanziert wird das Modell gemeinsam von Land Vorarlberg und den Sozialversicherungsträgern. Das Angebot wurde in den letzten Jahren sukzessive erweitert, eine Bedarfsdeckung konnte noch nicht erreicht werden. Derzeit wird eine Clearingstelle als Pilotprojekt erprobt.

Ziel des Modells ist ein zeitnaher und einfacher Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe. Insgesamt standen im Modell „Psychotherapie Vorarlberg“<sup>2</sup> 60 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an 19 Standorten zur Verfügung. Angeboten wird Psychotherapie im Einzel- und im Gruppensetting, wobei das letztgenannte ausgebaut werden soll.

#### **Leistungsdaten**

Insgesamt erhielten 2.903 Personen eine psychotherapeutische Behandlung. Bei mehr als der Hälfte der Patientinnen und Patienten (56 %) wurde die Therapie nach zehn Stunden bereits beendet. Die Verweildauer betrug bei 65 Prozent der Patientinnen und Patienten nicht mehr als zwölf Monate, was darauf schließen lässt, dass mit relativ geringem Mitteleinsatz bereits hohe Effekte erzielt werden können – dies umso mehr, wenn die Interventionen frühzeitig erfolgen. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz lag im Berichtsjahr für ein Drittel der Personen zwischen 75 und 225 Tagen. Der für akute Krisenfälle installierte psychotherapeutische Krisendienst wurde von 66 Personen in Anspruch genommen. Der Anteil der Leistungserbringung durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde seit Vertragsbeginn kontinuierlich gesteigert und lag im Jahr 2019 bei 65 Prozent.

---

2

Informationen zum Modell sind abrufbar unter: Psychotherapie Vorarlberg: ifs – Institut für Sozialdienste

Im Jahr 2019 wurden 29.941 Leistungsstunden erbracht, 2.179 davon für Kinder und Jugendliche.

### **Patienten Klientel**

Wie auch in den Jahren zuvor zählten unipolare Depressionen sowie Angst- und Panikstörungen zu den häufigsten krankheitswertigen Störungen. Ein Drittel der behandelten Personen entwickelte Symptome als Folge akuter, belastender Lebensereignisse oder kontinuierlicher Traumata. Mehr Frauen (zwei Drittel) als Männer nutzten das Angebot. 63 Prozent der Patientinnen und Patienten waren unter 45 Jahre alt. Zum Zeitpunkt der psychotherapeutischen Behandlung befanden sich 59 Prozent der behandelten Personen in aufrechten Arbeitsverhältnissen, 28 Prozent gingen keiner Arbeit oder Ausbildungstätigkeit nach. 23 Prozent der Patientinnen und Patienten waren Menschen mit Migrationshintergrund. Im Rahmen der gegenständlichen psychischen Erkrankung erhielten 42 Prozent der Patientinnen und Patienten Psychopharmaka, hiervon lag der größte Anteil mit 51 Prozent in der Medikamentengruppe der Antidepressiva.

## **2.3.2 Psychotherapie im Kontext interdisziplinärer Angebote**

*Georg Spiel, Elisabeth Stefanek und Markus Schwab*

### **Hintergrund**

Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen nimmt sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zu und beträgt aktuell mehr als 20 Prozent (Wagner et al. 2017; Wancata 2017). Aufgrund des komplexen Zusammenwirkens mehrerer Faktoren (wie Vorliegen von biologischen Dispositionen, schwierigen sozioökonomischen Lebensbedingungen, psychisch belastenden Lebensumständen etc.) bei psychischen Erkrankungen bedarf es meist einer interdisziplinären (Fachmedizin, Psychotherapie, Psychologie etc.) Betreuung und Behandlung, die über den Rahmen der üblichen Versorgung im niedergelassenen Bereich hinausgeht (Schlack et al. 2009).

In den Mini-Ambulatorien der pro mente: kinder jugend familie GmbH sowie in den Sozialpsychiatrischen Diensten (SPD) der pro mente kärnten GmbH werden Kinder, Jugendliche, Erwachsene mit psychischen Problemen sowie deren Angehörige in interdisziplinären Teams behandelt. Die Zielsetzungen dieser Einrichtungen sind (1) die Erhöhung der Lebensqualität und (2) eine positive Veränderung der vorliegenden Symptomatik. Dabei nimmt das Thema Qualität und die Prüfung der Effektivität von therapeutischen Maßnahmen einen zentralen Stellenwert ein. Ergebnisse der Evaluation dieser beiden Versorgungseinheiten/Institutionen werden im Folgenden dargestellt.

Die **interdisziplinären Mini-Ambulatorien** sind möglichst wohnortnahe Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche mit Mental-Health-Problemen und Entwicklungsstörungen sowie deren Angehörige zur diagnostischen Klärung, Einleitung und Durchführung von therapeutischen Maßnahmen. Zwischen 2012 und 2019 nahmen 5.233 Kinder und Jugendliche und deren Eltern die Angebote der Mini-Ambulatorien in Anspruch. Am häufigsten werden Kinder in der Altersgruppe zwischen

sechs und elf Jahren ( $MW = 9$ ,  $SD = 4$ ) behandelt. 37 Prozent der Klientinnen und Klienten sind Mädchen, 63 Prozent sind Jungen. 28 Prozent der Klientinnen und Klienten suchen die Mini-Ambulatorien von selbst auf, 29 Prozent werden von Kindergärten oder Schulen bzw. Schulpsychologinnen/Schulpsychologen zugewiesen und 16 Prozent von niedergelassenen Kooperationspartnern und -partnerinnen (z. B. niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte). Weitere Zuweisungen (27 %) erfolgen über psychosoziale Einrichtungen, das Jugendamt sowie Verwandte und Bekannte der Familien.

Zieht man das Multiaxiale Klassifikationsschema (Remschmidt et al. 2012) heran, so wurde auf Achse 1 (psychiatrisches Syndrom) bei 2.523 Kindern und Jugendlichen und auf Achse 2 (umschriebene Entwicklungsrückstände) bei 3.640 Kindern und Jugendlichen eine Diagnose gestellt. Es gibt 350 Kinder und Jugendliche mit Komorbiditäten innerhalb der Achse 1, innerhalb der Achse 2 sind es 800 und zwischen Achse 1 und Achse 2 sind es 960 Kinder und Jugendliche. Die drei häufigsten Störungsbilder auf Achse 1 sind Hyperkinetische Störungen (530), Störungen des Sozialverhaltens (420) sowie internalisierende Störungen (260). Die häufigsten Störungen auf Achse 2 sind Störungen des Sprechens und der Sprache (1.900), schulischer Fertigkeiten (1.000) sowie motorischer Funktionen (700).

Neben der differenzierten diagnostischen Abklärung werden individuelle therapeutische Interventionen im Einzel- und Gruppensetting durchgeführt. Zudem werden familienzentrierte Angebotschwerpunkte gesetzt. Zwischen 2012 und 2019 nahmen die Klientinnen und Klienten sowie deren Eltern rund 3.300 Angebote in Anspruch. Am häufigsten wurden psychologische bzw. psychotherapeutische (850<sup>3</sup>), gefolgt von ergotherapeutischen (700), pädagogischen (460), familienzentrierten (250) und logopädischen (40) Angeboten aufgesucht. Pharmakotherapeutische Behandlungen erfolgten bei 320 Klientinnen und Klienten. 700 Beratungsgespräche runden das Bild ab.

Die Klientinnen und Klienten erhalten aufgrund ihrer Diagnose(n) zielgruppenspezifische Interventionen. Bezogen auf die häufigsten Störungsbilder der Achse 1 erhielten von 549 Klientinnen und Klienten mit einer hyperkinetischen Störung 446 Personen eine oder mehrere Interventionen: 232 erhielten eine psychologische/psychotherapeutische, 74 eine ergotherapeutische, 73 eine pharmakologische und jeweils 40 eine pädagogische bzw. familienzentrierte Intervention. Von 439 Klientinnen und Klienten mit der Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ erhielten 305 eine Intervention: 110 erhielten eine psychologische/psychotherapeutische, 32 eine ergotherapeutische, 80 eine pharmakologische, 18 eine pädagogische und 64 eine familienzentrierte Intervention. Von den 274 Klientinnen und Klienten mit einer internalisierenden Störung erhielten 143 eine Intervention: 57 erhielten eine pharmakologische, 56 eine psychologische/psychotherapeutische, 13 eine pädagogische und jeweils sieben eine ergotherapeutische bzw. familienzentrierte Intervention.

---

3

Therapieblock mit je zehn Einheiten

Der **Sozialpsychiatrische Dienst (SPD)** der pro mente kärnten GmbH ist eine sozialpsychiatrische Einrichtung, die extramurale Versorgung von psychisch erkrankten Personen (z. B. Personen mit Depression, Angststörungen) und/oder Personen in schwierigen, krisenhaften Lebensumständen anbietet. Die Angebote umfassen psychologische, psychotherapeutische, soziotherapeutische, fachärztliche und sozialarbeiterische Beratung, Behandlung und Begleitung. Neben ambulanten Einzel- und Gruppenangeboten werden auch Hausbesuche durchgeführt. Die häufigsten ICD-Diagnosegruppen sind affektive und neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen.

### **Fragestellung**

Qualität und Effektivität der therapeutischen Maßnahmen beider Versorgungseinrichtungen stehen im Fokus der fortlaufenden Evaluation, die eine wichtige Grundlage für eine datengestützte Qualitätsentwicklung darstellt. Im Zuge der Ergebnisevaluation soll überprüft werden, ob und wie weit die Ziele der Einrichtungen, (1) die Erhöhung der Lebensqualität und (2) eine positive Veränderung der vorliegenden Symptomatik, erreicht werden.

### **Evaluierungsdesign**

Für die fortlaufende Evaluierung der Mini-Ambulatorien werden zur Messung der Zielerreichung u. a. die Lebensqualität sowie die Reduktion der Mental-Health-Probleme der Klientinnen und Klienten als bereichsübergreifende Outcome-Indikatoren verwendet. Diese werden mit standardisierten Erhebungsinstrumenten (ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Matthejat und Remschmidt, 2006) sowie Testverfahren, die in der klinischen Diagnostik verwendet werden, zu Beginn (t0) und am Ende der Behandlung (t1) sowie ein halbes Jahr nach der Intervention (t2; Nachhaltigkeit) mittels Selbst- und Fremdeinschätzung erfasst.

Für die Evaluierung des **SPD** werden seit Mitte 2016 zur Messung der Zielerreichung u. a. die Lebensqualität sowie die Funktions- und Partizipationsbeeinträchtigung erhoben. Die Lebensqualität wird mittels des WHOQOL-BREF (WHO 1996) erfasst, die Partizipationsbeeinträchtigung mittels des Mini-ICF-APP Version 2 (Linden et al. 2015). Alle Klientinnen und Klienten, die sechs oder mehr Kontakte mit den SPDs haben, nehmen an einer Baseline-Messung (t0) teil. Im Abstand von sechs Monaten werden periodisch Messungen durchgeführt (t1\_0, t1\_1 etc.). Bei Abschluss der Interventionsphase werden die Klientinnen und Klienten gebeten, nach sechs Monaten eine weitere Messung durchzuführen (t2), um die Nachhaltigkeit des therapeutischen Effekts zu prüfen. Die Maßnahmen und deren Evaluierung werden auch während der COVID-19-Pandemie – zum Teil online – weitergeführt.

### **Ergebnisse**

Im Laufe der Betreuung durch die **Mini-Ambulatorien** kam es bei den Klientinnen und Klienten zwischen t0 und t2 zu einer signifikanten Verbesserung der *Lebensqualität* – sowohl aus Sicht der Kinder/Jugendlichen (Selbsteinschätzung) als auch aus Sicht der Eltern. Verglichen mit t0, wo 17 Prozent der Kinder/Jugendlichen eine unterdurchschnittliche Lebensqualität angaben, waren es zu

t2 nur noch zehn Prozent, aus Elternsicht nur noch 14 Prozent anstatt 38 Prozent. Bezogen auf die Verringerung der *Symptomatiken* zeigt sich beim Vergleich der Anzahl der auffälligen Achsen zu t0 mit denen zu t2, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die keine Eintragung auf einer Achse haben, stark gestiegen ist und die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die eine, zwei oder drei Eintragungen hatten, merklich gesunken ist.

Im Rahmen einer Zweijahresevaluation zeigte sich für die Einrichtungen des **Sozialpsychiatrischen Diensts** als generelles Ergebnis eine Steigerung der Lebensqualität und eine Verbesserung der Partizipation. Die betreute Klientengruppe ist als heterogen anzusehen. Klientinnen und Klienten, die an der Erhebung der Nachhaltigkeit (t2) teilnahmen, berichteten eine besonders starke Verbesserung der Lebensqualität. Weitere Analysen, welche etwa die Schwere und Chronifizierung der Erkrankung, die Eigenmotivation und andere Variablen berücksichtigen, sind geplant.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der fortlaufenden Evaluierungen seit mehr als zehn Jahren bei den Mini-Ambulatorien und seit zwei Jahren in den SPDs zeigen eine signifikante Verbesserung in den genannten Zielbereichen und unterstreichen die Wichtigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der Behandlung von Mental-Health-Störungen sowohl im Kindes- und Jugend- wie auch im Erwachsenenalter. Im Kinder- und Jugendbereich zeigt sich, dass bei allen Diagnosen zu wenig Ressourcen verfügbar sind, um alle indizierten Therapien auch durchzuführen. Dieser Versorgungsengpass besteht vor allem bei Klientinnen und Klienten mit internalisierenden Störungen. Eine diesbezügliche Evaluation im Erwachsenenbereich ist noch nicht abgeschlossen.

### Limitation

Die Evaluationen stellen eine wichtige Grundlage für eine datengestützte Qualitätsentwicklung dar. Die zentralen Herausforderungen der Auswertung dieser Daten bestehen in der eingeschränkten Anwendbarkeit von Standards und Methoden der empirischen Sozialforschung, wie z. B. anfallende Stichprobe, hohe Drop-out-Rate (u. a. bei Messzeitpunkten und von einzelnen Items), sowie einer relativ kleinen Stichprobe trotz langer Erhebungsdauer. Dennoch ist der Nutzen dieser Daten von schwer erreichbaren Zielgruppen sowohl für die angewandte Forschung als auch für die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen überwiegend.

Die Maßnahmen und Evaluierung dieser Maßnahmen werden auch während der COVID-19-Pandemie, zum Teil online, fortgeführt.

### Literatur

Linden, M.; Baron, S.; Muschalla, B.; Ostholt-Corsten, M. (2015): Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Verlag Hans Huber, Bern

Mattejat, F.; Remschmidt, H. (2006): ILK – Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen

Remschmidt, H.; Schmidt, M.; Poustka, F. (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV (6. Auflage). Huber Verlag, Bern

Schlack, H. G.; Thyen, U.; von Kries, R. (2009): Sozialpädiatrie: Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag. Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Wancata, J. (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie. Medizinische Universität Wien. [https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozpsychiatrie/pdf/Abschlussbericht\\_Wissenschaft\\_Wancata.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozpsychiatrie/pdf/Abschlussbericht_Wissenschaft_Wancata.pdf)

Wagner, G. et al. (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: A nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child and Adolescents Psychiatry*, 26, 1483–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6>

World Health Organization (1996): WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization, Geneva

### 2.3.3 Wie lässt sich die Arbeit mit dem realen sozialen Atom von Patientinnen und Patienten mit familiären Problemen psychotherapeutisch fördernd gestalten?

*Kurt Fellöcker*

Die zunehmende Vulnerabilität der Institution Familie zeigt sich wohl am besten anhand der von 1951 bis 2009 stetig fallenden Zahl der Eheschließungen von über 60.000 (1951) auf nur ca. 35.000 (2009). Fast spiegelbildlich verlief die Entwicklung der Scheidungszahlen: Sie pendeln um einen Wert von 20.000 pro Jahr, die Gesamtscheidungsrate tangierte 2007 bereits die 50-Prozent-Marke (Neuwirth 2011, S. 28). Die österreichische Gesellschaft entwickelt sich insgesamt hin zu vielfältigeren Lebens- und Familienformen. Nichteheliche Lebensgemeinschaften, transkulturelle Familien, Ein-Eltern-Familien, Patchworkfamilien, Adoptions- und Pflegefamilien, Regenbogenfamilien (gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern) und Inseminationsfamilien (Paare mit Kindern, die durch Samen- oder Eizellenspende künstlich gezeugt wurden) sind nur Beispiele der sich differenzierenden Familienformen. Das Funktionieren von sozialen Netzwerken wird zum Erfolgsfaktor bei der Bewältigung der differenzierten Elternschaft, sowohl für die Bewältigung persönlicher Probleme als auch für die Unterstützung bei der Kinderbetreuung. Bei den Protagonistinnen und Protagonisten „neuer“ Familientypen stellt die Regulation des sozialen Netzwerks eine wichtige Fähigkeit dar und setzt ein hohes Bewusstsein für die Regie von Beziehungen, aber auch von or-

ganisatorischen Abläufen voraus. Nicht zuletzt müssen Rollenerwartungen an Mitglieder des sozialen Netzwerkes immer wieder neu ausgehandelt werden und mit Rollenerwartungen an die Protagonistinnen und Protagonisten (z. B. alleinerziehende Mütter) muss kompetent umgegangen werden. Hier setzen Institutionen wie die „Therapeutisch Ambulante Familienbetreuung“ (TAF) in Salzburg an und gestalten ein Angebot der Betreuungsarbeit in der Um- und Mitwelt der Kinder bzw. der Familien (aufsuchende Familientherapie). Die Zielgruppe der therapeutischen Arbeit sind Multiproblem-Familien, also Familien mit klinischer Symptomatik und psychosozialer Mehrfachproblematik. TAF orientiert sich dabei nicht rein psychotherapeutisch, sondern versucht, ganzheitlich im privaten Lebensbereich der Familie zu arbeiten.

Schon seit den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts fordert Jacob Levi Moreno (2001, S. 36), die Psychotherapie stärker in der Realität zu verankern und kritisiert Gespräche über eine individuelle Lebenswirklichkeit in einer psychotherapeutischen Praxis als „reduzierte Realität“. Er entwickelt für einen Teil des psychodramatherapeutischen Vorgehens den Begriff der „Arbeit am realen sozialen Atom“ (reales soziales Netzwerk) und formuliert als Ziel (aber auch als Methode) die Zusammenführung von Menschen, die Probleme bzw. Konflikte miteinander erleben, und die Neukonstruktion ihrer Begegnung im therapeutischen Handeln.

### **Fragestellung**

Das Forschungsprojekt befasst sich mit der konkreten methodischen Arbeit mit vulnerablen Familien in einem aufsuchenden Setting im Rahmen der „Therapeutisch ambulanten Familienbetreuung“ (TAF) in Salzburg. Die Detailziele des Projekts waren daher

- » die Beschreibung der Arbeit mit dem realen sozialen Atom,
- » die Erfassung von spezifischen Techniken,
- » die Entwicklung eines Verständnisses für hemmende und förderliche Faktoren bei der Umsetzung der Interventionen,
- » die theoretische Reflexion und Fundierung eingesetzter Techniken,
- » der Blick über die Therapierichtung Psychodrama hinaus zu den Erfahrungen anderer Therapierichtungen mit der Arbeit am realen sozialen Atom,
- » die Erarbeitung von allgemeinen Vorschlägen und Empfehlungen für die Arbeit mit dem realen sozialen Atom.

### **Methodik**

Der Forschungsplan sieht ein mehrstufiges Vorgehen vor:

1. Auswahl der betreuten Familien im Sinn des „Theoretical Sampling“
2. mehrfache Erhebung der sozialen Atome in Form von Netzwerkkarten
3. Auswertung der Therapieprotokolle
4. narrative Interviews mit den Familien
5. Einbezug Psychodrama-fremder Konzepte der aufsuchenden Psychotherapie
6. Erfolgsmessung der Psychotherapie in den ausgewählten Familien mit einem quantitativen Instrument

## Ergebnisse

Das dargestellte Forschungsprogramm erlaubt es, Aussagen zu treffen über sinnvolle und notwendige störungsspezifische Modifikationen des Psychodramas – aber auch anderer Therapie-richtungen – in der Arbeit mit dem realen sozialen Atom. Es zeigt sich, dass der Einsatz besonders „niedrigschwelliger“ Techniken (z. B. Doppeln in Alltagssituationen, Hilfs-Ich-Technik, stellvertretende Rollenübernahme, Distanzierungstechniken, innerer Rollenwechsel, Probehandeln) die Erreichbarkeit der Zielgruppe ermöglicht. Die Patientinnen und Patienten zeigen sich durch ihre Krisensituationen und Mangellagen eingeschränkt in ihrer Rollendistanz. Neben der Behandlung psychischer Störungen ist ein Kernprozess der aufsuchenden Psychodramapsychotherapie die Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Aushandlung von Rollenerwartungen und damit der (Eigen-)Regiefähigkeit.

## Literatur

Neuwirth, N. (Hrsg.) (2011): Familienformen in Österreich. Stand und Entwicklung von Patchwork- und Ein-Eltern-Familien in der Struktur der Familienformen in Österreich. OIF, Universität Wien

Moreno, J.L. (2001): Psychodrama und Soziometrie, EHP, Köln

## 2.4 Session 2 – Poster zur Versorgungsforschung II

### 2.4.1 Der Einfluss von Variablen im Bereich der Therapeutinnen/Therapeuten auf die Dauer ambulanter Familientherapien – eine retrospektive Studie

*Sarah Radics*

#### Hintergrund

Die Untersuchung beschäftigt sich mit Therapeutenvariablen und der Frage, welchen Einfluss diese auf die Dauer einer psychotherapeutischen Maßnahme (TAF) haben. Hierfür wurde eine empirische Arbeit in Form einer retrospektiven Datenauswertung erstellt:

- » Untersuchung im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Karl Landsteiner Privatuniversität, betreut von Dr.<sup>in</sup> Brigitte Schigl, MSc
- » Psychotherapie und messbare, objektive Größen auf Therapeutenseite
- » Fokus auf Prädiktoren Alter, Geschlecht, fachspezifische Ausrichtung und Zugehörigkeitsdauer zur Institution

Aktueller Wissensstand zum Thema:

- » Der Einfluss von Therapeuteneffekten auf die Sitzungsanzahl (Schwartz 2017) sowie der Einfluss der Therapeutin / des Therapeuten auf das Therapieergebnis (u. a. Crits-Christoph und Mintz 1991) sind äußerst gering ausgeprägt.
- » Der Zusammenhang zwischen Therapeutenvariablen und Therapiedauer ist bisher kaum untersucht.

## Datenmaterial und Methoden

Untersucht wurden 156 Psychotherapeutinnen/-therapeuten (PT), die für die *Ambulante Familienhilfen gem GmbH* im Bundesland Salzburg tätig bzw. in Ausbildung unter Supervision sind, und 1.097 Datensätze von Betreuungen der Jahre 1992 bis 2017:

- » empirische Erhebung im Ex-post-facto-Design
- » multiple Regressionsanalyse mittels SPSS
- » retrospektive, explanative Analyse

## Hypothesen

- » Das Alter der/des PT hat keinen Einfluss auf die Dauer der TAF-Maßnahme.
- » Das Geschlecht der/des PT hat keinen Einfluss auf die Dauer der TAF-Maßnahme.
- » Die fachspezifische Ausbildung der/des PT hat Einfluss auf die Dauer der TAF-Maßnahme.
- » Die Zugehörigkeitsdauer der/des PT zur Institution hat Einfluss auf die Dauer der TAF-Maßnahme.

## Ergebnisse

Alter der Therapeutin / des Therapeuten

- » kein signifikanter Effekt des Alters der/des PT auf die Betreuungsdauer ( $ES = 0,005$ )
- » Korrelation der Prädiktoren Alter der/des PT und psychotherapeutische Orientierung ergibt Werte für die Effektstärke zwischen  $-0,153$  und  $0,159$

Geschlecht der Therapeutin / des Therapeuten

- » Therapeutinnen mit kürzerer Betreuungsdauer als Therapeuten ( $ES = 0,106$ ) – schwacher Zusammenhang, jedoch hohe Signifikanz

Psychotherapeutische Orientierung der Therapeutin / des Therapeuten

- » kein Zusammenhang zwischen fachspezifischer Ausrichtung und Behandlungsdauer

Mediane Betreuungsdauer:

- » humanistisch-existenzielle Orientierung: 19,2 Monate
- » systemische Orientierung: 20,4 Monate
- » tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung: 25,2 Monate
- » verhaltenstherapeutische Orientierung: 24,0 Monate

### Zugehörigkeit der Therapeutin / des Therapeuten zur Organisation

- » kein Zusammenhang zw. Zugehörigkeit zur Organisation und Betreuungsdauer (ES = 0,021)
- » PT mit mittlerer Zugehörigkeitsdauer (10–12 Jahre) mit höchster Betreuungsdauer (Mittelwert: 31,7 Monate)

### Zusammenfassung

- » Betreuungsdauer zu 99,1 Prozent von anderen als den in der Studie untersuchten Prädiktoren bzw. Einflussgrößen bestimmt
- » Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen der Untersuchungen zu:
  - » Therapieerfolg – nur ca. 5 Prozent der Ergebnisvarianz wird der Person, welche die Therapie durchführt, zugeschrieben (Lambert, Bergin und Garfield 2004)
  - » Sitzungsanzahl – sehr geringer nachweisbarer Effekt (6,3 %) zwischen untersuchten Kennzeichen der Therapeutinnen/Therapeuten und Therapiedauer (Schwartz 2017)
- » am stärksten ausgeprägte Korrelation – Geschlecht der/des PT – mit einem Unterschied von durchschnittlich 4,6 Monaten (Ø Dauer von 26 Monaten) für die Maßnahme durchaus relevant
- » unerwartetes Ergebnis zum Geschlecht der/des PT – weibliche PT mit kürzerer Betreuungsdauer als männliche; Ergebnis deckt sich mit Studie von Lambert (2016) zum Thema Gender-Matching von Klient/-in und PT
- » Analog zum „Dodo-Bird-Verdict“ sind alle Orientierungen „gleich schnell“.

### Diskussion

Die Auswertung kommt zu dem Gesamtergebnis, dass die untersuchten Therapeutenvariablen einen sehr geringen bzw. keinen signifikanten Einfluss auf die Dauer einer TAF-Maßnahme haben.

Nur ein Teil der bisher publizierten Fachliteratur wird durch die vorliegenden Studienergebnisse bestätigt. Folgende Limitation der Ergebnisse ergeben sich aus der Selektivität der Daten:

- » Entnahme der Stichprobe einer einzigen Institution
- » sehr spezifischer Kliententypus – ähnlich gelagerte Ausgangsposition
- » analysierte Daten bzw. Studienergebnisse erlauben keine Aussage zum Behandlungserfolg (Drop-out)

### Literatur (kleiner Auszug)

Crits-Christoph, P.; Mintz, J. (Februar 1991): Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 20–26

Gallas, C.; Kächele, H.; Kraft, S.; Kordy, H.; Puschner, B. (2008): Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 414–423

Gallas, C.; Puschner, B.; Kühn, A.; Kordy, H. (2010): Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. PPM – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 5–13

Grüneberger, A.; Einsle, F.; Hoyer, J.; Strauß, B.; Linden, M.; Härtling, S. (2017): Subjektiv erlebte Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie: Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen, Therapeutenmerkmalen und der Therapiebeziehung. PPM – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 338–344

Hansen, N.; Lambert, M.; Forman, E. (September 2002): The Psychotherapy Dose–Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 329–343

Huber, D.; Klug, G. (2016): Münchner Psychotherapiestudie. *Psychotherapeut*, 462–467

## 2.4.2 Tagesklinik Eisenstadt 2019–2022. Eine Evaluation von Behandlungseffekten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

*Lukas Kloss*

### **Einleitung**

Ziel dieser Studie ist es, Behandlungseffekte der psychiatrischen und psychotherapeutischen Tagesklinik im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt fassbar zu machen und deren (auch längerfristige) Auswirkungen objektivierend darstellen zu können. Dabei sind Faktoren wie das subjektive Wohlbefinden, Beeinträchtigungen im Alltag, klinisch relevante Symptombereiche, die Persönlichkeitsorganisation und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Interesse. Zusammenhänge und Unterschiede innerhalb dieser Faktoren sollen über diese Studie fassbar gemacht werden.

Die Evaluation von psychiatrischer/psychotherapeutischer tagesklinischer Behandlung ist für die Forschung relevant, da es kein einheitliches Konzept psychiatrischer/psychotherapeutischer Tageskliniken gibt. So sind große Unterschiede in der Konzeptualisierung und Struktur von Tageskliniken zu beobachten (Garlipp 2008). Ebenso postuliert Schene (2001) erhebliche Abweichungen der tagesklinischen Zielsetzungen und Arbeitsweisen von Ort zu Ort. Die erhobenen Daten sollen dementsprechend für Klassifizierung und Vergleichbarkeit dienlich sein. Gleichbedeutend sind dabei auch die Dauer entstandener Effekte sowie deren Auswirkungen auf Gesundheit, Lebensqualität und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Außerdem ermöglichen diese Daten eine genaue und effiziente Behandlungsplanung und gleichzeitig die Sicherung und/oder Verbesserung einer qualitativ stattfindenden Gesundheitsversorgung (Vogel 1999).

## Methode

Im Sinne des ICD-10 (Dilling und Freyberger 2013) wird das Testverfahren BSCL verwendet, um auftretende Symptome und deren Ausprägungen darstellen zu können. Veränderungen auf der Symptomebene sind daher zu erfassen, da sie einerseits den Schweregrad und andererseits die Klassifikation der Symptome (Art) ermöglichen. Symptomchecklisten sind dabei als „verkürztes psychiatrisches Interview“ zu sehen (Angleitner und Riemann 1996). Durch das Testen der subjektiv empfundenen Lebensqualität (WHOQOL-BREF) lassen sich relevante Variablen sowie deren Verläufe in Hinsicht auf obigen Forschungszweck und zur Qualitätssicherung abbilden (Angermeyer, Kilian und Matschinger 2000). Für diese Studie ist es des Weiteren relevant, Beeinträchtigungen auf der Handlungsebene/Funktionsebene (WHODAS) zu messen und inwiefern Personen im Alltag und der Ausübung von Routinehandlungen eingeschränkt sind (Üstün et al. 2010). Das SCID-Interview (Beesdo-Baum, Zaudig und Wittchen 2019) ist hinsichtlich der Diagnosesicherung und der Erfassung von wichtigen Symptomen/Kriterien nach DSM-5 (Falkai und Wittchen 2015) von Interesse. Die OPD-2-Interviews (Arbeitskreise OPD 2014) sind hinsichtlich Krankheitserleben/Behandlungsvoraussetzung, Struktur und Fokus in dieser Studie relevant, um den empfundenen Leidensdruck, den Verlauf des Strukturniveaus und das Erreichen von Behandlungszielen sowie deren Behaltensleistung zu erfassen. Die Verlaufsbeobachtung der globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) ist für das Anliegen dieser Studie ebenso von Interesse (Arbeitskreis OPD 2014; Beesdo-Baum et al. 2019). Der IPO-16 soll als Strukturscreening-Verfahren verwendet werden, um die OPD-2-Interviews einerseits zu kontrollieren und andererseits Zusammenhänge zu anderen Faktoren (wie zum Beispiel das subjektive Wohlbefinden etc.) zu bemessen (Zimmerman et al. 2015 und 2013; Hörz et al 2010). Die eigens erstellten Fragebögen sind im Austausch mit Prof. Dr. Döring und aus eigenen Überlegungen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Behandlungseffekten und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems entstanden.

## Zielsetzung

Dieses Projekt soll eine Evaluation der Effektivität der Behandlung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Tagesklinik im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt ermöglichen. Ein Turnus dauert acht Wochen und im Rahmen des Untersuchungszeitraumes sollen mindestens elf Turnusse stattfinden. Ein Turnus besteht hierbei aus 13 Personen. Während dieser Zeit nehmen die Patientinnen und Patienten an einem umfassenden Therapieangebot, bestehend aus ärztlich-pharmakologischer, klinisch-psychologischer Behandlung, Psychotherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie sowie Interventionen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, teil. Dabei werden über verschiedene Testverfahren die Bereiche subjektives Wohlbefinden (WHOQOL-BREF), Beschwerden auf Handlungsebene (WHODAS-36items), Persönlichkeitsorganisation (IPO-16) und Symptombereiche (BSCL) erfragt. Gleichzeitig wird die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bemessen, um einen Überblick von Bedarf und Nutzung zu ermöglichen. Dies ist als eine klassische Therapie-Effekt-Kontroll-Studie (pseudoexperimentelles Design) sowie eine Nachsorgekonzeptstudie zu verstehen. Relevant sind dabei die Verlaufsentwicklungen auf verschiedenen Ebenen (Symptome, Handlung, Persönlichkeitsorganisation und subjektives Wohlbefinden) im Zusammenhang mit Zeitverläufen (vor=T1, Beginn=T2, Ende=T3, 16 Wochen=T4 und 48 Wochen nach Turnus=T5). Dabei wären einerseits die direkte Effektivität der Interventionen

und der Behandlungen von Interesse und andererseits die davor oder danach stattfindende Inanspruchnahme des Gesundheitssystems relevant. Weitergehend sollen diese beiden Faktoren dazu dienen, das Beibehalten von Erlerntem/Erfahrenem zu analysieren. Das Beibehalten würde sich in einer Minderung der auffälligen Symptombereiche zeigen, in einer Steigerung des subjektiven Wohlbefindens äußern und ebenso eine Minderung innerhalb der Beschwerden auf der Handlungsebene zeigen. Eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems oder das Wiederaufnehmen von Arbeit wäre hierbei ebenso ein relevantes Kriterium. Abschließend sollen die IPO-16-Testungen zeigen, dass Patientinnen und Patienten strukturelle Verbesserungen durch die Behandlungen erreichen können und sich diese auf andere Aspekte wie subjektives Wohlbefinden, Beeinträchtigungen im Alltag, klinisch relevante Symptombereiche und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auswirken können. Ebenso sollen die Ergebnisse des IPO-16 als objektiverer Raster hinsichtlich der Strukturbeurteilung der OPD-2-Interviews dienen.

### **Vorläufige Ergebnisse**

Es zeigen sich signifikante Behandlungseffekte zwischen T2 (Turnusbeginn) und T3 (Turnusende) beim BSCL, WHOQOL-BREF, IPO-16 und WHODAS-36items.

Keine signifikanten Behandlungseffekte zeigen sich zwischen T1 (vor Turnusbeginn) und T2 (Turnusbeginn) beim BSCL, IPO-16, WHODAS-36items und WHOQOL-BREF.

Es wurde mit dem Wilcoxon-Test gerechnet, da die Stichprobe ( $n = 33$ ) derzeit noch klein ist und sich Ausreißer in den Skalen mittels Boxplot finden lassen.

### **Fazit und Ausblick**

Die momentan vorliegenden Daten reichen leider noch nicht aus, um Zusammenhänge und Unterschiede hinsichtlich Behandlungseffekte und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu berechnen. Ebenso konnten einstweilen nur Teile der bisher gesammelten Daten berechnet werden. So werden zum Beispiel noch Berechnungen mit dem Verlauf von GAF-Werten (Global Assessment of Functioning), soziodemografischen Daten, OPD-2-Bewertungen und Diagnosen (SCID) weitere Perspektiven liefern.

### **Literatur**

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 (3. Auflage). Hogrefe

Beesdo-Baum, K.; Zaudig, M.; Ulrich-Wittchen, M. (Hrsg.) (2019): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe

Beesdo-Baum, K.; Zaudig, M.; Ulrich-Wittchen, M. (Hrsg.) (2019): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version. Hogrefe

- Franke, G. (2017): BSCL, Brief-Symptom-Checklist. Hogrefe
- Garlipp, P. (2008): Evaluation allgemeinspsychiatrisch-tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes. In: Saß, H.; Sauer, J.; Müller-Spahn, F. (Hrsg.): Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Bd. 115. Steinkopff, Darmstadt
- Hörz, S.; Rentrop, M.; Fischer-Kern, M.; Schuster, P.; Kapusta, N.; Buchheim, P.; Doering, S. (2010): Strukturniveau und klinischer Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Göttingen, Z Psychosom Med Psychother 56/2010, 136-149
- Kremminger, E.; Grundschober, G.; Aigner, M. (2018): Evaluierung einer psychiatrischen Tagesklinik, in: Springer Verlag: Psychopraxis. Neuropraxis. Neue Versorgungslandschaften. Sonderheft 1/2018
- Orley, J. (1996): WHOQOL-BREF, Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. World Health Organization
- Schene, AH. (2001): Partial hospitalization. In: Thornicroft, G.; Szukler, G. (Hrsg.): Textbook of community psychiatry. Oxford & New York, 283-293
- Üstün, TB.; Kostanjsek, N.; Chatterji, S.; Rehm, J. (2010): Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization
- Vogel, R. (1999): Stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik – Zum Stand der Dinge. In: Krampen, G.; Zayer, H.; Schönpflug, W.; Richardt, G. (Hrsg.): Beiträge zur angewandten Psychologie. Deutscher Psychologen-Verlag, Bonn
- Zimmermann, J.; Benecke, C.; Hörz, S.; Rentrop, M.; Peham, D.; Bock, A.; Wallner, T.; Schauenburg, H.; Frommer, J.; Huber, D.; Clarkin, J. F.; Dammann, G. (2013): Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). Hogrefe ([www.hogrefe.de/zeitschriften/dia](http://www.hogrefe.de/zeitschriften/dia))
- Zimmermann, J.; Benecke, C.; Hörz-Sagstetter, S.; Dammann, G. (2015): Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). Z Psychosom Med Psychother 61, ISSN (Printausgabe) 1438-3608, ISSN (online) 2196-8349

## 2.5 Session 3 – Vorträge zur Prozessforschung

*Host: Henriette Löffler-Stastka*

### 2.5.1 Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeit-Psychotherapien

*Eva Bänninger-Huber, Eva Huber, Günther Kainz, Julia Baumgartner, Astrid Bock, Sabine Monsberger, Michael Pöll, Cathrin Schiestl, Stefan Salvenauer u. v. a.*

#### **Fragestellungen und Datenmaterial**

Was zeichnet eine gute therapeutische Beziehung aus? Welche verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen unterstützen einen produktiven therapeutischen Prozess? Was tragen nonverbale Verhaltensweisen zur Aufrechterhaltung der notwendigen Balance zwischen Beziehungssicherheit und Konfliktspannung in der therapeutischen Beziehung bei?

Diesen Fragen ging ein im März 2011 angelaufenes umfangreiches Forschungsprojekt nach. Datenmaterial bildeten psychoanalytische Langzeittherapien, die an der psychotherapeutischen Forschungsambulanz des Institutes für Psychologie der Universität Innsbruck stattgefunden haben. Diese wurden mit Einverständnis der Patientinnen und Patienten vollständig im Split-Screen-Verfahren auf Video aufgezeichnet.

#### **Forschungsdesign**

Unser Forschungsansatz ist gekennzeichnet durch ein mikroanalytisches Vorgehen, welches das dyadische affektive Geschehen in ausgewählten Sequenzen auf verbaler und nonverbaler Ebene analysiert. Die interessierenden interaktiven Beziehungsmuster werden auf der Verhaltensebene mit dem Facial Action Coding System (FACS) operationalisiert und im Videomaterial identifiziert. Diese objektiv erhobenen Videodaten werden dann mit intrapsychischen und interaktiven Prozessen der Affektregulierung, mit klinisch-psychodynamischen Einschätzungen des Therapieprozesses und mit diagnostischen Daten von mehreren Messzeitpunkten (Therapiebeginn, Therapieende, Katamnese) in Beziehung gesetzt. Verwendet wurden diverse Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente (SKID, AAP, SCL-90-R, IIP-32, EER, OPD-SF, PHQ-D, FLZ). Im Anschluss an jede Therapiestunde beantworteten sowohl die Therapeutinnen/Therapeuten als auch die Patientinnen/Patienten unabhängig voneinander einen Fragebogen zur Einschätzung des Therapieerfolgs und der Beziehungszufriedenheit (HAQ). An diesem Datenmaterial wurden folgende drei Hauptfragestellungen untersucht.

## Ergebnisse

Ein erster Themenbereich beschäftigte sich mit der Frage, welche interaktiven Beziehungsmuster für einen produktiven therapeutischen Prozess charakteristisch sind. Methodisch wurden zwei Zugänge gewählt, nämlich ein Vergleich zwischen Stunden mit übereinstimmend hohen HAQ-Werten und niedrig bewerteten Stunden sowie die Herausarbeitung der Funktion verschiedener interaktiver Beziehungsmuster im Verlauf. Bereits in früheren Studien wurden spezifische interaktive Beziehungsmuster (Prototypische Affektive Mikrosequenzen PAM, TRAP<sup>4</sup> u. a.) identifiziert, die dazu dienen, Störungen in der Affektregulierung mithilfe des Gegenübers auszuregulieren. In diesem Forschungsprojekt wurden nun diese Phänomene und ihre Bedeutung für die therapeutische Interaktion systematisch und im Vergleich zwischen unterschiedlichen therapeutischen Dyaden untersucht.

Eine Vielzahl verschiedener Untersuchungen zeigt, dass sogenannten PAM eine grundlegende Rolle für die Aufrechterhaltung einer stabilen Arbeitsbeziehung zukommt. PAM treten dann auf, wenn durch die Besprechung eines schwierigen Themas die Reaktivierung eines intrapsychischen Konflikts droht. Sie sind charakterisiert durch Lächeln und Lachen. Beide Phänomene sind ansteckend und erhöhen die Bindungssicherheit zwischen den beteiligten Personen. Produktive therapeutische Prozesse werden oft durch solche Sequenzen des gemeinsamen Lächelns und Lachens eingeleitet. In bestimmten Situationen hingegen können diese sog. gelingenden PAM aber kontraproduktiv sein, indem die Konfliktspannung zu früh ausreguliert und damit die Abwehr der Patientin / des Patienten unterstützt wird. Erfolgreichen Therapeutinnen und Therapeuten gelingt es, die Balance zwischen Konflikt und Beziehungssicherheit zu realisieren und damit den Patientinnen und Patienten einen neuen Erfahrungsraum zu eröffnen und trotz Konflikten in Beziehung zu bleiben.

Dies gilt auch für die sogenannten TRAP. Diese Beziehungsmuster haben die Funktion, die durch eine Erzählung reaktivierten Schuldgefühle der Patientin / des Patienten auszuregulieren, indem sie die Therapeutin / den Therapeuten zu bestimmten Reaktionen herausfordern, die von Schuldgefühlen entlasten. Diese Sequenzen sind interaktiv so gestaltet, dass der/die Gesprächspartner/-in diesen Prozess als deutliche Aufforderung erlebt, entsprechend zu reagieren. So schließt beispielsweise eine Patientin ihre Kommentare („Das ist doch nicht so schlimm, oder?“) mit einem für sie typischen maskierenden Lächeln ab und macht dann eine Sprechpause, während sie den Therapeuten erwartungsvoll anblickt. Auch im Kontext von TRAP erweist sich das Beziehungsmuster „freundliche Zurückweisung“ als besonders produktiv, das durch gemeinsames Lächeln bei gleichzeitiger verbaler Abstinenz der Therapeutin / des Therapeuten charakterisiert ist.

Einen weiteren thematischen Schwerpunkt des Projekts bildete die Analyse des Zusammenhangs zwischen Häufigkeit und Dauer mimischer Synchronisierungen und einem produktiven therapeutischen Prozess. Verschiedene Studien (z. B. Ramseyer und Tschacher 2008) weisen darauf hin,

---

4  
engl. „Falle“

dass ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit und der Dauer nonverbaler Synchronisierungsprozesse und dem subjektiven Erleben der Beziehungsqualität in Psychotherapien besteht. Das markanteste Ergebnis unserer mikroanalytischen Untersuchungen war, dass vor allem synchrones Anblicken positiv mit den Einschätzungen der Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit korrelierte. Gegenseitiges Anblicken ist ein Prozess, der die affektive Beziehung und die Intimität zwischen zwei Personen intensiviert und damit zu positiven Gefühlen der Verbundenheit führen kann.

Weiters wurde dem Phänomen des Weinens im therapeutischen Setting Aufmerksamkeit geschenkt. So wurden verschiedene Typen des Weinens hinsichtlich ihrer Phänomenologie und Funktion differenziert. Auch hier zeigte sich die Wichtigkeit der Aufrechterhaltung der Balance zwischen Konfliktspannung und Sicherheit in der therapeutischen Beziehung. Produktiv ist, wenn die Therapeutin / der Therapeut der „Falle“ widersteht, zu viel „Attachment-Verhalten“ zu zeigen und darauf verzichtet, die Patientin / den Patienten zu trösten, wie dies in Alltagsinteraktionen üblich ist. Ihre/Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich verbal und nonverbal so zu verhalten, dass eine Balance zwischen Abstinenz und einer sicheren therapeutischen Beziehung aufrechterhalten werden kann. Die bisherigen Untersuchungen zeigen, dass es sich beim Weinen um ein sehr komplexes Phänomen handelt, das durch eine Vielzahl unterschiedlicher mimischer und weiterer Affektausdrücke gekennzeichnet ist, und die Reaktionen der Therapeutinnen/Therapeuten von den unterschiedlichen Weintypen der Patientinnen/Patienten abhängig sind.

### **Schlussfolgerung**

Insgesamt haben die Datenanalysen gezeigt, dass für einen produktiven therapeutischen Prozess nicht nur adäquate verbale therapeutische Interventionen wichtig sind, sondern ebenso die meist unbewusst ablaufenden nonverbalen Regulationsmechanismen einen wesentlichen Einflussfaktor bilden. Unser mikroanalytischer Forschungsansatz soll dabei helfen, die Funktion dieser interaktiven Phänomene besser zu verstehen, um die Erkenntnisse für die klinische Optimierung von therapeutischen Haltungen und Interventionen nutzbar zu machen.

## **2.5.2 Korrelation von Ergebnissen psychodynamischer Instrumente und biometrischer Untersuchungen**

*Patrizia Giampieri-Deutsch und Manuel Frisch*

### **Hintergrund**

Multimodale Behandlungen sind ein vielseitiger Ansatz in der Therapie affektiver Erkrankungen. Diesen Pathologien liegen oft neurobiologische Korrelate zugrunde, wie zum Beispiel Dysregulationen in der Homöostase und der Dynamik der Neurotransmitter.

Neuropeptide modulieren soziales Verhalten und eine Vielzahl neurophysiologischer Prozesse. Eine vielversprechende putative Annahme korreliert psychische Erkrankungen mit Fehlregulierungen des neuropeptidergen Systems.

Während Korrelationen mit diversen schweren Pathologien wie Ess- und Schmerzstörungen, Autismus und Schizophrenie im gegenständlichen Vorhaben nicht berücksichtigt werden, kommen für das Projekt besonders die hypothetisch angenommenen biometrischen Korrelationen mit affektiven Erkrankungen infrage.

Die reduktive Betrachtungsweise der neurobiologischen Methodologien allein erzielt jedoch keinen Einblick in die subjektive Erfahrung und in die Struktur psychischer Krankheiten. Derzeit können die aus physikalischen Prozessen des Gehirns emergierenden mentalen Prozesse nicht auf diese rein neurobiologischen Mechanismen reduziert werden. Wandlungen und Modifikationen des subjektiven mentalen Erlebens spielen in der Pathogenese eine zentrale Rolle. Diese äußern sich vor allem in einer veränderten Struktur der mentalen Repräsentationen.

Die psychodynamische Psychotherapieforschung unterhält einen wachsenden Dialog mit den Neurowissenschaften und hat ein breites Spektrum psychometrischer Methodologien entwickelt, welche versuchen, den epistemischen Graben zwischen den physikalischen Prozessen des Gehirns und den daraus emergierenden mentalen Prozessen zu überbrücken.

### **Projektdesign**

Der Zugang des Projektes ist, Prozess und Outcome der Behandlungen durch psychometrische und biometrische Daten parallel auszuwerten. Im gegenständlichen Projekt wird eine Reihe psychometrischer Instrumente eingesetzt, die Daten bezüglich Struktur und Gehalt mentaler Repräsentationen valide und reliabel liefern. Weiters werden Messungen neuartiger Laborparameter durchführt und schließlich psychometrische und biometrische Ergebnisse korreliert. Diese gleichzeitige parallele Untersuchung bietet einen innovativen Ansatz, um die Korrelation von mentalen und neurophysikalischen Prozessen zu erforschen.

### **Ausblick**

Zukünftige Ergebnisse des Projektes können die psychotherapeutische Behandlung und Ausbildung bereichern und sich günstig auf die Nachbardisziplinen in den Medizin- und Gesundheitswissenschaften auswirken.

### 2.5.3 Die Eingangsphase in der ambulanten Gruppenpsychotherapie – Pilotstudie auf Basis von 1.500 Patientendaten sowie einer Patienten- und Therapeutenbefragung

*Hannah Bischof, Aglaja Przyborski, Günter Dietrich, Vanja Poncioni-Rusnov und Michael Winingger*

Die Eingangsphase im Prozess einer Gruppenpsychotherapie wird in der Literatur in ihrer hohen Bedeutung für die Förderung der Gruppenkohäsion und die Etablierung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses in der Gruppe (Strauß und Dankwart 2012; Yalom 2007) diskutiert. Empirische Befunde zeigen, dass die Gruppe in dieser Phase häufiger verlassen wird als in anderen. Dies wird u. a. so interpretiert, dass sich etwa in den ersten zehn Sitzungen (Shamir et al. 2010) entscheidet, ob die Therapie fortgesetzt wird oder nicht (Winkler 2018).

Studien zu Dosis-Wirkungs-Beziehungen in der Psychotherapie weisen auf eine sehr große Bandbreite bezüglich der Anzahl relevanter Therapieeinheiten für eine klinisch bedeutsame Symptomverbesserung in verschiedenen Patientenstichproben hin (Robinson et al. 2020). Auch darüber hinaus ist die empirische Basis dünn und es finden sich wenige eindeutige Befunde zu patientenspezifischen Einflüssen auf die Wahrscheinlichkeit früher Therapiebeendigung (z. B. bezüglich Alter, Bildungsstand oder Therapiemotivation). Daten zu therapeuten- oder behandlungsspezifischen Variablen liegen kaum vor (Seiffge-Krenke und Cinkaya 2017; Winkler 2018).

#### **Forschungsfrage**

Die Pilotstudie zielt auf Einblicke in diese vergleichsweise wenig erforschte Phase ambulanter Gruppenpsychotherapie ab. Aus unterschiedlichen methodisch-methodologischen Blickwinkeln soll diese Phase mit Fokus auf jene, die aussteigen, rekonstruiert werden, um eine Ausgangsbasis für weitere Untersuchungen zu schaffen.

#### **Methodik**

Dafür wurde ein multiparadigmatisches und multimethodisches Vorgehen gewählt: Daten von 2.500 Patientinnen und Patienten, die mindestens eine Gruppentherapieeinheit an der ÖAGG-psychotherapeutischen Ambulanz (PTA) in Anspruch genommen hatten, wurden retrospektiv quantitativ ausgewertet. Dabei wurden Einflüsse von patienten-, therapeuten- und behandlungsspezifischen Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit eines frühen Ausstiegs und damit auf mögliche Risiko- und Schutzkonstellationen für die erfolgreiche Behandlung in den Blick genommen. Gruppendiskussionen mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten der Ambulanz eröffnen die Perspektive auf Wahrnehmungen und Interpretationen der Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug auf diese Phase. Sechs narrative Telefoninterviews mit beteiligten Patientinnen/Patienten, die wie die Gruppendiskussionen dokumentarisch ausgewertet werden, ergänzen das Bild um die Sicht der Patientinnen und Patienten selbst.

## Ergebnisse

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass im Durchschnitt 35 Gruppentherapiestunden notwendig sind, um einen (durch die Therapeutinnen/Therapeuten definierten) Therapieerfolg zu ermöglichen. Ungeklärte Beendigungen erfolgen in der Regel innerhalb der ersten sieben Einheiten, also sehr früh im Behandlungsverlauf. Erfolgt der Ausstieg im späteren Verlauf, haben die Therapeutinnen und Therapeuten eher den Eindruck, ihn genauer zuordnen und erklären zu können.

Zudem erweist sich das Geschlechterverhältnis als relevant: Auch wenn insgesamt weniger Patienten als Patientinnen in der PTA behandelt werden, nehmen Patienten signifikant mehr Gruppentherapie-Einheiten in Anspruch als Patientinnen und beenden die Therapie seltener in den ersten zehn Einheiten. Wenn zudem der Therapeut männlich ist, verstärkt sich diese Tendenz dahingehend, dass Patienten noch seltener, Patientinnen hingegen noch häufiger in den ersten zehn Einheiten aussteigen. Frauengruppen scheinen diesem Trend entgegenwirken zu können: In geschlechtshomogenen Gruppen nehmen Frauen weitaus mehr Einheiten in Anspruch als in gemischtgeschlechtlichen Gruppen und beenden die Therapie seltener in der Eingangsphase. Es finden sich zudem Interaktionseffekte zwischen der schulenspezifischen Ausrichtung der Gruppenleitung und dem Geschlecht der Patientinnen und Patienten bezüglich der Ausstiegszeitpunkte. Die hohe Bedeutung des Geschlechterverhältnisses findet in der Gruppendiskussion Bestätigung.

Mit bisherigen Forschungsergebnissen im Einklang stehen Einflüsse des Patientenalters: Jüngere beenden eine Gruppentherapie früher. Bezüglich Diagnosegruppen und Migrationshintergrund zeigen sich gemischte Ergebnisse.

Kein Einfluss findet sich – zum Teil überraschend – auf folgenden Ebenen:

- » soziodemografische Faktoren der Patientinnen und Patienten (Ausbildungsstand, Berufsstatus, Familienstand, Nettoeinkommen)
- » selbst- und fremdeingeschätzte Teilhabefähigkeit zu Beginn der Therapie
- » Arbeitserfahrung der Therapeutinnen und Therapeuten

Die Therapeutinnen und Therapeuten lenkten den Blick auf die Bedeutung der wechselseitigen Konstitution von Gruppe und (neuen) Gruppenmitgliedern für die Frage des Verbleibs in der Gruppe: Zum einen lässt nicht jede Verfassung einer Gruppe neue Mitglieder zu. Zum anderen kann gerade das Erkennen, wie tiefgehend und langfristig die Beziehung(en) in und zu einer Gruppe sein können, zur Entscheidung gegen eine Teilnahme führen. Andere Ergebnisse betreffen Verständigungsschwierigkeiten durch unterschiedliche Muttersprachen, Hinweise aus dem Erstgespräch, Passung zwischen Therapeutinnen/Therapeuten und Klientinnen/Klienten und die Zuweisungspraxen innerhalb der Ambulanz.

## Schlussfolgerungen

Der erste Ansatz einer Typologie der Klientengespräche zeigt zunächst zwei Pole im Hinblick auf die Einordnung der eigenen psychischen Erkrankung, die mit jeweils unterschiedlichen Ausstiegsformen einhergehen: Idealtypisch auf der einen Seite steht ein Eingerichtet-Sein in der Identität

als psychisch kranke Person, die nicht in erster Linie Expertin für sich selbst ist, sondern für die eigene psychische Erkrankung, und in der – letztlich immer ungenügenden – medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Hier wird z. B. keine Zeit *nach* der Erkrankung thematisiert. Auf der anderen Seite zeigt sich eine klare Entwicklungsperspektive und dementsprechend auch eine Zeit nach der Erkrankung. Auf unser Forschungsinteresse angewandt heißt das: Erstere kennen sich gut aus, „wissen“, welche Schritte auf sie zukommen. Neben unterschiedlichen Komplikationen findet dieser Typus letztlich die Erwartungshaltung, dass die Therapie „nichts nützt“, bestätigt. Zweitere können in der Regel konkrete Gründe für ihren Ausstieg formulieren.

Die Ergebnisse weisen auf die Relevanz eines Bewusstseins über gender- und kultur- bzw. sprachspezifische Faktoren in der (Gruppen-)Psychotherapie und der Therapieausbildung hin. Zudem geben sie Ansätze für relevante Fragestellungen, deren systematische Untersuchung in kommenden Forschungsprojekten realisiert werden soll.

## Literatur

- Robinson, L.; Delgadillo, J.; Kellett, S. (2020): The dose–response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30, 96.  
doi:10.1080/10503307.2019.1566676
- Seiffge–Krenke, I.; Cinkaya, F. (2017): *Behandlungsabbrüche: Therapeutische Konsequenzen einer Metaanalyse*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Shamir, D.; Szor, H.; Melamed, Y. (2010): Dropout, early termination and detachment from a public psychiatric clinic. *Psychiatria Danubina*, 22
- Strauß, B.; Dankwart, M. (2012): *Gruppenpsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Winkler, R. (2018): *Dropouts in Psychotherapien*. LBI–HTA Projektbericht Nr. 100. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien
- Yalom, I. D. (2007): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch* (9., völlig überarb. u. erw. Aufl.). Klett–Cotta, Stuttgart

## 2.5.4 Mentalisierungsbasierte Intervention für Kinder aus suchtbelasteten Familien

*Nadja Springer und Brigitte Lueger-Schuster*

### Hintergrund

Studien über Bindung weisen auf Schwierigkeiten drogenabhängiger Eltern hinsichtlich ihrer Reaktion auf die emotionalen Signale der Kinder und die daraus abzuleitenden Verhaltensweisen hin. Dies lässt auf eine reduzierte Mentalisierungsfähigkeit schließen. Mentalisieren bedeutet die grundlegende menschliche Fähigkeit, Verhalten in Bezug auf Gedanken und Gefühle zu verstehen. Die Fähigkeit zur Mentalisierung spielt eine entscheidende Rolle als Schutzfaktor gegen Traumatisierungen. Durch die kognitive und emotionale Kapazität der internen Regulierung von Emotionen sind Personen erfolgreicher, Gefühle von Ärger, Angst, Scham und Traurigkeit, die aus Traumata resultieren, zu tolerieren (Allen et al. 2008; Ensink et al. 2017). Unbewältigte Traumata und die interne Regulierung von Emotionen spielen eine große Rolle in der Entwicklung von Konsummotiven. Mentalisationsbasierte Interventionen zur Verbesserung der Ich-Funktionen werden bereits bei verschiedenen Indikationen wie z. B. bei Persönlichkeitsstörungen und Drogenabhängigkeit eingesetzt. Zwar gibt es Forschungsarbeiten zur Mentalisierung bei drogenmissbrauchenden Müttern, doch wurde darauf hingewiesen, dass die Forschung zur Mentalisierungsfähigkeit bei Kindern von drogenmissbrauchenden Eltern noch immer fehlt und dass es an Interventionen für fremduntergebrachte Kinder und deren Bezugspersonen mangelt. Eine Metaanalyse über bindungsorientierte Interventionen von Bekermans-Kranenburg et al. (2003) zeigte, dass effektive Interventionen eine moderate Anzahl von Sitzungen (5–16) aufweisen und in ihren Zielen sehr fokussiert sind. Sowohl in der Gruppenintervention für die Kinder wie auch in der Arbeit mit den Betreuerinnen/Betreuern gilt es zu vermitteln, welche grundlegende Bedeutung es für ein gegenseitiges Verstehen hat, zu mentalisieren und diese Fähigkeit zu verbessern. Zu den verwendeten Techniken zählt einerseits, im Gruppensetting mentalisieren zu üben, andererseits aber auch die Aufmerksamkeit auf Situationen zu richten, an denen die Mentalisierung möglicherweise zusammenbricht (Midgley et al. 2017). Eine kürzlich veröffentlichte systematische Übersicht liefert vorläufige Beweise für die Wirksamkeit von MBT-Interventionen: Verringerung psychischer Belastung und Erhöhung der Regulierungsfähigkeit (RF) bei Familien und Kindern. Darüber hinaus liefert sie den Hinweis, dass weitere Studien erforderlich sind, um die potenziellen Einsatzmöglichkeiten von MBT-Ansätzen direkt bei Kindern zu ermitteln (Byrne et al. 2020).

### Fragestellung und Projektdesign

Um diese Forschungslücke zu füllen, hat der Verein Dialog in Kooperation mit dem Institut für Erziehungshilfe eine auf dem Konzept der Mentalisierung basierende Gruppenintervention für fremduntergebrachte Kinder (6–12 Jahre) aus suchtbelasteten Familien entwickelt, die das Wissen über Drogenabhängigkeit erweitern und soziale und affektive Fähigkeiten verbessern soll. Mit Beginn des Jahres 2020 hat die Sucht- und Drogenkoordination Wien die Finanzierung des Angebots

übernommen. Durch die Kooperation zweier im Bereich der Suchthilfe und im Bereich der Erziehungshilfe anerkannter Institutionen kommt es bei diesem Angebot zu einer optimalen Nutzung der vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen:

1. zehn Einheiten à 90 Minuten für fremduntergebrachte Kinder suchtbelasteter Eltern zur Erweiterung des Wissens über Drogenabhängigkeit und zur Förderung sozialer und affektiver Kompetenzen
2. Informationsabende für Bezugsbetreuer/-innen während des Interventionsprogramms beinhalten Informationen über den Hintergrund des elterlichen legalen/illegalen Drogenmissbrauchs mit Schwerpunkt auf der Betreuungsperson-Kind-Interaktion und der Förderung der Unterscheidung und Trennung der Fähigkeit der Betreuer/-innen, das Selbst zu mentalisieren und das Kind in ihrer Obhut zu mentalisieren.

### **Methodik**

Die begleitende Prä-Post-1-year-Follow-up-Pilotstudie, die an der Fakultät für Psychologie (Arge Psychotraumatologie) der Universität Wien unter der Leitung von Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Brigitte Lueger-Schuster durchgeführt wird, konzentriert sich auf die Operationalisierung des Mentalisierungsmodells mittels der Reflective Functioning Scale. Der Begriff „reflexive Funktion“ (RF) bezieht sich auf die Operationalisierung psychischer Prozesse, die der Mentalisierungsfähigkeit zugrunde liegen. Ziel dieser Pilotstudie ist es, die Mentalisierungsfähigkeit vor, unmittelbar nach und zwölf Monate nach der Teilnahme an der Gruppenintervention zu untersuchen. Zu den Forschungsfragen gehören die Auswirkungen des Zeitpunkts und der Art der Fremdunterbringung auf die Entwicklung von Mentalisierungsprozessen, die psychische Gesundheit des Kindes sowie die Einstellung der Betreuer/-innen zum Drogengebrauch.

### **Stichprobe**

Fremduntergebrachte Kinder aus suchtbelasteten Familien sowie deren Hauptbezugspersonen, die an der Gruppenintervention teilnehmen, werden gebeten, an dieser Pilotstudie zu partizipieren. Die Datenerhebung wird von klinischen Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten seit Februar 2018 laufend durchgeführt. Sie erfolgt nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung durch die Betreuungsperson. Folgende Einschlusskriterien gelten für die Studie: (1) Das Kind ist aufgrund von elterlichem legalem und/oder illegalem Drogenmissbrauch fremduntergebracht und (2) das Kind ist zwischen sechs und zwölf Jahre alt.

### **Verwendete Instrumente**

Folgende standardisierte psychologische Testverfahren kommen zum Einsatz:

- » Adult Attachment Interview (Adult Reflective Functioning Scale)
- » Child Attachment Interview (Child Reflective Functioning Scale)
- » Child Behavior Checklist CBCL 6-18
- » Ravens Matrizen-test CPM
- » Schweinchen-Schwarzfuß-Test („Patte Noire“)

- » Sekundärskala „Reflexibilität“ des Inventar sozialer Kompetenzen (ISK)
- » zusätzlich ein von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelter Fragebogen zu allgemeinen Einstellungen zum Drogenkonsum (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2020)

Die **Datenerhebung** erfolgt zu drei Testzeitpunkten:

**T0** (vor der Gruppenintervention)

**T1** (innerhalb eines Monats nach Beendigung der Intervention)

**T2** (zwölf Monate nach Beendigung der Intervention)

Relevante biographische Daten, wie Alter bei der 1. Fremdunterbringung, Abhängigkeitssyndrom der biologischen Eltern, Anzahl der Betreuer/-innen seit der Fremdunterbringung bzw. Anzahl der Pflegefamilien, werden durch geschlossene Fragen erhoben. Auf ein Design mit einer Kontrollgruppe wird in dieser Pilotstudie verzichtet. Es kann nicht garantiert werden, dass Kinder, die zunächst auf eine Warteliste gesetzt werden (und dabei als Kontrollgruppe dienen), tatsächlich eine Intervention erhalten werden.

### **Vorläufige Ergebnisse**

Erste Erfahrungen aus der Umsetzung der Intervention sowie vorläufige Ergebnisse weisen auf einen meist erfolgreichen Trend hin, d. h. eine Erhöhung der AAI- bzw. CAI-RF-Score-Werte (RF-Scale) in den durchschnittlichen Bereich.

## **2.6 Session 4 – Vorträge zur Ausbildungsforschung I**

*Host: Brigitte Schigl*

### **2.6.1 Veränderungsverlauf der Beziehungsfähigkeiten von Psychotherapie-Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten**

*Elitsa Tilkidzhieva, Omar Gelo, Salvatore Gullo und Jutta Fiegl*

#### **Hintergrund**

Inzwischen gibt es eine breite Literatur, die darauf hinweist, dass persönliche Eigenschaften und Beziehungsfähigkeiten grundlegend für die menschliche Entwicklung sind (Mitchell 2000; Rogers 1961; Wylie 1979) und entscheidend für die Entstehung und die Weiterentwicklung des Selbstkonzepts (Markus und Wurf 1987; Myers 2009; Rogers 1961; Wylie 1979). Immer mehr For-

schungsergebnisse zeigen, dass verschiedene fördernde zwischenmenschliche Fähigkeiten (Anderson et al. 2009; Nissen-Lie et al. 2013), die Fähigkeit, empathisch, reaktionsfähig und affirmativ zu sein (Bohart et al. 2002; Najavits und Strupp 1994; Nissen-Lie et al. 2013), die Fähigkeit, mit Kritik und Ablehnung umzugehen (Nissen-Lie et al. 2013; von der Lippe et al. 2008), und der Stil der Therapeutinnen/Therapeuten beim Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen (Dunkle und Friedlander 1996; Nissen-Lie et al. 2013; von der Lippe und Monsen 2009) zentral für die therapeutische Arbeit sind und einen zuverlässigen Prädiktor für Arbeitsstil und Therapie-Outcome darstellen (Anderson et al. 2016; Hatcher 2016; Nissen-Lie et al. 2013; Orlinsky et al. 2018; Orlinsky und Rønnestad 2005; Orlinsky et al. 2011; Pauza 2012; Strauss und Kohl 2009).

Heinonen und Orlinsky (2013) untersuchten den Zusammenhang zwischen der persönlichen Identität von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (der Art und Weise, wie sich Therapeutinnen/Therapeuten in eine persönliche Beziehung einlassen) und der durch die theoretische Orientierung bestimmten beruflichen Beziehungsweise (der Art und Weise, wie sie sich zu Klientinnen und Klienten verhalten) und entdeckten, dass, obwohl die persönliche und berufliche Beziehungsweise von Therapeutinnen und Therapeuten stark durch die theoretische Orientierung beeinflusst wurde, sie in persönlichen Beziehungen „weniger akzeptierend, tolerant und fordernd“ waren als in der Beziehung zu Klientinnen und Klienten.

## **Forschungsfragen**

Ziel dieser explorativen Studie war es, (1) zu untersuchen, ob sich die persönlichen und beruflichen Beziehungsfähigkeiten von Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten im Laufe der ersten zwei Jahre der Therapieausbildung verändern; (2) zu ermitteln, ob es verschiedene Entwicklungstrends gibt – ob es Untergruppen (Klassen) von Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten gibt, die unterschiedliche Muster der Veränderung im Laufe der Ausbildung zeigen; (3) zu bestimmen, ob es Variablen (unter den untersuchten Variablen in unserer Studie: Relational Agency, Relational Manner, Alter, Geschlecht, klinische Erfahrung) gibt, die mit den verschiedenen Klassen von Veränderungen verbunden sind.

## **Studiendesign**

*Setting und Teilnehmer/–innen:* Die Studie wurde an der Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU) in Wien durchgeführt. Die Teilnehmer/–innen wurden auf freiwilliger Basis aus drei aufeinanderfolgenden Gruppen von neuen Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten rekrutiert. Selbstbewertungsfragebögen wurden zu Beginn des Studiums (t0) und am Ende jedes Semesters für einen Zeitraum von zwei Jahren (t1, t2, t3, t4) verteilt. 213 Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten nahmen an der Studie teil, wobei die Teilnehmerinnen deutlich überwogen (74 %). Das Durchschnittsalter lag bei 26,3 (SD = 7.98) Jahren.

*Instrument:* Wir verwendeten eine modifizierte Version von zwei Fragebögen zur Entwicklung von Therapeutinnen/Therapeuten, die von der Interessengruppe der Society for Psychotherapy Research zur Ausbildung und Entwicklung von Therapeutinnen und Therapeuten (SPRISTAD) entwickelt

wurden (Orlinsky et al. 2015): die Trainee Background Information Form (TBIF) und den Trainee Current Practice Report (TCPR).

*Messwerte:* „Relational Agency“ wurde definiert als die Fähigkeit, Beziehungen aufzubauen, aufrechtzuerhalten und aktiv zu beeinflussen, und wird durch die Multi-Item-Skalen „Involviert“ (Items: beteiligt, engagiert und intuitiv) und „Effizient“ (Items: feinsinnig, systematisch, effektiv, entschlossen und geschickt) erfasst (Orlinsky und Rønnestad 2005; Tilkidzhieva et al. 2019).

„Relational Manner“ wurde definiert als die Selbstwahrnehmung, wie man im Allgemeinen zwischenmenschliche Bindungen eingeht und einen sinnvollen Kontakt mit anderen herstellt. Sie umfasst die Multi-Item-Skalen für „Bestätigend“ (Items: warmherzig, akzeptierend, freundlich und tolerant), „Entgegenkommend“ (Items: fürsorglich, schützend), „Dominant“ (Items: direktiv, fordernd, autoritär und kritisch) und „Zurückhaltend“ (Items: unbeteiligt, vorsichtig, kalt und zurückhaltend) (Orlinsky und Rønnestad 2005; Tilkidzhieva et al. 2019).

*Analyse:* Um die Forschungsfragen zu beantworten, verwendeten wir einen Ansatz mit latenten Wachstumskurvenmodellen wie latente Klassenwachstumsanalyse (Latent Class Growth Analysis) und Wachstumsmischmodellierung (Growth Mixture Modeling), der es uns ermöglichte, sowohl individuelle als auch allgemeine Veränderungsverläufe der Entwicklung der Beziehungsfähigkeiten zu identifizieren, verschiedene Klassen mit unterschiedlichen Entwicklungsmustern zu unterscheiden und damit Verbindungen und Veränderungen unter den untersuchten Studienvariablen aufzudecken.

## **Ergebnisse**

Interessanterweise zeigen alle untersuchten Beziehungsfähigkeiten eine signifikante Abnahme im Laufe der Zeit: persönliche und berufliche Relational Agency sowie persönliche und berufliche Relational Manner. Es wurden zwei Hauptlängsschnittrrends mit Bezug auf Relational Agency identifiziert (abnehmende und keine signifikante Veränderung im Laufe der Zeit). In Bezug auf die persönliche und berufliche Relational Manner gab es keine ausreichende empirische Unterstützung, um die Stichprobe in Untergruppen/Klassen mit unterschiedlichen Trends aufzuteilen, was darauf hindeutet, dass alle Auszubildenden im Laufe der Zeit einen ähnlichen, abnehmenden Entwicklungstrend aufweisen. Das Geschlecht scheint nicht mit den beobachteten Trends in Zusammenhang zu stehen. Das Alter zeigt sich jedoch als wichtiger Faktor für die Stabilität des Selbstbildes der persönlichen Beziehungsfähigkeiten.

## **Fazit**

Die Ergebnisse dieser Studie stimmen mit verschiedenen theoretischen Entwicklungsmodellen überein (Dennhag 2012; Loganbill et al. 1982; Stoltenberg et al. 1998; Super 1953; Rønnestad und Skovholt 2013) und deuten darauf hin, dass die herausfordernde Anfangsphase der Psychotherapieausbildung zu einem verminderten Gefühl der Handlungsfähigkeit und einem verminderten Vertrauen in die eigenen Beziehungsfähigkeiten führt.

## Literatur

- Anderson, T.; Crowley, M. E. J.; Himawan, L.; Holmberg, J. K.; Uhlin, B. D. (2016): Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, Timothy; Ogles, Benjamin; Patterson, Candace; Lambert, Michael; Vermeersch, David (2009): Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of clinical psychology*. 65. 755–68. 10.1002/jclp.20583
- Dennhag, I. (2012): *Learning Psychotherapy: An Effectiveness Study of Clients and Therapists*
- Dunkle, J. H.; Friedlander, M. L. (1996): Contribution of Therapist Experience and Personal Characteristics to the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456–460.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.456>
- Hatcher, R. L. (2015): Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *The American Psychologist*, 70(8), 747–757.  
<https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Heinonen, E.; Orlinsky, D. E. (2013): Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*, 23(6), 718–731.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.814926>
- Hersoug, A. G.; Høglend, P.; Havik, O.; von der Lippe, A.; Monsen, J. (2009): Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(2), 100–110. <https://doi.org/10.1002/cpp.605>
- Loganbill, C.; Hardy, E.; Delworth, U. (1982): Supervision: A conceptual model. *The Counseling Psychologist*, 10, 3–42
- Markus, H.; Wurf, E. (1987): The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*, 38(1), 299–337. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503>
- Mitchell, Stephen (2001): Relationality: From Attachment to Intersubjectivity. *Psychoanalytic Psychology* 18. 582–596. 10.1037//0736-9735.18.3.582
- Myers, D. G. (2009): *Social psychology (10th ed.)*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Najavits, L. M.; Strupp, H. H. (1994): Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 114–123. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.114>

- Nissen-Lie, H.; Havik, O. E.; Høglend, P. A.; Monsen, J. T.; Rønnestad, M. H. (2013): The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483-95. doi:10.1037/a0033643
- Orlinsky, D. E.; Rønnestad, M. H. (2005): *How Psychotherapists develop. A study of Therapeutic Work and Professional Growth*. American Psychological Association
- Orlinsky, D. E.; Hartmann, A.; Rønnestad, M. H. (2018): *Therapist Characteristics That Predict Positive and Negative Work Involvement with Clients*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research International Conference Amsterdam, Netherlands - June 2018
- Orlinsky, D. E.; Rønnestad, M. H.; Willutzki, U. (2011): *Society for Psychotherapy Research Collaborative Research Program on the Development of Psychotherapists*. In: Norcross, J. C.; VandenBos, G. R.; Freedheim D. (Eds.): *History of Psychotherapy*, 2nd edition. American Psychological Association
- Pauza, E. (2012): *Psychotherapieausbildungsforschung*. Universität Kassel
- Rogers, C. (1961): *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable, London
- Rønnestad, M. H.; Skovholt, T. (2013): *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors*. Routledge
- Stoltenberg, C. D.; McNeill, B. W.; Delworth, U. (1998): *IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. Jossey-Bass, San Francisco, CA
- Strauss, B.; Kohl, S. (2009): *Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 54, 411-426
- Super, D. E. (1953): *A theory of vocational development*. *American Psychologist*, 8, 405-414.
- Tilkidzhieva, E.; Gelo, OCG.; Gullo, S.; Orlinsky, DE.; Mörtl, K.; Fiegl, J.: *Self-concept of relational skills in psychotherapy trainees: A pilot study*. *Couns Psychother Res*. 2019; 19: 311- 320. <https://doi.org/10.1002/capr.12217>
- von der Lippe, A. L.; Monsen, J. T.; Rønnestad, M. H.; Eilertsen, D. E. (2008): *Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility*. *Psychotherapy Research*, 18(4), 420-432. <https://doi.org/10.1080/10503300701810793>
- Wylie, R. (1979): *The Self-concept: Theory and research on selected topics*. Volume 2. University of Nebraska Press, Lincoln, NE

## 2.6.2 Leib und Lücke – Der Körper in der psychotherapeutischen Ausbildung. Erste Ergebnisse aus einer qualitativen Studie

*Brigitta Schiller, Eva Wimmer, Isabella Wagner, Manfred Reisinger, Jutta Fiegl und Kathrin Mörtl*

### **Grundlagen des Forschungsprojekts: Design und Fragestellung**

Die Rolle des Körpers in der Psychotherapie – und damit in der Ausbildung zum Psychotherapeuten / zur Psychotherapeutin ist komplex und wird kontrovers diskutiert. Ausgehend von individueller Wahrnehmung und dem Eindruck, dass eine verstärkte Einbeziehung des Körpers in die Psychotherapie notwendig sei, wurde das Projekt „Körper und Psychotherapie“ in der Ambulanzforschung der Sigmund Freud PrivatUniversität ins Leben gerufen. In diesem Rahmen wurden (bisher) 15 Gruppendiskussionen im Laufe von 15 Monaten mit Studierenden der Psychotherapiewissenschaft in unterschiedlichen Stadien des Ausbildungsfortschritts online und in Präsenz geführt.

In den ersten Phasen des Projekts geht es darum, die Gesamtheit der Körperthemen, die sich in der Psychotherapie und der Ausbildung zeigen können, zu erarbeiten mit der konkreten Frage: „Welche Rolle spielt der Körper in der Psychotherapie?“ Die Frage geht dabei über Psychosomatik oder schulen-spezifische Körpertheorien hinaus und fragt nach der Einbeziehung von Körper(lichkeit) auf der Ebene des therapeutischen Prozesses im Allgemeinen, in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen, in der Ausbildung und in alltäglichen Praktiken der Psychotherapie.

Aus diesen Gruppendiskussionen wurde eine Vielzahl von interessanten und bedeutsamen Themen herausgearbeitet, eines davon ist das hier präsentierte „Der Körper in der Ausbildung“. Die zentrale These und Grundlage der qualitativen Analyse war die Frage danach, wie Körper(lichkeit) in die Ausbildung integriert ist, welche Möglichkeiten es gibt, sich mit dem Körper auseinanderzusetzen und auf welchen Ebenen der Körper in den Gruppendiskussionen thematisiert wird, wenn es um die Ausbildung – konkret an der Sigmund Freud PrivatUniversität – geht.

### **Ergebnisse: Von der Lücke zum Wissen und wieder zurück**

Folgende Schwerpunkte für die Rolle des Körpers in der Ausbildung zur Psychotherapeutin / zum Psychotherapeuten haben sich in den ersten Analysen der Gruppendiskussionen gezeigt:

1. Die Lücke – fehlender Bezug auf den Körper in der Ausbildung bzw. Professionalisierung  
Die Diskussionen haben gezeigt, dass sich die Studierenden der Tatsache äußerst bewusst sind, dass es in Bezug auf den Körper in der Ausbildung eine Lücke gibt. Das Bewusstsein der Existenz einer Lücke ist dem therapeutischen Beruf inhärent, somit kann das Ertragen der Lücke als ein Teil der Professionalisierung im Verlauf des Studiums gesehen werden.  
Die Studierenden wissen, dass nicht alles gelehrt werden kann, aber durch das Bewusstsein um die Reichhaltigkeit und Bandbreite des Themas Körper bleibt ein Gefühl des Defizits.

Kompensiert werden kann dieser Mangel in der Wahrnehmung der Studierenden dann durch unterschiedliche Formen des Wissenserwerbs zusätzlich zur Grundausbildung. Da das Körperthema so komplex ist, wird jedoch mit zunehmendem Fortschritt in der Ausbildung klar, dass auch mit weiterer Spezialisierung nur Teilbereiche abgedeckt werden können und man nie alles tatsächlich wissen und erfahren kann.

## 2. Aneignen von Wissen über den Körper im Laufe der Ausbildung

Im Laufe dieser Phasen während der Ausbildung und Professionalisierung der Studierenden geschieht auch Aneignung von Wissen zu Körper in unterschiedlichen Kontexten. Wissen aus konkreten Fachbereichen wie z. B. Psychosomatik, Neurologie oder Sexualtherapie haben wir in unserer Studie als „schwer zugängliches Wissen“ klassifiziert; es bedarf einer intensiven Auseinandersetzung, eventuell sogar einer zusätzlichen Aus- oder Weiterbildung oder zumindest einer längerfristigen Beschäftigung, um es in der Praxis anwenden zu können.

Im Unterschied dazu sprechen wir vom „leicht zugänglichen Wissen“, das durch Alltagsgespräche oder niedrigschwellige Literatur und/oder Onlinequellen verfügbar ist. Hier spielt auch anekdotisches Wissen um „Heilungen“ eine Rolle oder um leicht zugängliche – manchmal ins Esoterische driftende – körperliche Interventionen (Handauflegen, Atemtechniken etc.).

Auf der gleichen Ebene zugänglich ist das Wissen über den Körper, das in anderen Fachspezifika gelehrt wird. Dieses ist durch den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen erfahrbar und führt neben der Wahrnehmung und Bearbeitung individueller Lücken zur Wissenserweiterung. Die Situation an der SFU macht diese Erfahrungen möglich – eine verstärkte Institutionalisierung des Austauschs wäre aus der Sicht der Studierenden wünschenswert: Die Basis der Ausbildung sollte durch Kommunikation zwischen den therapeutischen Schulen zum Thema Körper erweitert werden.

## 3. Interprofessionelle Zusammenarbeit zu Körperthemen: Kooperationen und Netzwerke

Grundsätzlich besteht bei den Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmern großer Bedarf nach Kooperation mit anderen Professionen zu Themen, die den Körper betreffen. Konkret genannt wurden beispielsweise: Allgemeinmediziner/-innen, Sexualtherapeutinnen/-therapeuten, Psychiater/-innen, Physio- und Ergotherapeutinnen/-therapeuten sowie Ernährungs- oder Sportexpertinnen/-experten.

Im Zentrum der Überlegungen steht für die Teilnehmenden einerseits die bestmögliche Versorgung der Klientinnen und Klienten auf sämtlichen Ebenen. Andererseits zeigt sich hier deutlich ein Phänomen der Gelassenheit in Bezug auf das eigene Manko als Therapeut/-in. Man sieht sich selbst als Spezialist/-in für psychische Prozesse und Problemlagen, die körperlichen Aspekte interessieren zwar, die professionellen Grenzen werden jedoch geachtet. Empfehlungen und Überweisungen sind für die angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zentral. Hier wünschen sie sich verstärkte Institutionalisierung von Kooperationen und Netzwerken – im Idealfall schon während der Ausbildung.

## Implikationen der Ergebnisse und Diskussion

Im Sinne einer Sensibilisierung in Bezug auf den Körper in der Psychotherapie benötigt es drei verschiedene Zugänge für Studierende: (a) den theoretischen Input in der Grund- und fachspezifischen Ausbildung, (b) Körper-Selbsterfahrungseinheiten und (c) den Austausch und Dialog zwischen den Schulen und zwischen Professionen. So kann es gelingen, dass Therapeutinnen und Therapeuten nicht nur über das notwendige Fachwissen verfügen, sondern über das notwendige Wissen verfügen, um dem Körper in der Psychotherapie den zentralen Stellenwert einräumen, den er besitzt. Es braucht Therapeutinnen und Therapeuten, die im stetigen Austausch mit anderen Professionen zu arbeiten gewöhnt sind, um das Phänomen Körper in der Psychotherapie in all seiner Komplexität zu erfassen.

Immer wieder werden in der Ausübung der therapeutischen Praxis Lücken erlebt, die sich auf körperliche Phänomene oder Prozesse im Laufe von Therapien beziehen, wo auch Supervision nicht immer weiterhelfen kann. In einem multiprofessionellen Feld und durch individuelle Weiterbildung kann die Basis der Ausbildung erweitert und vertieft werden, auch wenn die Lücken bestehen bleiben und sich neue auftun. Es ist an den Ausbildungsinstitutionen, den Raum für den Austausch (neben den fachlichen Grundlagen) zu schaffen, damit Therapeutinnen und Therapeuten sich den Herausforderungen des therapeutischen Alltags stellen können.

### 2.6.3 Therapie-Transkripte interpretieren im ÖAS

*Corina Ahlers*

#### Forschungsfragen und -design

Ein Transkript je einer Einzel- und einer Familientherapie aus der Ambulanz der ÖAS wurde jeweils in Gruppen mit sechs Studierenden interpretiert und verglichen. Die Transkripte wurden nach *Schlüsselszenen* (Rober 2011), *Sparkling Moments* (Freedmann und Combs 1996) bzw. *Openings* (Andersen 1990) durchforstet, d. h. nach Momenten im therapeutischen Gespräch, die als besonders hilfreich, interessant oder effektiv empfunden wurden. Pro Transkript sollte sich die Gruppe auf drei Szenen einigen. Der gemeinsame Interpretationsprozess fand in Zoom-Diskussionen statt, die Studienleiterin (Corina Ahlers) kam immer erst am Ende der Interpretation dazu. Zu allen Interpretationssitzungen entstanden Memos bzw. Prozessbeschreibungen.

Das Forschungsmaterial wurde nach mehreren **Fragestellungen** verglichen:

1. Kann sich die Gruppe auf die Schlüsselszenen einigen?
2. Was sind Unterschiede in der Interpretation dieser Szenen bei einer Einzeltherapie vs. einer Mehrpersonentherapie?
3. Wirkt sich der Stand der Ausbildung auf die Interpretation aus?

In einem weiteren Schritt wurde die von Hilzinger, Schweitzer und Hunger (2016) entwickelte Adhärenz-Skala auf die jeweils interpretierten Sitzungen von allen am Forschungspraktikum beteiligten Studierenden ausgefüllt. Das Vorhaben für die Zukunft ist, dieselben Transkripte vom Lehrpersonal skalieren zu lassen, um einerseits zu Ergebnissen bezüglich des Konsenses zwischen Lehrenden und Lernenden zu kommen, andererseits die Aussagekraft der Skalen hinsichtlich systemischer Vorgänge zu überprüfen.

### **Work in progress – Ergebnisse**

1. Es zeigte sich sehr eindeutig, dass es bezüglich des Benennens von hilfreichen, wichtigen Momenten in der therapeutischen Sitzung, sogenannten Schlüsselszenen, schnell zu einer Einigung der an einer Gruppe teilnehmenden Studierenden kam, die fast durchgehend auch mit denen der Studienleiterin (Corina Ahlers) übereinstimmte. Unterschiede ergaben sich in der Interpunktion der Szene (wo fängt sie an und wo hört sie auf).
2. Es war für die Studierenden wesentlich einfacher, die Szenen für die Einzeltherapie festzulegen als für die Mehrpersonentherapie, wo sich die hilfreichen Momente oft erst „zwischen den Zeilen“ oder als „Auslassung von Personen“ bzw. durch das lesbare „aktive Zuhören“ seitens der Therapeutin / des Therapeuten erfassen ließen. Das Gespräch war komplexer und verworrener und dadurch schwerer einzuordnen als in der Einzeltherapie.
3. Es gibt noch keine Ergebnisse. Der erste Eindruck vermittelt, dass die Unterschiede gering sein werden.

Der Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Möglicherweise wird die Arbeit als Baustein in die Ausbildung integriert.

### **Literatur**

- Andersen, T. (1990): Das reflektierende Team: Dialoge und Dialoge über Dialoge. Systemische Studien Bd. 5, Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Freedman, Jill; Combs, Gene (1996): Narrative Therapy: The social construction of preferred realities. Norton, New York
- Hilzinger, R.; Schweitzer, J.; Hunger, Ch. (2016): Wie prüfe ich, ob es systemisch war? Ein Überblick über systemische Adhärenzskalen am Beispiel von psychotherapeutischen Wirksamkeitsstudien zu sozialer Angst. Familiendynamik 41 (4), 334-342
- Rober, P. (August 2011): The therapist's experiencing in family therapy practice. Journal of Family Therapy Vol33/3, 233-255

## 2.7 Session 4 – Poster zur Ausbildungsforschung I

### 2.7.1 Die supervisorische Beziehung im Kontext der Bindungstheorie: Verbindungen zu Burn-out und Kohärenzsinn von Supervisorinnen/Supervisanden

*Michaela Hiebler-Ragger, Liselotte Nausner und Human-Friedrich Unterrainer*

In dieser Querschnittsstudie zur supervisorischen Beziehung (SB) wurden 346 Supervisorinnen/Supervisanden aus psychosozialen Berufen befragt. Die SB, zusammen mit allgemeinen Bindungsmustern, erklärte 30 Prozent Varianz der Burn-out-Symptomatik und 41 Prozent Varianz im Kohärenzsinn. Die Ergebnisse unterstreichen die Relevanz der SB für die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Supervisorinnen und Supervisanden. (Poster siehe Anhang)

### 2.7.2 Wirksamkeit von Monodrama-Psychotherapie im ambulanten Setting

*Michael Josef Seiss*

Die Arbeit findet mittels Vorher-Nachher-Messung (MW = 430 Tage) im IMET einen starken Hinweis auf die Wirksamkeit von Psychodrama-Psychotherapie im Einzelsetting durch Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten ( $p = .02734$ ,  $r = .652$ ).  $N = 9$  bei fünf Therapeutinnen/Therapeuten. Zusätzlich findet sich ein Zusammenhang dahingehend, dass gleiche Zielverfolgung aus Klientensicht und der Eindruck, die Klientinnen/Klienten können Schwierigkeiten aus eigener Kraft bewältigen, aus Therapeutesicht signifikant wie stark mit der Besserung in der Therapie korrelieren. (Poster siehe Anhang)

## 2.8 Session 5 – Vorträge zur Ausbildungsforschung II

*Host: Michael Wieser*

### 2.8.1 Personzentrierte Traumatherapie: Notwendig oder überflüssig?

*Andrea Satzinger-Plappart und Katharina Fischer*

#### Hintergrund

Der Umgang, die Bewältigung und die Verarbeitung von krisenhaften Ereignissen wie etwa Kriegen, Naturkatastrophen oder Pandemien, zählen seit jeher zur Anthropologie des Menschen. Deren Folgen (Armut, Hunger, Tod, Ängste etc.) sind häufig gravierend und in ihrer Tragweite meist nicht in die bisherigen Lebenserfahrungen einordenbar, wodurch seelische, kognitive, körperliche und emotionale Belastungen, aber auch schwere, überdauernde Erkrankung bei den Betroffenen entstehen können. Eckhardt (2016, S. 7f.) ist sogar der Meinung, dass jeder Mensch zwar graduell unterschiedlich, aber unumstritten im Laufe seines Lebens mit traumatischen oder traumatisierenden Ereignissen konfrontiert wird. Dazu zählt er u. a. Unfälle, Einbrüche oder Überfälle, aber auch sexuelle Übergriffe oder eine von Gewalt und Vernachlässigung geprägte Kindheit, schwere und lebensbedrohliche Krankheiten und den Tod eines geliebten Menschen.

Nach dem personzentrierten Ansatz ist eine akute Krise als extreme Inkongruenz zwischen Erfahrung und Selbstbild zu verstehen. Denn „[j]ede Erfahrung, die nicht mit der Organisation oder der Struktur des Selbst übereinstimmt, kann als Bedrohung wahrgenommen werden, und je häufiger diese Wahrnehmungen sind, desto starrer wird das Selbstkonstrukt, um sich zu erhalten.“ (Carl R. Rogers 2009, S. 41)

Trotzdem führt aber nicht jede schreckliche Situation kausal zu einem Trauma. Die Gründe dafür sind komplex: Laut aktueller Forschungslage haben Menschen, die über solide Bewältigungsmechanismen und das nötige Urvertrauen verfügen bzw. genügend Hilfe, Zuflucht und Unterstützung von außen bekommen, tendenziell eine größere Chance, belastende Erlebnisse so zu verarbeiten, dass auf längere Sicht keine bleibenden Schäden zurückbleiben. Gleichzeitig gibt es aber auch keine finale Sicherheit oder Prognose, dass jemand aufgrund seiner Biografie, seiner Erfahrungen oder seiner Resilienz vor jeglicher Traumatisierung geschützt ist.

Personzentriert formuliert, kann ein entstandenes Ungleichgewicht zwischen Erfahrung und Selbstbild durchaus eine Chance in der Therapie bedeuten, nämlich dann, wenn „(...) der Therapeut den Klienten gerade auch in der Krise nicht »entmündigt«: Entgegen allem Anschein zur Notwendigkeit widersteht der Therapeut dem Wunsch des Klienten, ihm Verantwortung abzunehmen. Stattdessen bietet er konsequent im Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz eine personzentrierte Beziehung an, die die Selbstheilungskräfte des Klienten fördert. Die Grenze liegt bei der

Angst des Klienten und den Möglichkeiten des Therapeuten“ (Rosenmayr 1992, S. 381). Letztlich sind Verallgemeinerungen aber schwierig, denn ein Trauma ist und bleibt individuell. Und genau dieser subjektive Aspekt sensibilisiert dafür, dass höchstens ein Versuch von allgemeinen Verstehenshypothesen und dadurch eine Annäherung an das Thema Trauma, dessen Behandlung und Heilung möglich ist.

Was leitet sich daraus nun für die Psychotherapie im Allgemeinen bzw. die personenzentrierte Ausbildung im Speziellen ab? Krisenzeiten wie die aktuelle zeigen, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jederzeit kompetent mit Traumatisierungen und ihren Folgen umgehen können müssen. Die Personenzentrierten Fachspezifika bieten dazu zwar diverse Seminare, Übungen oder Studientage, in denen störungs- und krankheitsspezifische Kenntnisse vermittelt werden. Explizite traumatherapeutische Aspekte werden aber häufig nur am Rande thematisiert bzw. als optionale Veranstaltungen in den Ausbildungskanon integriert. Wer sich also mit Trauma und therapeutischen Erkenntnissen dazu näher beschäftigen möchte, muss oft auf Weiterbildungen ausweichen, die wiederum selten personenzentriert ausgerichtet sind.

### **Fragestellungen**

Aus dem oben Gesagten ergeben sich folgende Fragen:

1. Braucht es (k)eine explizite Vermittlung von traumatherapeutischem Wissen und spezifischen Kompetenzen im Personenzentrierten Fachspezifikum, um mit dieser Klientengruppe professionell zu arbeiten?
2. Oder genügen jene Inhalte, die so und so im Fachspezifikum vermittelt werden?
3. Wenn nicht, welche Inhalte sind darüber hinaus notwendig?

### **Methodik**

Im Rahmen einer Pilotstudie wurden diese Fragestellungen durch Experteninterviews mit personenzentrierten Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten untersucht. Die Probandinnen und Probanden verfügten alle über mehrjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und Klienten – sowohl institutionell als auch in freier Praxis. Als Kategorien wurden „Wissen, Erfahrung, Verstehen, Anwendung, Haltung“ angelehnt an Bloom (1984) gesetzt. Die Auswertung und Interpretation der Interviews orientierte sich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2005) und der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2009).

### **Ergebnisse**

Über das personenzentrierte Beziehungsangebot hinaus sind spezifische Fachkenntnisse zum Thema Trauma essenziell, um Retraumatisierungen oder andere Fehler innerhalb der Therapie zu verhindern. Grundsätzlich wird die personenzentrierte Haltung aber auch als jene definiert, die für die Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und Klienten besonders hilfreich erscheint.

## Ausblick

Mögliche Konsequenzen, die sich daraus für die Ausbildung ergeben, werden anhand der empirischen Ergebnisse diskutiert. Ebenfalls wird ein erster curricularer Entwurf präsentiert, der eine humanistische Trauma-Weiterbildung umrahmt.

## 2.8.2 Die Entwicklung von psychoanalytischen Kompetenzen durch Work-Discussion in der fachspezifischen Psychotherapieausbildung

*Wilfried Datler, Margit Datler und Irmtraud Sengschmid<sup>5</sup>*

Im Laufe einer Psychotherapieausbildung nach dem geltenden Psychotherapiegesetz (PthG) stellt der Wechsel vom psychotherapeutischen Propädeutikum in das psychotherapeutische Fachspezifikum einen ersten entscheidenden Übergang dar. Ein zweiter, einschneidender Übergang ist dann gegeben, wenn Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten den Status „Psychotherapeut / Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision“ zugesprochen erhalten.

Die Phase, in der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision zu arbeiten beginnen, ist eine besonders herausfordernde, denn Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten sehen sich mit all den bewussten und unbewussten, realen und fantasierten Wünschen und Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen konfrontiert, die ihnen die Patientinnen und Patienten entgegenbringen, und zugleich mit den eigenen bewussten und unbewussten, realen und fantasierten Wünschen und Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen, die in spezifischer Weise dadurch „befeuert“ werden, dass sie als „Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision“ nun erstmals in Eigenverantwortung psychotherapeutische Prozesse eröffnen. Dass sie sich über das Geschehen in diesen ersten Stunden mit ihren Supervisorinnen/Supervisoren austauschen können und auch sollen, verspricht Erleichterung, wird aber oft auch als eine Prüfungssituation erlebt, die zusätzliche Anspannung erzeugt.

In psychoanalytischen/psychodynamischen Therapie- und somit auch Ausbildungskontexten stehen Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten nun nicht nur vor der Aufgabe, beständig um eine bestmögliche Balance zwischen all diesen innerpsychischen Gegebenheiten und Prozessen zu ringen. Darüber hinaus ist es ihre Aufgabe, sich um ein Verstehen dessen zu bemühen, was in ihnen selbst, in ihren Patientinnen/Patienten sowie zwischen ihnen und ihren Patien-

---

5

(1) WD: Universitätslehrgang Psychotherapeutisches Fachspezifikum: Individualpsychologie und Selbstpsychologie am Postgraduate Center der Universität Wien in Kooperation mit dem Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP) und dem Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie (WKPS); (2) MD: Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien; (3) IS: Österreichischer Verein für Individualpsychologie (ÖVIP)

tinnen/Patienten vor sich geht, um darauf in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung Bedacht nehmen und dies gegebenenfalls in Deutungen überführen zu können. Supervision gilt es auch in diesem Sinn zu nutzen. Damit das gelingen kann, bedürfen Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten bereits zu Beginn ihrer psychotherapeutischen Arbeit unter Supervision in einem hohen Ausmaß der Fähigkeit, im Sinne psychoanalytischer/psychodynamischer Theorien zu mentalisieren, sowie der Kompetenz und Bereitschaft, diese Fähigkeit in der therapeutischen Situation, im selbstständigen nachträglichen Nachdenken über das therapeutische Geschehen sowie in der Supervision zu nutzen.

Der Entwicklung dieser Fähigkeiten und dieser Bereitschaft dienen verschiedene Ausbildungselemente. Ein weiteres Ausbildungselement trägt den Titel „Work Discussion“ und folgt einem Konzept, das an der Tavistock Clinic in London entwickelt und gelehrt wird. Dieses Element ist im Curriculum des Universitätslehrgangs „Psychotherapeutisches Fachspezifikum: Individualpsychologie und Selbstpsychologie“ verankert.<sup>6</sup>

## Ablauf

Während der ersten vier Semester besuchen alle Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten ein Work-Discussion-Seminar, an dem im Regelfall fünf Ausbildungskandidatinnen bzw. -kandidaten sowie eine Leitungs- und oft eine Ko-Leitungsperson teilnehmen und im Durchschnitt wöchentlich für 90 Minuten zusammenkommen. Die Kandidatinnen und Kandidaten verfassen weitgehend wöchentlich einen möglichst deskriptiv gehaltenen Bericht (Praxisprotokoll) über das, was sich in ihrer Arbeit, in der sie mit anderen Menschen zu tun hatten, zugetragen hat. In jede Seminarsitzung werden Kopien dieser Berichte mitgebracht. In jeder Seminareinheit wird ein Protokoll in Hinblick auf die folgenden Fragen Passage für Passage detailliert besprochen:

*Was dürften die beschriebenen Personen (inklusive der Autorin / des Autors) in der dargestellten Situation erlebt haben? Wie kann vor diesem Hintergrund verstanden werden, dass sich die Personen in der beschriebenen Weise verhalten haben? Welche (Beziehungs-)Erfahrungen haben sie dabei gemacht? Und welchen Einfluss hatte das auf das Erleben der Arbeitssituation?*

Gegen Ende eines jeden Semesters sind die Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten angehalten, einen Protokollauschnitt auszuwählen, nach den erwähnten Leitfragen zu analysieren und dies in einer schriftlichen Arbeit auszuführen. Auf diese Arbeiten erhalten die Kandidatinnen und Kandidaten in Hinblick auf die *vier Dimensionen* (s. u.) ausführliche Rückmeldungen.

---

6

Der ULG wird in Kooperation zwischen der Universität Wien, dem Österreichischen Verein für Individualpsychologie (ÖVIP) und dem Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie (WKPS) durchgeführt und sieht einen MA-Abschluss vor.

## Ziel und Evaluationsdesign des Ausbildungselements sowie Ausblick

Ziel ist, dass die Ausbildungskandidatinnen/–kandidaten die Fähigkeit und Bereitschaft entwickeln, professionell gestaltete Arbeitsbeziehungen nach *vier zentralen Dimensionen* (s. u.) allein sowie im Austausch mit anderen zu beschreiben und zu analysieren. So verfügen sie bereits zu Beginn der psychotherapeutischen Arbeit unter Supervision über grundlegende Kompetenzen, die einen Vorteil für das psychotherapeutische Arbeiten und für die Inanspruchnahme von Supervision darstellen.

Auf der Basis dieser Dimensionen wird im Rahmen eines Projekts unter Mitarbeit von Stefanie Anderlik und Theresa Art ein *Ratingsystem* entwickelt, das insbesondere dazu dienen soll, in Zukunft Fortschritte in Hinblick auf den *Zuwachs von psychotherapierelevanter Mentalisierungskompetenz* systematisch zu untersuchen.

Diese *vier Dimensionen* beziehen sich auf

- » die lebendige, detaillierte und weitgehend deskriptiv gehaltene Darstellung des Verlaufs des Geschehens in der Arbeitssituation im Protokollauschnitt,
- » die Ausarbeitung der Analyse entlang des „chronologischen“ Verlaufs des Geschehens,
- » die Ausarbeitung von Gedanken über innerpsychische, insbesondere emotionale Prozesse und deren Bedeutung, sodass beobachtbares Verhalten der beschriebenen Akteurinnen und Akteure als Ausdruck und Folge dieser Prozesse verstanden werden kann, sowie
- » das Ausarbeiten von Gedanken über die Bedeutung, die das Verhalten einer jeden Akteurin / eines jeden Akteurs auf das Erleben der anderen Akteurinnen/Akteure gehabt haben dürfte.

## Literatur

Datler, M.; Datler, W. (2014): Was ist „Work Discussion“? Über die Arbeit mit Praxisprotokollen nach dem Tavistock-Konzept. Elektronisch abrufbar unter: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:368997/bdef:Content/get>

Datler, W.; Datler, M.; Winingen, M. (2018): Evaluating the impact of Work Discussion techniques on the formation of psychoanalytic skills and attitudes: research designs and first results. In: *The International Journal of Infant Observation and Its Applications*, 21(2), 204–219

Rustin, M. E.; Bradley, J. (Ed.) (2008): *Work Discussion. Learning from Reflective Practice in Work with Children and Families*. Karnac, London

## 2.8.3 Psychotherapeutisch Tätige geben Auskunft: Über die Orientierung von Praxis an Theorie und den Einfluss psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildungsstrukturen

*Bernadette Strobl und Wilfried Datler*

Seit den frühen Anfängen der Psychotherapie wird der Orientierung von psychotherapeutischer Praxis an wissenschaftlichen Theorien ein hoher Stellenwert beigemessen. In Verbindung damit wird in Professionstheorien auch der Anspruch erhoben, dass professionell Tätige in der Lage sein sollten, über die Orientierung ihrer Praxis an wissenschaftlichen Theorien Auskunft zu geben. Oft wird allerdings unterschätzt, welche komplexen Fähigkeiten es bedarf, um diesen Ansprüchen gerecht werden zu können.

### **Ziel des Ausbildungselements**

Um in der Lage zu sein, entsprechende Auskünfte geben zu können, müssen psychosozial Tätige – und somit auch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten – über mehrere Kompetenzen verfügen:

- a) Sie müssen in der Lage sein, ihre Praxis – zumindest punktuell – an wissenschaftlichen Theorien oder Konzepten zu orientieren. Das ist keineswegs einfach, wenn man bedenkt, dass die Orientierung von psychosozialer Praxis an Theorie in psychosozialen Kontexten im Regelfall keiner Anwendungslogik und über weite Strecken subjektiven Theorien folgt.
- b) Um über die Orientierung ihrer Praxis an wissenschaftlichen Theorien oder Konzepten Auskunft geben zu können, müssen sie eine realitätsnahe und bewusst verfügbare Vorstellung davon entwickeln, in welchen Praxissituationen sie sich an welchen Aspekten welcher Theorien in welcher Hinsicht orientieren.
- c) Weiters müssen sie in der Lage sein, ihre Vorstellungen über die Orientierung ihrer Praxis an wissenschaftlichen Theorien oder Konzepten so zu präzisieren und sprachlich zu besetzen, dass ihre sprachlich zum Ausdruck gebrachten Vorstellungen von anderen nachvollzogen werden können.

### **Fragestellungen**

Im laufenden Forschungsprojekt TheoPrax des Arbeitsbereichs Psychoanalytische Pädagogik des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien wird von der Annahme ausgegangen, dass es im Regelfall zur Ausbildung dieser Fähigkeiten nur kommt, wenn dies in Aus-, Fort- und Weiterbildungen gezielt verfolgt wird. Dazu – so die Annahme – bedarf es spezifischer Strukturen, nach denen Aus-, Fort- und Weiterbildungen gestaltet werden. In der Absicht, dies genauer zu untersuchen, werden zwei Fragestellungen ins Zentrum des Forschungsprojekts gerückt:

1. In welcher Qualität gelingt es psychosozial Tätigen, in einer Interviewsituation an einem selbst gewählten Beispiel die praxisleitende Bedeutung einer Theorie oder eines Konzepts für das Verstehen, Entscheiden oder weitere Handeln in einer konkreten Praxissituation darzulegen?
2. Welche Zusammenhänge bestehen zwischen der Qualität der Ausführungen im Interview und den Aus-, Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Interviewten?

## Methodik

In einer ersten Phase des Projekts kommt das „*Wiener Interview zur Identifizierung der mentalen Repräsentation praxisleitender Theorien (WIRTH)*“ zum Einsatz, das im Rahmen des Projekts entwickelt wurde. Psychosozial Tätige werden im Interview gebeten, eine wissenschaftliche Theorie (oder ein wissenschaftliches Konzept) zu nennen und unter Bezugnahme auf eine selbst gewählte Arbeitssituation darzulegen, in welcher Hinsicht ihnen die Bezugnahme auf diese Theorie oder dieses Konzept in dieser Situation für ihr Verstehen, Entscheiden oder weiteres Handeln hilfreich war. Die Qualität der Ausführungen wird unter Zuhilfenahme eines eigens entwickelten Ratingsystems bestimmt. Darüber hinaus werden im WIRTH-Interview unterschiedliche Informationen über bisher absolvierte Aus-, Fort- und Weiterbildungen eingeholt. In einer zweiten Phase des Projekts werden vertiefende Interviews mit ausgewählten Personen geführt, mit denen bereits in der ersten Phase des Projekts WIRTH-Interviews geführt wurden. In diesen vertiefenden Interviews wird es genauer um Erfahrungen gehen, die im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen gemacht wurden. Die Auswertungen der Interviews werden in beiden Projektphasen mit Informationen über die curriculare Struktur von absolvierten Aus-, Fort- und Weiterbildungen in Beziehung gesetzt.

Die Qualität der Ausführungen zur praxisleitenden Bedeutung von Theorien oder Konzepten wird unter Einsatz des entwickelten Ratingsystems bestimmt. Dabei wird die Qualität der Ausführungen in Hinblick auf fünf Dimensionen eingeschätzt:

1. Nennung einer wissenschaftlichen Theorie oder eines wissenschaftlichen Konzepts
2. Qualität der Darstellung der Theorie / des Konzepts
3. Darstellung einer konkreten Praxissituation oder eines konkreten Fallverlaufs
4. Herstellen eines Bezugs zwischen Theorie/Konzept und Praxissituation/Fallverlauf
5. Darstellung der praxisleitenden Bedeutung der Theorie / des Konzepts

Wird eine wissenschaftliche Theorie oder ein wissenschaftliches Konzept genannt, so werden für die Qualität der Ausführungen in Hinblick auf die Dimensionen 2 bis 5 jeweils Punkte zwischen 0 und 4 vergeben.

## Ausgewählte Ergebnisse aus der ersten Projektphase

Bislang wurden 159 WIRTH-Interviews durchgeführt, darunter auch 24 Interviews mit je drei eingetragenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, die ihre fachspezifische Ausbildung in den acht Wiener Ausbildungseinrichtungen absolviert haben, welche laut Information des Gesundheitsministeriums zur Arbeit mit psychoanalytischen Methoden qualifizieren.

Die interviewten Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten nannten durchwegs wissenschaftliche Theorien bzw. Konzepte und erreichten in Hinblick auf alle Dimensionen 2 bis 5 einen Durchschnittsscore von 3,4.

Die Ratings der Interviews von Vertreterinnen und Vertretern anderer psychosozialer Berufe führten zu **deutlich niedrigeren Werten**. Von 27 interviewten Lehrerinnen und Lehrern nannten beispielsweise bloß 15 wissenschaftliche Theorien bzw. Konzepte. Für die Qualität ihrer Ausführungen wurde ein Durchschnittsscore von 2,4 Punkten ermittelt. Unterschiede dieser Art dürften damit zusammenhängen, dass in den psychoanalytisch-psychotherapeutischen Ausbildungen größerer Wert auf die explizite Orientierung von Praxis an wissenschaftlichen Theorien gelegt wird. Für diese These spricht die Auswertung von Interviews mit psychoanalytisch-pädagogisch weitergebildeten Lehrerinnen und Lehrern mit einem Durchschnittsscore von 3, deren absolvierte Weiterbildung zu Psychagoginnen/Psychagogen strukturelle Ähnlichkeiten zur Ausbildung von psychoanalytisch qualifizierten Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten aufweist.

## Literatur

- Datler, W.; Geiger, B.; Datler, M. (2011): Grundzüge der psychagogischen Ausbildung in Wien. Das Lehrgangskonzept. In: heilpädagogik. Fachzeitschrift der Heilpädagogischen Gesellschaft Österreich 54 (4), 2-6
- Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt/M., 70-182
- Strobl, B.; Datler, W. (2020): Emotionen als Gegenstand des Nachdenkens und Sprechens über Praxissituationen. Anmerkungen zur Bedeutung von psychoanalytisch orientierten Aus- und Weiterbildungsprozessen für eine Dimension von psychosozialer Professionalität. In: Rauh, B.; Welter, N.; Franzmann, M.; Magiera, K.; Schramm, J.; Wilder, N. (Hrsg.): Emotion - Disziplinierung - Professionalisierung. Budrich, Opladen, 207-224

## 2.9 Session 5 – Poster zur Ausbildungsforschung II

### 2.9.1 Ausbildung zum Thema Tod und Trauer in der Palliativpsychologie

*Ines Testoni, Melania Raccichini, Hod Orkibi, Gianmarco Biancalani, Mihaela Dana Bucuță, Raluca Sassu, Luca Franchini, Bracha Azoulay, Krzysztof Ciepliński, Alexandra Leitner und Michael Wieser*

#### Hintergrund

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat die Medizin immer mehr wichtige Erfolge erzielt, die die Lebensqualität und –dauer der Menschen im Westen deutlich erhöht haben. Die Verlängerung der Lebensspanne betrifft jedoch nicht nur die Zeit der Gesundheit, sondern auch die der schweren Krankheit und ihrer Terminalphase. Vor diesem Hintergrund werden Palliativbetreuung (Palliative Care, PC) und die Ausbildung zum Thema Tod und Trauer (Death Education, DE) zu einem immer wichtigeren Fachgebiet im Bereich der Psychologie. Der Mangel an universitärer Ausbildung wurde als ein Hindernis für die Entwicklung dieses wichtigen Bereichs der Intervention im Bereich der Lebensqualität identifiziert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die European Association of Palliative Care (EAPC) haben sich für die Implementierung dieses Faches in die Lehrpläne für Studierende und Postgraduierte ausgesprochen, da es eine grundlegende Säule der Strategie des öffentlichen Gesundheitswesens für die Integration der Palliativversorgung ist.

Das Projekt *DE4PP* ist ein Death-Education-Projekt, das darauf abzielt, europäische Universitätsstudierende oder Postgraduierte in Psychologie auf dem Gebiet der Palliativbetreuung und Trauerbewältigung auszubilden. In erster Linie zielt *DE4PP* darauf ab, die Inhalte zu definieren, die den Studierenden in diesen beiden grundlegenden Interventionsbereichen vermittelt werden müssen, die Lehrmethodik, die psychologischen Strategien, die von den Studierenden erworben werden müssen, damit sie in Zukunft mit Trauernden und in Gesundheitseinrichtungen, die Sterbende behandeln, arbeiten können. Gleichzeitig, da der Umgang mit unheilbarer Krankheit und Tod Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit erfordert, mit den Leidenden persönlich in Beziehung zu treten, zielt das Projekt darauf ab, psychologische Strategien und **kunsttherapeutische** Techniken vorzuschlagen, um diese Probleme zu bewältigen und die Angst in Schach zu halten. *DE4PP* zielt auch darauf ab, das Netzwerk der Zusammenarbeit zwischen Universitäten aus verschiedenen europäischen Ländern zu erweitern, um eine europäische Identität auch im Bereich der Pflege und Unterstützung derjenigen zu stärken, die dem Tod gegenüberstehen, im Bereich der Beseitigung aller Formen der Diskriminierung der Schwächsten gute Praktiken, die in Zukunft im Bereich der PC weiter ausgetauscht werden können.

## Studiendesign

100 Studierende aus dem Grundstudium oder Absolventinnen/Absolventen werden interviewt, um Informationen und Meinungen zu sammeln, um einen Hintergrund zum Gebiet rund um die Ausbildung zum Thema Tod und Verlust und Palliativbetreuung aufzubauen. 100 Studierende aus dem Grundstudium oder Absolventinnen/Absolventen, die in Zukunft Teil eines multidisziplinären Teams für Palliative Care und Trauerbegleitung sein könnten, werden den E-Learning-Kurs in Österreich, Polen, Israel, Italien und Rumänien testen. Darüber hinaus werden insgesamt 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des E-Learning-Kurses ausgewählt, um an weiteren Lern-, Lehr- und Trainingsaktivitäten teilzunehmen.

Die Partnerschaft besteht aus sechs Organisationen: **fünf Universitäten** – Universität Padua (IT, Partnerkoordinatorin), Universität Klagenfurt (AT), Lucian Blaga Universität Sibiu (RO), Katholische Universität Lublin (PL), Universität Haifa (ISR) – und **eine NGO**, die ANT Foundation (IT). Sie wurden nach ihrer Expertise in den wichtigsten Themenbereichen des Projekts und ihrer Erfahrung in ähnlichen transnationalen Projekten ausgewählt. Alle haben ein begründetes Interesse an den Projektthemen im Hinblick auf die Erreichung der Zielgruppen/Endbegünstigten.

**Die Hauptaktivitäten des DE4PP-Projekts sind:** 1. Entwurf der Lernplattform und der Projektidentität; 2. Erforschung des Wissensstandes und der Verbreitung von PC und DE; 3. Entwurf interaktiver Lern- und Trainingsmaterialien; 4. Anpassung und Übersetzung der interaktiven Lern- und Trainingsmaterialien an den Kontext bzw. die Sprache der Partnerländer; 5. Anerkennung der in den Modulen erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse; 6. Durchführung von Konferenzen über die Projektergebnisse zu Verbreitungszwecken in den Partnerländern; 7. Durchführung von fünf transnationalen Projekttreffen.

Der Ansatz besteht aus folgenden Schritten: Analyse der realen Situation hinsichtlich des Verbreitungsgrades von PC in den Partnerländern; Angebot von professionellen Informationen über PC und DE in zukünftigen Gesundheitsfachkräften durch die Nutzung von IKT-Tools und sozialen Netzwerken; Vorschlag eines Modells für die Integration neuer Hochschullehrpläne auf EU-Ebene, die die Kultur von PC in den Gebieten verbreiten, in denen sie in Zukunft arbeiten werden; Veröffentlichung der Forschungsergebnisse.

## Erwartete Ergebnisse

Die erwarteten Hauptergebnisse sind: ein Bericht über den Wissensstand und die Verbreitung von PC in den Partnerländern sowie den Wissensstand über Palliativbetreuung bei einer Stichprobe der Zielgruppe; interaktive Lern- und Trainingsmaterialien über Palliativbetreuung, Ausbildung zum Thema Tod und Trauer und **Kunsttherapien**, die an die Partnerländer angepasst sind; ein Handbuch mit den Arbeiten von Studierenden zu den Themen der Module; Veröffentlichung der Forschungsergebnisse.

## Ausblick

Die Partnerorganisationen beabsichtigen, die Zusammenarbeit in diesem Bereich fortzusetzen und das Netzwerk zum Austausch von Fähigkeiten und Forschung zu vergrößern. Sie beabsichtigen auch, das mit *DE4PP* vorbereitete pädagogische und operative Curriculum zu verbreiten, um anderen europäischen Universitätskursen die Möglichkeit zu geben, das Lehrmaterial und die Praktiken, die sich als effektiv erwiesen haben, über eine E-Learning-Plattform zu übernehmen, die allmählich wachsen kann.

## 2.10 Session 6 – Vorträge zur Wirksamkeitsforschung

*Host: Henriette Löffler-Stastka*

### 2.10.1 Forschung in der personenzentrierten/experienziellen und emotionsfokussierten Psychotherapie (PEP) 2008–2018 – ein narrativer Review (Teil 1 und 2)

*Sylvia Keil, Christian Korunka, Helena M. Topaloglou, Gerald Käfer-Schmid und Neena Kurl*

In diesem narrativen Review wurden Entwicklungen, Forschungen und Schwerpunkte der am personenzentrierten Ansatz (PA) orientierten Psychotherapien auf Basis von über 340 wissenschaftlichen Fachpublikationen systematisch untersucht. Die Hauptergebnisse zu Reviewstudien (RS) und Metaanalysen (MA), Einzelfallstudien (ES), empirisch beforschten Aspekten des Psychotherapieprozesses (PP), großen Störungsbildern (SB) sowie zu Kinder-/Jugendlichen-Psychotherapie (KJP), Spieltherapie (SPT) und Filialtherapie (FT) werden pointiert vorgestellt.

#### Fragestellungen

Aus 343 empirischen Studien wurden im Rahmen eines *qualitativen Selektionsprozesses* 258 Veröffentlichungen unter folgenden *Fragestellungen* gesichtet: (1) Welche Forschungsaktivitäten sind vorhanden und worauf richten sie ihr Forschungsinteresse? sowie (2) Welche Herausforderungen lassen sich nach Durchsicht vorhandener Studien für die Forschungssituation im PA erkennen?

Es kristallisierten sich 5 Cluster zu aktuell im Vordergrund stehenden Themenschwerpunkten heraus: (a) 38 RS und MA, (b) 73 ES, (c) 30 Studien zum PP, (d) 77 Studien aus dem Bereich der KJP und SPT sowie (e) 40 Studien zu großen SB.

## Ergebnisse

Analog zu vielen Wissenschaftsbereichen zeigte sich ein bemerkenswertes Wachstum an RS und MA. Grundlage dafür waren verstärkt zunehmende Einzelstudien zu Aspekten der therapeutischen Beziehung (Empathie, bedingungsfreie Wertschätzung, Kongruenz/Echtheit, therapeutische Allianz, Wechselseitigkeit, Unmittelbarkeit) mit hochwertigen Forschungsdesigns (Kontrollgruppenvergleich [KGV] etc.), entsprechender Qualität der Datenerhebung und ausreichenden Fallzahlen. MA und Forschungen zu den „Common Factors“ bestätigten die Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung und die Grundannahmen des PA eindrucksvoll: (a) hohe nachhaltige Wirksamkeit; (b) auch im strikten KGV; (c) etwa gleich hoch wirksam wie andere Therapierichtungen (insb. kognitive Verhaltenstherapie [CBT]); (d) Beziehungsangebote erfahrener Therapeutinnen/Therapeuten sind eher behandlungswirksam; (e) besondere Wirksamkeit bei interpersonellen Problemen (Trauma, Depression, auch Psychosen); (f) experienzielle Ansätze scheinen dem klassisch PA etwas überlegen zu sein; (g) bei Angststörungen ist die CBT geringfügig überlegen.

Die Perspektive der Klientinnen/Klienten bzw. Patientinnen/Patienten wird in keinem Forschungsdesign so berücksichtigt wie bei den ES. Dieses Potenzial wurde erkannt und verstärkt in Diskussionen um die Bedeutung für MA und die Qualität solcher Studien vor allem in Bereichen der Prozess–Outcome–Forschung (POF) genutzt. Entwickelt wurden Vorschläge, wie ES aufgebaut sein sollen, um ihre wissenschaftliche Qualität zu sichern. Bei aufwendigen ES wurden zur systematischen Datenanalyse qualitative und quantitative Messinstrumente herangezogen. Thematische Schwerpunkte waren ES zur Entwicklung von störungsspezifischen Konzepten, zum Nachweis der Wirksamkeit, zur Entwicklung und Testung von Forschungsinstrumenten und zur Theorieentwicklung.

In der Wirkungsforschung standen Teilaspekte des PP und die Fragen, wie Veränderungen initiiert werden bzw. wann genau sie stattfinden, im Vordergrund. Qualitative und quantitative Studien zum PP bzw. Prozess–Outcome–Studien hielten einander in etwa die Waage, Mixed–Method–Designs wurden noch selten angewandt. Zunehmend fokussiert wurden Studien (a) zur POF mit den Schwerpunkten: Wahrnehmung eigener Gefühle und Bedeutung des therapeutischen Beziehungsaufbaus; (b) therapeutische Beziehungsqualität/Kontakt; (c) Wahrnehmung und Verbalisierung der Gefühle; (d) Entwicklung und Testung von Messinstrumenten; (e) Risikofaktoren sowie (f) ausbildungs- und praxisbezogene Entwicklungsmöglichkeiten. Auf die Schwierigkeit, die Therapeut–Klient–Dyade adäquat abzubilden, und die Problematik der geringen Samplegrößen wurde wiederholt hingewiesen. Insgesamt fällt ein Anstieg an Studien zu Therapeuten–/Klienten–Variablen auf, dies kann auf eine allgemeine Weiterentwicklung vor allem in der qualitativen Psychotherapieforschung hinweisen.

Die Studien, die sich der PEP im Zusammenhang mit unterschiedlichen Störungsbildern widmen, umfassen folgende Bereiche: (a) Angststörungen, (b) Depressive Störungen, (c) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung und (d) Reaktionen auf schwere Belastungen. Bei (a) lassen sich vorrangig Studien zur Emotion–Focused Therapy (EFT) finden, eine davon zur EFT speziell im Gruppensetting. Zu (b) liegen die meisten, nämlich insgesamt 14, Studien vor und haben folgenden Fokus: die narrative Emotionsintegration, Hinweise, wie und wann Vertiefung und Distanzierung hilfreich

sind, die Bedeutung von Ambivalenz und von innovativen Momenten, wie sich die emotionale Erregung der Klientinnen/Klienten zum Outcome verhält, die vier Kategorien von Therapierückschritten, ein Vergleich von Counselling und CBT, die Auswirkungen von PEP im Kurzzeitsetting nach sechs und achtzehn Monaten, die optimale Höhe der emotionalen Erregung bei der Behandlung, die Grundbedingungen des PA sowie das frühe Abprüfen der Persönlichkeit der Klientinnen/Klienten (v. a. der Abhängigkeit), deren Selbstkritik und die Erwartungen an die Herzlichkeit der Therapeutin / des Therapeuten und schließlich die Veränderungen der Erzählungen über sich selbst. Zum Bereich (c) lässt sich berichten, dass in einer Studie die Anwendung der Klärungsorientierten Psychotherapie vorgestellt und dabei auf die Bedeutung der doppelten Handlungsregulation und der Interaktionsspiele verwiesen wird. Ein Review greift ausführlich das Thema PEP und deren Evidenz in der Behandlung der instabilen Persönlichkeitsstörung auf. Dieser Teilbereich weist die wenigsten Studien im Cluster SB auf. Bei (d) sind vor allem Studien vorhanden, die sich diesem Thema aus dem Blickwinkel der EFT widmen und daneben gibt es zwei Studien, die sich speziell mit der Anwendung von Focusing-orientierter Psychotherapie beschäftigen, wo sich u. a. gezeigt hat, dass Klientinnen/Klienten, die eine hohe Focusing-Kompetenz besitzen, auch signifikant geringere Werte beim posttraumatischen Stress aufweisen.

Studien zur Ausbildungsforschung sind spärlich vorhanden. Thematisch beschäftigten sie sich mit (a) dem Erleben und dem Einfluss der Ausbildung auf das Leben, (b) der Frage, ob Empathie trainiert werden kann, (c) der Supervision und ihren Vorgehensweisen, (d) den ausbildungs- und praxisbezogenen Entwicklungsmöglichkeiten sowie (e) den Risikofaktoren im PP. Großes Potenzial und konkrete Anknüpfungspunkte für die PEP verdeutlichen einen Handlungsbedarf.

Aus dem Bereich der personenzentrierten KJP, SPT und FT wurden 77 Studien gesichtet. Jüngere Metaanalysen konnten signifikante Effekte zur Wirksamkeit von SPT bei Volksschülerinnen und Volksschülern nachweisen. Großteils standen allerdings Einzelstudien und störungsspezifische Studien im Vordergrund, wobei u. a. der Bereich der Autismusspektrumstörung mehrfach untersucht wurde. Ein auf dem personenzentrierten Ansatz basierendes gruppentherapeutisches Behandlungskonzept für Jugendliche zeigte eine hohe Wirksamkeit.

Studien zu Therapien, die sich mit dem oppositionellen Verhalten von Kindern und Jugendlichen auseinandersetzen, zeigten eine Abnahme des aggressiven Verhaltens sowie vorhandener Aufmerksamkeitsprobleme auf. In einer naturalistischen Studie wurde die Wirksamkeit personenzentrierter KJP bei Angststörungen untersucht und durch eine hohe Gesamteffektstärke bestätigt. Im letzten Jahrzehnt bildete „school-based humanistic counselling“ einen wichtigen Forschungsschwerpunkt. In mehreren Studien (GB, USA) wurden Schüler/-innen unterschiedlicher Altersspannen in den Schulen niederschwellige spieltherapeutische Einheiten bzw. personenzentrierte Beratungen angeboten, die zu einer Reduktion der psychischen Belastungen und Steigerung der schulischen Leistungen führten und eine starke Korrelation zwischen schulischen Leistungen und emotionaler Entwicklung verdeutlichten.

In unterschiedlichen Studien wurden empirisch beforschte Aspekte des spieltherapeutischen Prozesses mit Fokus auf (a) therapeutische Präsenz, (b) frühe Beziehungsentwicklung, (c) Empathie, (d) Kongruenz mittels unterschiedlicher Messmethoden untersucht. Der Großteil der Studien

wurde als Einzelfallstudie konzipiert. Personzentrierte Vergleichsstudien mit anderen psychotherapeutischen Richtungen im KJP-Bereich sind sehr spärlich vorhanden. Hier gibt es einen großen Nachholbedarf.

Insgesamt kann von einer starken Zunahme im Bereich der Forschung zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie im PZA ausgegangen werden. Es zeigte sich, dass niederschwellige und unmittelbare psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche eine rasche Verbesserung des psychischen Zustandes bewirken und einer Chronifizierung psychischer Symptome entgegenwirken können.

## **Conclusio**

Generell wird ein länderübergreifender Zusammenhalt und die sich wechselseitig inspirierende Kooperation der Psychotherapieforscher/-innen deutlich. Ziel ist die Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte. Die hohe Wirksamkeit der PEP wurde im letzten Jahrzehnt weiter bestätigt, wobei internationale Forschungen vorrangig von universitären Forschungsinstituten betrieben und von der Gesundheitspolitik gefördert und gefordert werden. Definitiven Handlungsbedarf gibt es in den Bereichen der Ausbildungs- und Versorgungsforschung. In Österreich zeigt sich nach wie vor ein Spannungsfeld zwischen der Psychotherapieforschung, der Profession und dem Trend, nur mehr evidenzbasierende Verfahren anzuerkennen. Der Trend zur Methoden-Integration und Zuordnung zu Clustern könnte zudem die Differenzierung und Weiterentwicklung einzelner Psychotherapieschulen erschweren. Dieser Aspekt könnte vor allem die Vielfalt der humanistischen Richtungen stark betreffen.

## **2.10.2 Schematherapie versus kognitive Verhaltenstherapie in der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation**

*Alexandra Schosser, Daniela Fischer-Hansal, Gabriele Riedl, Nicole Pritz, Susanne Dür und Birgit Senft*

### **Hintergrund**

Schematherapie als Weiterentwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wurde von Jeffrey Young et al. (2003) als integrative Behandlung für chronische Achse-I- und Achse-II-Störungen entwickelt. Neben nachgewiesener Wirksamkeit für Persönlichkeitsstörungen, wie z. B. Borderline, Narzissmus, Cluster-C, Paranoide oder Histrionische Persönlichkeitsstörung (Bamelis et al. 2014, Roediger und Zarbock 2014), gibt es auch zunehmende Hinweise für die Wirksamkeit von Schematherapie für chronische Achse-I-Störungen, wie z. B. chronische Depression (Renner et al. 2016).

Jeffrey Young (1995, 2003) definierte frühe maladaptive Schemata (EMS, Early Maladaptive Schemata) als stabile, charaktereigenschaftsartige Annahmen über sich selbst und die Umwelt mit Wurzeln in der frühkindlichen Entwicklung. Sie entwickeln sich in frühem Alter als Resultat von Interaktionen zwischen Faktoren wie Temperament des Kindes, Erziehungsstil der Eltern und signifikanten (manchmal auch traumatischen) Ereignissen und nehmen eine Schlüsselfunktion in der Entwicklung von Psychopathologie ein (Young et al. 2003, 2005). In vielerlei Hinsicht sind EMS damit vergleichbar dem kognitiven Konzept von Grundannahmen (Clark und Beck 1999). Werden ein oder mehrere Schemata aktiviert, werden Persönlichkeitszustände, sog. Modi, aktiviert.

Psychiatrische Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen über die Akutbehandlung hinaus, um psychisch kranke Menschen durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, schulischem, beruflichem und allgemein-sozialem Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und -stellung, die der kranken Person entspricht und ihrer würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden bzw. wiederzuerlangen (Rössler et al. 1987). Die psychiatrische Rehabilitation in Österreich umfasst die sechswöchige ambulante (teilstationäre) oder stationäre Phase 2-Rehabilitation (insgesamt 142 Therapieeinheiten) sowie die bis zu einem Jahr dauernde ambulante Phase 3-Rehabilitation (insgesamt 100 Therapieeinheiten). Letztere kann im Anschluss an eine Phase 2-Rehabilitation in Anspruch genommen werden und wird in den BBRZ Med Wien u. a. in einer 18-wöchigen intensivierten Form angeboten. Die Behandlung wird in den BBRZ Med Wien als standardisiertes multi-professionelles Rehabilitationsprogramm mit verhaltenstherapeutischem bzw. schematherapeutischem Schwerpunkt durchgeführt.

Ein Großteil (70,6 % in den BBRZ Med) der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der psychiatrischen Rehabilitation in Österreich weisen chronische Verlaufsformen ihrer psychiatrischen Grunderkrankung, vorrangig Affektive Störungen, auf (Senft et al. 2020, Sprung et al. 2019). Aus diesem Grund wurde auch das therapeutische Konzept der ambulanten Rehabilitation der BBRZ Med entsprechend angepasst, zusätzlich zum verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt auch ein schematherapeutischer Schwerpunkt entwickelt und in Bezug auf Effektivität aktuell evaluiert.

## **Fragestellung**

Das Ziel der aktuellen Studie ist es, die Effektivität von Schematherapie (ST) im Vergleich zu Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) in Bezug auf depressive Symptomatik im Rahmen eines sechswöchigen bzw. 18-wöchigen ambulanten Rehabilitationssettings zu vergleichen. Ein weiteres Ziel ist es, Veränderungen in Schemata und Modi nach sechs bzw. 18 Wochen Schematherapie zu untersuchen.

## **Methoden**

Es wurden 1.062 Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer sechswöchigen ambulanten Phase 2-Rehabilitation in die aktuelle Studie eingeschlossen. Davon wurden 177 Patientinnen und Patienten mit ST (66,1 % weiblich,  $\bar{x}$  41,8 Jahre) und 885 Patientinnen und Patienten mit KVT (66,4 % weiblich,  $\bar{x}$  44,6 Jahre) behandelt. Weiters wurden 393 Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer

18-wöchigen ambulanten Phase 3-Rehabilitation eingeschlossen. Von diesen wurden 80 Patientinnen und Patienten mit ST (70 % weiblich,  $\bar{x}$  47,1 Jahre), und 313 Patientinnen und Patienten mit KVT (66,8 % weiblich,  $\bar{x}$  46,4 Jahre) behandelt.

Zu Beginn und Ende der Rehabilitation wurden zusätzlich zur Standardevaluation durch Selbstbeurteilungsinstrumente (u. a. BSI-18, WHODAS 2.0, ICF-3F-AT) der Young-Schemafragebogen (YSQ-S3 dt, Berbalk et al. 2007), der Modusfragebogen (SMI, Young et al. 2007) sowie der BDI (Hautzinger et al. 1991) vorgelegt. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erhielten im Rahmen des sechswöchigen multiprofessionellen Phase-2-Rehabilitationsprogrammes u. a. zweimal pro Woche Gruppen- und einmal pro Woche Einzeltherapie in ST oder KVT. Das 18-wöchige Phase-3-Rehabilitationsprogramm enthielt u. a. einmal pro Woche Gruppen- und einmal pro Woche Einzeltherapie in ST oder KVT.

## Ergebnisse

In der sechswöchigen Phase 2-Rehabilitation erwiesen sich sowohl ST als auch KVT als sehr effektiv im Hinblick auf die depressive Symptomatik, mit stärkeren Effektgrößen in der ST-Gruppe (Cohen's  $d = 0,68$  vs.  $d = 0,50$ ). Ebenso erwiesen sich sowohl ST als auch KVT in der Phase 3-Rehabilitation als sehr effektiv in der Verbesserung der depressiven Symptomatik, auch hier mit stärkeren Effektgrößen in der ST-Gruppe (Cohen's  $d = 0,68$  vs.  $d = 0,36$ ).

Signifikante Veränderungen in Schemata und Modi fanden sich (im Einklang mit der Literatur bezüglich Stabilität von Schemata über die Zeit) zwar noch nicht nach sechs Wochen, jedoch nach 18 Wochen Schematherapie. Konkret fanden sich nach 18 Wochen Schematherapie signifikante Veränderungen in den Schema Domänen 1-4 ( $p = 0,01$ ) mit signifikanten Veränderungen in sieben Schemata (MA = Misstrauen/Missbrauch [ $p = 0,033$ ], DS = Minderwertigkeit/Scham [ $p = 0,006$ ], SI = Sozialer Ausschluss/Isolation [ $p < 0,001$ ], DI = Abhängigkeit/unzulänglich-praktische Inkompetenz [ $p = 0,008$ ], FA = Versagen bei der Leistungserbringung [ $p = 0,003$ ], IS = mangelnde Selbstkontrolle/Selbstdisziplin [ $p = 0,035$ ], NP = negative Grundhaltung/Pessimismus [ $p = 0,015$ ]). In Bezug auf die Modi fanden sich zwar keine signifikanten multivariaten Veränderungen (was jedoch auf die noch limitierte Größe der Stichprobe zurückzuführen sein könnte), jedoch signifikante Reduktionen in fünf Modi (VC = Verletzbarer Kindmodus [ $p = 0,015$ ], AC = Ärgerlicher Kindmodus [ $p = 0,007$ ], EC = Wütender Kindmodus [ $p = 0,003$ ], IC = Impulsiver Kindmodus [ $p = 0,005$ ], UC = Undisziplinierter Kindmodus [ $p = 0,015$ ]).

## Schlussfolgerung

Sowohl Kognitive Verhaltenstherapie als auch Schematherapie erwiesen sich als hoch effektiv in der Behandlung chronischer Achse-I- (vorrangig Depression) und/oder Achse-II-Störungen in der ambulanten psychiatrischen Rehabilitation, mit höheren Effektstärken in der mit Schematherapie behandelten Gruppe. Während sich in den Schematherapiegruppen im Rahmen der sechswöchigen Phase 2 noch keine Veränderungen in Schemata und Modi zeigten, fanden wir im Rahmen einer anschließenden 18-wöchigen Phase 3-Rehabilitation bereits Veränderungen in Schemata und

Modi. Aufgrund der noch limitierten Größe der Stichprobe muss hier noch von vorläufigen Befunden gesprochen werden. Aktuell werden die o. g. Ergebnisse anhand einer größeren Stichprobe validiert.

## Literatur

- Bamelis, L. L.; Evers, S. M.; Spinhoven, P.; Arntz, A. (2014): Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 171(3):305–322
- Berbalk, H.; Grutschpalk, E.; Parfy, E.; Zarbock, G. (2007): Young Schema Questionnaire Short Form – deutsche Fassung. Institut für Schematherapie, Hamburg
- Hautzinger, M. (1991): The Beck Depression Inventory in clinical practices. *Nervenarzt* 62(11), 689–696
- Renner, F.; Arntz, A.; Peeters, F. P.; Lobbestael, J.; Huibers, M. J. (2016): Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. 51, 66–73
- Roediger, E.; Zarbock, G. (2015): Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 86, 60–71. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00115-014-4008-8>
- Rössler, W.; Häfner, H.; Martini, H.; Heiden, W. an der; Jung, E.; Löffler, W. (1987): Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg – Analysen, Konzepte, Erfahrungen. Deutscher Studien-Verlag, Weinheim
- Senft, B.; Fischer-Hansal, D.; Schosser, A. (2020): Was heißt signifikant – geheilt oder nur etwas besser? Ein Vergleich verschiedener Berechnungsmethoden zur Bewertung von Veränderungen der depressiven Symptomatik bei ambulanten Rehabilitanden. *Neuropsychiatr Sept* 34(3):130–139. doi:10.1007/s40211-020-00343-z
- Sprung, M.; Münch, H. M.; Kaiser, E.; Streibl, L.; Riffer, F. (2019): Meta-Analyse der Evaluationsergebnisse psychiatrischer-psychosomatischer Rehabilitation in Österreich. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*
- Young, J. E. (1995): *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Professional Resource Exchange, Sarasota, FL
- Young, J. E.; Klosko, J.; Weishaar, M. E. (2003): *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press, New York
- Young, J. E. (2005): *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center
- Young, J.; Arntz, A.; Atkinson, T.; Lobbestael, J.; Weishaar, M.; van Vreeswijk, M.; Klokman, J. (2007): *Schema Mode Inventory (SMI)*

## 2.10.3 Self-Compassion (SC) als Moderator zwischen neurologischen Symptomen und subjektivem Wohlfühlen

*Andrea Fahlböck*

### Hintergrund

Die Zahl der chronischen neurologisch Kranken steigt an, daher wird es von besonderer Bedeutung sein, entsprechende psychotherapeutische Behandlungskonzepte für die Betroffenen in Zukunft zu entwickeln. Professionisten sind gefordert, Wege zu finden, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der erkrankten Personen zu verbessern. Menschen mit einer chronischen körperlichen wie auch mit einer neurologischen Erkrankung gehören meist nicht zu den klassischen Zielgruppen von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Dies dürfte auf die Komplexität und Progredienz der Störung und die fehlenden therapeutischen Ansatzpunkte bzw. Konzepte zurückzuführen sein. Neben der Kompensation von kognitiven Defiziten, dem Umgang mit negativen Emotionen und der Neuorientierung von Lebenszielen steht das Wohlbefinden als Behandlungsziel an oberster Stelle. Das Entwickeln einer Depression gilt in diesem Zusammenhang als ein Haupteinflussfaktor für eine reduzierte Lebensqualität. Es erfordert von den Betroffenen Mut, sich mit den auftauchenden Gefühlen wie Angst, Trauer, Wut, Scham, Schuld etc. sowie negativen Gedanken und einschränkenden körperlichen Zuständen auseinanderzusetzen. Ein Ziel in diesem Anpassungsprozess ist die Entwicklung von höherer Akzeptanz und Toleranz der Erkrankung gegenüber.

### Fragestellungen

Im Rahmen dieser Studie sollte folgende Fragestellung behandelt werden: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung des Selbstmitgefühls (Self-Compassion) und der Zufriedenheit mit der eigenen körperlichen Gesundheit und dem subjektiven Wohlfühlen bei chronisch erkrankten MS-Personen? Erleben Personen mit höherer SC einen weniger starken Zusammenhang zwischen der objektiven körperlichen Gesundheit und der subjektiven Zufriedenheit als Personen mit niedrigerer SC?

### Studienziel und -design

Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Studie lag in der Untersuchung der Rolle von Self-Compassion als Moderator zwischen neurologischen Symptomen und subjektiv erlebtem Wohlfühlen. Self-Compassion wird als ein Persönlichkeitsmerkmal gesehen, das eine entscheidende Rolle zu spielen scheint in Situationen, in denen Menschen dem eigenen Leiden ausgesetzt sind. In diesem Zusammenhang wurden 40 betroffene MS-Patientinnen und MS-Patienten mithilfe der SC-Scale (SCS) untersucht. Die SC-Scale, welche von Neff entwickelt wurde, thematisiert positive oder negative Aspekte der selbstbezogenen Freundlichkeit, der verbindenden Humanität und der Achtsamkeit. In Zusammenhang mit der Patientenstichprobe wird die Höhe der SC als möglicher Auslöser bzw. Bedingung für das starke Vermeidungsverhalten sowie die Selbstverurteilung gesehen.

Weisen die Betroffenen weniger Vermeidungsverhalten wie selbstverurteilende Kritik auf, reduziert sich die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Depression. Das Vorliegen einer depressiven Verstimmung verhindert einen konstruktiveren Umgang mit der neurologischen Symptomatik und verhindert die Entwicklung eines subjektiven Wohlfühlens. Mithilfe der SC-Scale konnten die Patientengruppen in Betroffene mit höherer und reduzierterer SC eingeteilt werden.

Ein höheres Selbstmitgefühl wird als positive Grundeinstellung im Umgang mit dem eigenen Leid angenommen und kann in diesem Sinne als Faktor der emotionalen Resilienz verstanden werden. Es wird daher angenommen, dass das Vorhandensein von mehr Selbstmitgefühl zu einer konstruktiveren, konfrontativeren Auseinandersetzung (exposure) mit schmerzhaften Gefühlen, dem eigenen Leid und Gedanken führen könnte. Somit wäre SC eine natürliche Fähigkeit, sich besser gerüstet zu fühlen und unangenehme Erfahrungen nicht zu vermeiden. Dies würde bedeuten, dass ein höheres Selbstmitgefühl mehr emotionale Auseinandersetzung bzw. emotionales Erleben mit sich bringt. Eine höhere SC könnte demnach auch die Beziehung zwischen reduzierter körperlicher Gesundheit (bei chronisch Kranken) und der subjektiven Lebenszufriedenheit bei Menschen mit einer chronischen Erkrankung positiv beeinflussen.

### **Methodik/Werkzeuge**

In einem ersten Schritt wurden klinisch-psychologische Verfahren angewandt, die das Ausmaß an kognitiver und emotionaler Belastbarkeit der Versuchspersonen bestimmen sollten. Im Anschluss kamen zur Überprüfung der Fragestellung folgende Fragebögen zum Einsatz: SCS-34-D – Schmidt; Bartel und Spottke (2009, unveröffentlicht), Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Fahrenberg, Myrtek, Schuchmacher und Brähler (2000), FAMOS – Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata von Grosse Holtforth und Grawe (2002), VAS (z-Skala) zur subjektiven Einschätzung der Zufriedenheit und des Wohlfühlens, WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (2004), Version II – Power, M.; Bullinger, M.; Harper, A. und WHOQOL Group (1998).

### **Ergebnisse**

Um Prädiktoren für die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und das subjektiv erlebte Wohlbefinden zu eruieren, wurden die erhobenen Daten mit dem Statistikprogramm SPSS 21.00 erfasst und ausgewertet. Parallel zur deskriptiven Statistik (Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen) wurden bivariate Zusammenhänge bei intervallskalierten Daten durch Korrelationen nach Pearson erhoben. Anschließend wurden durch lineare Regression für die Prädiktorvariablen „FAMOS Annäherungs- und Vermeidungsziele“ Subskalen der SCS und der Schweregrad der Erkrankung sowie die Zielvariable bzw. Outcome-Variable „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ schrittweise auf ihren Erklärungswert hin überprüft. Es wurde auch eine Stichprobenteilung nach Mediansplit der Variable SC (Gruppe mit höherer SC und Gruppe mit niedrigerer SC) durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurde der Unterschied in beiden Gruppen zwischen den Maßen „LFZ Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ und dem Schweregrad der Erkrankung beleuchtet. Weiters kam es zu einem Vergleich des erhobenen Minimums und Maximums des FLZ mit der Validierungsstudie von Fahrenberg, Myrtek, Schuchmacher und Brähler (2000).

Es wurde der Frage nachgegangen, ob bei MS-Patientinnen und MS-Patienten ein prospektiver Zusammenhang zwischen der Höhe des Selbstmitgefühls, dem subjektiven Wohlfühlen und der Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit besteht. Dieser Hypothese liegt die Annahme zugrunde, dass eine erhöhte SC das Wohlbefinden steigert und dies wiederum zu einer Erhöhung der Zufriedenheit mit der eigenen körperlichen Gesundheit führt. Eine höhere SC könnte demnach bei Menschen mit einer chronischen Erkrankung die Beziehung zwischen reduzierter körperlicher Gesundheit und der subjektiven Lebenszufriedenheit positiv beeinflussen.

Das Ergebnis der Studie bestätigt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen höherer SC und subjektiv erlebtem Wohlbefinden bei MS-Patientinnen und MS-Patienten: Je höher die SC war, desto höher war das subjektiv erlebte und angegebene Wohlbefinden. Die Untersuchten, die ein subjektiv höheres Wohlbefinden angaben, gaben auch an, eigene Fehler mehr zu akzeptieren (Self-Kindness), sich für gemachte Fehler weniger zu verurteilen (Self-Judgement), diese mehr als Teil des eigenen Menschseins zu betrachten und sich mehr mit anderen verbunden zu fühlen (Common Humanity). Dies legt nahe, dass MS-Patientinnen und MS-Patienten mit höherer SC weniger Selbstkritik üben, weniger in Scham organisiert sind, was in weiterer Folge eine konstruktive Ausgangslage für den Umgang mit einer chronischen Erkrankung darstellt. Diese Resultate finden Bestätigung in vielen anderen Studien, die bisher mit unterschiedlichen klinischen Gruppen durchgeführt wurden.

### **Schlussfolgerung**

Diese Ergebnisse tragen zum theoretischen Wissen darüber bei, wie Selbstmitgefühl die Lebensqualität von chronisch Kranken beeinflusst. Der zentrale Aspekt dabei scheint zu sein, dass ein hohes Maß an SC eine höhere emotionale Auseinandersetzung mit sich selbst zur Folge hat, was sich positiv auf das Befinden auswirkt. Dies wiederum dürfte indirekt die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinflussen. Die Untersuchungen in diesem Bereich stehen noch am Anfang.

## **2.11 Session 6 – Poster zur Wirksamkeitsforschung**

### **2.11.1 Symptomreduktion bei Depression nach Rehabilitation im verhaltenstherapeutischen Setting**

*Birgit Senft, Daniela Fischer-Hansal und Alexandra Schosser*

#### **Hintergrund und Zielstellung**

Mehr als zwei Drittel aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation sind von einer depressiven Erkrankung betroffen. Daher haben wir als vorrangiges Ergebnis der Behandlung die depressive Symptomatik untersucht – das ist im doppelten Sinne eine indirekte Veränderungsmessung – einerseits wegen der beiden Messzeitpunkte, andererseits weil

ja in der Therapie nicht direkt „an der Depression“ gearbeitet wird, sondern auch die Reduktion der Symptomatik als Indikator für eine erfolgreiche Therapie gesehen wird.

## **Methodik**

Nach einem sechswöchigen verhaltenstherapeutischen Setting wird die Reduktion der depressiven Symptomatik mittels BDI II gemessen (Hautzinger et al. 2006). Bei der Analyse von Fragebogendaten und der Bewertung des Behandlungserfolgs bieten sich verschiedene Methoden auf der Ebene von Gruppen (Cohen 1988) oder Fällen (Jacobson und Truax 1991) an. Die klinische Signifikanz ermöglicht auf Einzelfall-Ebene Aussagen über das Erreichen des Mindestausmaßes einer reliablen Symptomreduktion, verbunden mit dem Wechsel vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich (Ogles et al. 2001). Wir sind vom Kostenträger zur Evaluation verpflichtet, möchten aber selbst wissen, wie erfolgreich unsere Behandlung ist, deren Hauptbestandteil die Verhaltenstherapie ist.

Die Befragung erfolgt schriftlich bei Reha-Beginn und Reha-Ende sowie ein Jahr danach. Von 908 Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (64 % weiblich,  $\bar{x}$  45,14 Jahre alt) leiden knapp drei Viertel unter einer affektiven Störung. Dabei weisen 46 Prozent einen chronischen und 27 Prozent einen nicht-chronischen Verlauf auf.

## **Ergebnisse**

Wenn man den Erfolg über alle Patientinnen und Patienten hinweg anhand der Effektgröße von Cohen's  $d$  bewertet, zeigt sich ein mittlerer Effekt von  $d = 0,62$  – das ist für das sechswöchige Setting sehr beachtlich, berücksichtigt aber nicht den Ausgangswert. Wird dieser berücksichtigt, zeigen sich bei stark belasteten Patientinnen und Patienten Effektgrößen von 0,7.

Differenziert nach Ausgangsbelastungen zeigen sich auch ein Jahr nach der Behandlung unterschiedliche Effekte: ein kleiner Effekt bei keiner/minimaler Depression, ein mittlerer Effekt bei leichter Depression und ein großer Effekt bei mittelschwerer Depression bzw. schwerer Depression. Differenzierte Ergebnisse zeigen sich auch für das Kriterium der klinischen Signifikanz. Die Nachhaltigkeit der Behandlung konnte belegt werden. Ein Jahr nach Rehabilitation wurde bei 19,7 Prozent eine klinisch signifikante und bei 17,2 Prozent eine signifikante Symptomreduktion festgestellt.

*Limitation:* Wir erachten beide Ansätze der Evaluation als wichtig für die Wirksamkeitsforschung, weisen aber auf die Vernachlässigung der unterschiedlichen Ausgangslagen hin.

## **Fazit**

Verhaltenstherapeutische Gruppen- und Einzeltherapien stellen im Rahmen der ambulanten medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation ein zentrales Element in der Behandlung dar. Die Wirksamkeit der Behandlung konnte in zahlreichen Studien belegt werden. Der BDI-II ist ein hilfreicher

Baustein der Evaluation. Auch ein Jahr nach Ende der Rehabilitation sind bei anfangs stark depressiven Rehabilitandinnen und Rehabilitanden immer noch große Effekte in der depressiven Symptomatik nachweisbar.

Mit der Evaluation möchten wir auch den Therapeutinnen und Therapeuten eine Rückmeldung über den Erfolg ihrer Arbeit geben und halten „patient reported outcomes“ für ökonomische und valide Bestandteile der Evaluation. (Poster siehe Anhang)

## 2.11.2 Embodiment in der Psychotherapie

*Martina Spitaler-Kerstner und Sabine Gehri*

### **Forschungsziel und Studiendesign**

Die Serotonin-Booster-Studie baut auf Erkenntnissen auf, wonach sich körperliche Aktivität positiv auf Depression auswirkt. Ziel dieser Studie war es, mit einem Programm ganz bestimmter Aktivitäten und Maßnahmen das „freie Kind“ der Teilnehmer/-innen (TN) über einen gewissen Zeitraum zu aktivieren.

In der Transaktionsanalyse unterscheidet man verschiedene Ich-Zustände: das Erwachsenen-Ich, das Eltern-Ich und das Kind-Ich. Auf Ebene des Kind-Ichs wird wiederum das angepasste Kind vom freien Kind unterschieden. Das offene Erleben und Zeigen von Gefühlen ist im freien Kind-Ich verankert.

Die angebotenen Aktivitäten (Singen, Tanzen, Schauspiel etc.) enthalten körperliche, taktile, emotionale und/oder kreative Komponenten. Sich darauf einzulassen, erfordert von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Offenheit, manchmal Mut und ein verfügbares „freies Kind“. Die danach freigegebenen Energien werden positiv umgesetzt; so waren die Teilnehmer/-innen durch die Aktivierung des Zwerchfells nach dem Singen stets guter Laune. Destruktive Anteile, wie z. B. Scham, die das freie Kind hemmen, werden in der transaktionsanalytischen Gruppentherapie thematisiert und aufgearbeitet. Die Teilnehmer/-innen erlangten einen besseren Zugang zu Körper und Emotionen.

### **Methodik**

Im Rahmen der 2019 durchgeführten Pilotstudie „Serotonin-Booster“ wurden elf Klientinnen und Klienten über ein Jahr lang gruppentherapeutisch betreut, sie absolvierten parallel dazu regelmäßige Trainingseinheiten und nahmen an diversen Workshops (Yoga, Krav Maga, Puppenspiel, Maskenbau, Schauspiel, Singen, Tanzen) teil. Die vier männlichen und sieben weiblichen TN waren im Alter zwischen 25 und 56 Jahren.

Der psychische Zustand der TN wurde anhand folgender klinischer Verfahren erhoben:

- » SCL-90-R: Der SCL-90-R ist ein anerkanntes klinisches Testverfahren zur Selbstbeurteilung psychischer Belastungen anhand von neun Skalen: Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Zwanghaftigkeit.
- » FBek: Beim Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) können die Probandinnen und Probanden subjektive Aspekte des Körpererlebens anhand von vier Skalen beurteilen: Körperliche Aktivität und Selbstvertrauen, Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes, Unsicherheiten und Besorgnis im Zusammenhang mit dem Äußeren, Körperliche Reaktionen und körperlich-sexuelles Missempfinden.
- » BfS: Die Befindlichkeitsskala dient der Selbsteinschätzung der Befindlichkeit anhand von Eigenschaftswörter-Paaren. Die Auswertung erfolgt qualitativ.
- » BDI II: Beim BDI II handelt es sich um das Beck-Depressions-Inventar, dessen Ergebnisse anhand folgender Skala zu interpretieren sind:
  - 0 - 8: keine Depression
  - 9 - 13: minimale Depression
  - 14 - 19: leichte Depression
  - 20 - 28: mittelschwere Depression
  - > 29: schwere Depression

Die quantitativ-statistische Auswertung erfolgte im SPSS anhand von Vorher-Nachher-Vergleichen der durchschnittlichen Skalenwerte der klinischen Verfahren.

## Ergebnisse

Die Depression der Teilnehmer/-innen verbesserte sich im Studienzeitraum deutlich und es zeigte sich, dass sie einen besseren Zugang zu ihrem Körper und ihren Emotionen gefunden haben. Während zu Beginn der Studie drei TN an einer schweren, vier an einer mittelschweren und drei an einer leichten Depression gelitten hatten, weist am Ende der Studie nur noch ein(e) TN eine schwere und ein(e) TN eine mittelschwere Depression auf; fünf TN weisen am Ende der Studie eine leichte Depression auf, weitere vier TN zeigen keine auffällige depressive Symptomatik mehr.

Der durchschnittliche Skalenwert des BDI über alle Teilnehmer/-innen ist vom Beginn bis zum Ende der Serotonin-Booster-Studie deutlich gesunken (von 24,36 auf 12,91). Die starke Verbesserung des Krankheitsbildes ist deutlich erkennbar.

Der durchschnittliche Wert der Depression beträgt zu Beginn der Studie noch 24,36 und entspricht damit einer mittelschweren Depression. Am Ende der Studie ist der Mittelwert des BDI um nahezu 50 Prozent gesunken und beträgt nur noch 12,91 - dies entspricht einer minimalen Depression.

Der SCL-90-R erfasst eine breitere Palette psychischer Belastungen und Symptome. Auch hier zeigt sich deutlich die durchschnittliche Verbesserung der Depressivität, die zu Beginn der Studie erhöht ( $T > 60$ ) war und am Ende der Studie im Durchschnittsbereich liegt.

Auch bei den übrigen Skalen zeigen sich großteils zumindest tendenzielle Verbesserungen. Einzig die Symptomatik der Aggressivität ist leicht angestiegen. Es ist anzunehmen, dass dies eine logische Folge der zurückgegangenen Depression ist, da die Aggression nicht nur der Antagonist der Depression ist, sondern generell die Gefühlsverflachung der Depression eine Auswirkung auf andere Gefühle hat, sodass ein Wegfall der Depression mit einem Anstieg des Empfindens anderer Gefühle einhergehen kann.

Das Körperempfinden der TN hat sich ebenfalls gebessert: Während die Einschätzung der eigenen Attraktivität und das Selbstvertrauen im Durchschnitt gestiegen sind, sind körperliches Missempfinden und Unsicherheit gesunken. Alle Bereiche befinden sich zum Ende der Studie im Durchschnittsbereich.

Auch in der Befindlichkeitsskala zeigen sich bei einem Großteil der Teilnehmer/-innen Verbesserungen. So berichtet die Mehrzahl über mehr Teilnahme, Geselligkeit und Frohsinn; die Selbstwahrnehmung hat sich verbessert.

### **Schlussfolgerung**

Aufgrund dieser vielversprechenden positiven Ergebnisse kann nun eine größer dimensionierte Studie zur transaktionsanalytischen Gruppentherapie mit Schwerpunkt Körperskript angedacht werden.

## **2.11.3 Forciertes Atmen in der Psychotherapie**

*Gerald Pohler*

### **Hintergrund**

Forciertes Atmen und Hyperventilation sind seit Reich (1972, 1973) Bestandteil von Körper(psycho)therapien. Holotropes Atmen (Grof 1988; Watjen 2014) und Rebirthing (Orr und Ray 1977; Jones 1983) nützt ebenso forcierte Atmung wie „neoreichianische“ Körpertherapien (Lowen 1975; Baker 1976; Petzold 1977; Janov 1996; Zimbhoff und Hartmann 1999). Physiologische Untersuchungen zum forcierten Atmen sind aus dem Bereich dieser Körpertherapien weitgehend unbekannt. Cervantes und Puente (2014) fanden bei einer Untersuchung zum Holorenic Breathwork, forciertes Atmen ist dort ein wichtiger Therapiebaustein, eine Vergrößerung der HRV (Herzratenvariation) sowie eine Reduktion von Angstwerten. Auch in der Verhaltenstherapie, insbesondere der Therapie von Angststörungen (Teegen 1985; Clark und Salkovsky 1985; Clark et al. 1986; Bass und Lelliott 1989; Margraf et al. 1990; Margraf und Schneider 1996), wurde forciertes Atmen unterschiedlich genützt, aber nicht als selbstständiger Therapiebaustein physiologisch untersucht.

## Fragestellung und Hypothesen

Nachdem über *Atemzentrierte Entspannung* (Pohler 1989), einer Technik, bei der durch forciertes Einatmen im Brustbereich rasch eine wohltuende tiefe Entspannung hervorgerufen werden soll, bisher nur wenige Publikationen vorliegen, wurde diese Technik an 20 gesunden Versuchspersonen untersucht. Vor, während und nach dieser speziellen Atemübung wurde geprüft, ob die *Atemzentrierte Entspannung* zu messbaren psychologischen und physiologischen Veränderungen führt, die eine tiefere Entspannung nach der Phase des forcierten Atmens aufzeigen.

Wir erwarteten signifikante Ergebnisse in den Fragebögen in Richtung Entspannung und Wohlbefinden, eine Senkung des Hautleitwertes sowie eine größere HRV in der zweiten Entspannungsphase im Vergleich mit der ersten.

## Probandinnen/Probanden und Werkzeuge

Zehn gesunde Frauen (Durchschnittsalter 36,6 Jahre) und zehn gesunde Männer (Durchschnittsalter 34,1 Jahre) wurden über soziale Netzwerke gewonnen und hatten eingewilligt, an der Studie teilzunehmen. Sie hatten die Möglichkeit, jederzeit abzubrechen, aber niemand brach den Versuch ab.

Verwendete Fragebögen:

1. Mehrdimensionale Befindlichkeitsstörungen (Steyer et al. 1997), dieser misst Stimmung, Wachheit und Ruhe mit jeweils acht Items auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr“.
2. Fragebogen zur Erfassung von Bewusstseinsveränderung während Entspannungsübungen (FBE, aus Gingras et al. 2014); gefragt wird nach dem Erleben von Schwere, Wärme, Herzschlag, weiteren Körperwahrnehmungen sowie dem Auftreten von traumähnlichen Erlebnissen. Die Fragen 1 bis 3 sind mit „ja“ oder „nein“, 4 und 5 sind textlich zu beantworten.

*Hautleitwert:* Gemessen haben wir den Hautleitwert mittels des eSense Skin Response Biofeedback-Sensors. Er misst fünf Messwerte pro Sekunde, die dann auf einem Laptop gespeichert wurden.

*HRV-Messung:* Die mit dem Polar RS800CX mit Brustgurtsensor gemessenen Herzschläge wurden mittels eines Infrarot-Adapters (Polar IOR-778) auf einem Laptop gespeichert. Die Analyse erfolgte durch die HRV-Software Kubios, die die Parameter des Zeit- und Frequenzbereiches dargestellt.

Vor der AE mussten alle Versuchspersonen den MBDF ausfüllen. Anschließend befestigten sie den Brustgurt und bekamen den Hautleitwertsensor auf den Zeige- und Mittelfinger der nicht dominanten Hand. Die Funktion der Sensoren wurde überprüft. Dann legten sich die Versuchspersonen mit dem Rücken auf eine Spannungsmatte. Es folgten zehn Minuten ruhiges Liegen, danach unter Anleitung das forcierte Atmen. Merkten die Versuchspersonen oder die Behandlerin Anzeichen von Hyperventilation, wurde das forcierte Atmen beendet und die zweite Entspannungsphase

(wieder zehn Minuten), in der die Versuchspersonen ruhig liegen und die Atmung nicht mehr beeinflussen sollten, begann. Während dieses Ablaufes wurden die Hautleitwerte und die Pulswerte fortlaufend registriert und gespeichert.

Nach dem Ende der zweiten Entspannungsphase wurden die Versuchspersonen gebeten, erneut den MBDF auszufüllen sowie den FBE für die erste und dann die zweite Entspannungsphase. Es folgte eine Nachbesprechung des Versuchs. Alles fand in der Praxis von Mag. Nonn statt, die auch die Versuche durchführte.

## **Ergebnisse**

Die Fragebogenergebnisse des MBDF zeigen eine hoch signifikant verbesserte „Gute Stimmung“, „Wachheit“ und „Ruhe“ nach dem forcierten Atmen auf. Auch im FBE zeigt sich eine vertiefte Entspannung.

*HRV*: Der signifikante Anstieg von Mean RR zeigte wie erwartet eine Erweiterung der HRV. Alle Frequenzparameter der HRV waren signifikant erhöht.

Der *Hautleitwert* stieg nach dem forcierten Atmen signifikant höher an als in der ersten Entspannungsphase.

## 3 Podiumsdiskussion

*Host: Christian Korunka*

### 3.1 Beobachtungen, Empfindungen und Reflexionen von Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Beraterinnen/Beratern und Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten während der COVID-19-Pandemie

*Claudia Höfner, Gerd Mantl, Markus Hochgerner und Christian Korunka*

#### **Wie verändert sich die psychotherapeutische Arbeit in der Zeit der COVID-19-Krise?**

Die Covid-19-Krise hat nicht nur massive gesundheitliche und ökonomische Folgen, sie hat auch zahlreiche psychosoziale Auswirkungen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind durch diese Krise mehrfach betroffen: Ihre Arbeitssituation hat sich mit dem ersten Lockdown im März 2020 massiv verändert. Therapeutische Prozesse waren nur noch über Telefon oder Video möglich. Für viele Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten war dies eine erste – allerdings erzwungene – Möglichkeit, therapeutische Beziehungserfahrungen über Teletherapie zu sammeln. Auch die Themen in den Therapien haben sich verändert; Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten berichteten von zahlreichen neuen Ängsten und Sorgen.

In zwei verschiedenen Studien des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) in Kooperation mit der Fakultät für Psychologie der Universität Wien wurden die Auswirkungen der Krise auf die Arbeitssituation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die therapeutischen Beziehungserfahrungen mit den neuen Medien und die Veränderungen der Themen in den Psychotherapien quantitativ und qualitativ untersucht.

#### 3.1.1 Arbeitsbedingungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten während der COVID-19-Pandemie

*Studie 1 des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) in Kooperation mit der Universität Wien / Fakultät für Psychologie*

##### **Hintergrund**

Die COVID-19-Pandemie hatte seit ihrem Beginn im Frühjahr 2020 massive Auswirkungen auf sämtliche Bereiche der Gesellschaft. Viele Menschen waren und sind neuen psychosozialen Belas-

tungen ausgesetzt. Die gesamte Arbeitswelt ist umfassend von der Krise betroffen. Der Gesundheitsbereich steht hier besonders im Zentrum zahlreicher neuer Belastungen. Daher ist auch die Gruppe der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten gleich mehrfach von den Auswirkungen der Krise betroffen. Bereits im ersten Lockdown hatten sich die Arbeitsbedingungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten deutlich verändert.

Frühere Studien (z. B. Hickel und Korunka 2005) zeigten zwar, dass Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten grundsätzlich eine hohe Qualität des Arbeitslebens aufweisen. Es musste allerdings davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsbelastungen durch die Pandemie zugenommen hatten und die Arbeitssituation massiven Veränderungen unterlag. Psychotherapeutische Gespräche fanden vor der COVID-19-Krise fast ausschließlich im direkten persönlichen Kontakt statt. Viele therapeutische Prozesse wurden durch den Lockdown unterbrochen. Es musste daher – oft erstmals – auf neue Kontaktformen (Telefonie bzw. Videotelefonie) ausgewichen werden. Erfahrungen mit diesen Medien waren bei den meisten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuvor nur in geringem Ausmaß vorhanden. Auch die Themen in den psychotherapeutischen Prozessen hatten sich durch die Krise verändert.

### **Fragestellung**

Zu all diesen Veränderungen lagen bisher keine vergleichbaren empirischen Studien vor. Vor diesem Hintergrund hatte die vorliegende Studie drei Ziele:

1. Wie hat sich die Arbeitssituation und die Qualität des Arbeitslebens der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der COVID-19-Krise verändert?
2. Welche Erfahrungen machten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit neuen Medien in den ersten Monaten der Krise?
3. Wie haben sich die Themen in den psychotherapeutischen Prozessen durch die Krise verändert?

### **Methode, Design und Stichprobe**

Die ersten Erhebungen der Studie (Zeitpunkt t1) wurden etwa zeitgleich und unabhängig von ähnlichen nationalen und internationalen Studien (z. B. Boldrini et al. 2020; McBeath et al. 2020; Probst et al. 2020) durchgeführt und bestätigen bzw. ergänzen deren Ergebnisse. Im Unterschied zu diesen Studien handelt es sich hier aber um eine echte Längsschnittstudie über die ersten beiden Phasen des Lockdowns in Österreich.

Zu zwei Testzeitpunkten (t1: 23. 4.–31. 5. 2020, t2: 26. 11. 2021–3. 1. 2022) wurden Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten der Liste des BMSGPK per Link in einer E-Mail zu einer Onlinebefragung über *SociSurvey* mittels eines Fragebogens, welcher offene und geschlossene Fragen kombiniert, eingeladen. Die Einladung zum zweiten Testzeitpunkt wurde nur an jene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschickt, welche beim ersten Zeitpunkt angaben, dass sie erneut befragt werden wollten. Der Fragebogen umfasste Fragen zur Veränderung der Arbeitssituation von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten während der COVID-19-Pandemie und zur Veränderung der Themen in den Psychotherapien. Zusätzlich kam es zur Erhebung der Stimmung

(POMS), der emotionalen Erschöpfung (MBI), des Erholungsverhaltens (REQ) und der Persönlichkeit (BFI-10) mittels standardisierter Fragebögen.

Insgesamt nahmen zu t1 733 PsychotherapeutInnen und Psychotherapeuten an der Befragung teil. Die humanistische Orientierung ist verglichen mit der Psychotherapeutenliste des BMSGPK mit rund 47 Prozent überrepräsentiert (psychodynamisch: 20 %, systemisch: 20 %, verhaltensorientiert: 9 %, ohne Eintragung: 2 %, fehlend: 2 %). Knapp 80 Prozent der Befragten sind weiblich. Das Alter der Teilnehmer/-innen wurde in 5-Jahres-Kategorien erfragt. Es lag mit einem  $M = 6.19$  ( $SD = 1.91$ ) nahe der Kategorie 50 bis 54 Jahre. Die Stichprobe entspricht insgesamt weitgehend der Grundpopulation der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Österreich. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und jederzeit ohne Nachteil abzubrechen.

## **Ergebnisse**

### **Arbeitssituation und Qualität des Arbeitslebens der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten im ersten Lockdown**

Insgesamt haben sich die durchgeführten Therapiestunden in etwa halbiert (von 16,3 Stunden auf 8,1 Stunden pro Woche;  $d = .96$ ). Dieser Rückgang ist in den vier therapeutischen Clustern (humanistisch, psychodynamisch, systemisch, verhaltensorientiert) ähnlich und liegt insgesamt sogar etwas über dem Wert der Vergleichsstudien (Probst et al. 2020; Boldrini et al. 2020), was eine Folge des etwas späteren Erhebungszeitpunktes sein könnte. Im Vergleich zur Einzelpsychotherapie ist der Rückgang in den Mehrpersonensettings sogar noch etwas größer. Sämtliche Effekte sind hochsignifikant. Die Ursache des Rückgangs ist jedoch vor allem in der Einschränkung der persönlichen Kontaktmöglichkeiten zu sehen. Bei nicht-physischen Kontakten gab es hingegen deutliche Zunahmen in den Wochenstunden (Telefon: von 0,6 auf 4,1 Stunden pro Woche, Video: von 0,9 auf 4,9 Stunden pro Woche) gegenüber der Phase vor dem Lockdown.

In Übereinstimmung mit früheren Studien ist die Arbeitszufriedenheit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch in dieser schwierigen Situation relativ hoch; rund 70 Prozent der Befragten sind zumindest „etwas zufrieden“ mit ihrer Tätigkeit. Auch das Wohlbefinden ist relativ hoch und die emotionale Erschöpfung gering; hier zeigen sich die besten Einschätzungen in der Gruppe der älteren Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (55 Jahre und älter) und bei solchen, die ihre Praxis im ländlichen Umfeld haben. Keine Unterschiede finden sich hier zwischen den psychotherapeutischen Clusterzugehörigkeiten. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können sich insgesamt gut von ihrer Arbeit abgrenzen, wobei dies den männlichen Kollegen nach ihrer eigenen Einschätzung noch etwas besser gelingt.

### **Erfahrungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den neuen Medien**

Die höchste Zufriedenheit mit der Tätigkeit findet sich bei persönlichen Kontaktmöglichkeiten, und dies insbesondere in den humanistischen und psychodynamischen Clustern. Im Vergleich dazu ist die Zufriedenheit mit Telefon- und Videokontakten insgesamt verringert. Eine spezifische

Ursache dafür, insbesondere für den Bereich der Videotelefonie, könnte die im Mittel eher durchschnittliche Erfahrung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Informations- und Kommunikationstechnologien (Computer etc.) sein. Trotzdem schätzten rund 50 Prozent der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten ein, dass sie die Möglichkeiten der Sprach- und insbesondere Videotelefonie auch nach dem Abklingen der Pandemie weiter nützen werden.

### **Veränderung von Themen in psychotherapeutischen Prozessen**

Nach den Einschätzungen der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten haben sich bereits in den ersten Wochen des Lockdowns die Themen in den therapeutischen Prozessen deutlich verändert (Einschätzungen von 1–5, 5 entspricht dabei einer hohen Ausprägung). Nach den vorliegenden Befunden zeigen die Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten vermehrt Ängste und Sorgen ( $M = 4,25$ ), Einsamkeit ( $M = 4,20$ ), finanzielle Krisen ( $M = 3,97$ ), berufliche Krisen ( $M = 3,93$ ) und Niedergeschlagenheit ( $M = 3,8$ ).

### **Ausblick**

Der massive Rückgang der psychotherapeutischen Leistungen in der ersten Phase der Pandemie verweist auf Versorgungsdefizite in einer angespannten Situation, in der insgesamt von einer Zunahme psychosozialer Problemlagen auszugehen ist. Dazu kommen noch die ökonomischen Belastungen der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten durch den Ausfall der Patientinnen/Patienten und Klientinnen/Klienten. Gleichzeitig verweisen die Einschätzungen zur Qualität des Arbeitslebens auf die insgesamt hochwertige Arbeitssituation der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und deren Resilienz. Wir erwarten uns von den Erhebungen im zweiten Lockdown weitere Hinweise auf die zeitliche Dimension dieser Veränderungen.

## **3.1.2 Beobachtungen, Empfindungen und Reflexionen von Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten während der COVID-19-Pandemie**

*Studie 2 des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)*

### **Fragestellung**

Zu Beginn der COVID-19-Krise wurden in der niedergelassenen Gesundheitsversorgung Ordinationen und Praxen weitgehend geschlossen und nach Möglichkeit auf Versorgung via Telekommunikation umgestellt. Die Honorierung von Telepsychotherapie wurde seitens der Gesundheitsbehörde und Sozialversicherungsträger rasch und unbürokratisch ermöglicht. Damit ist Telepsychotherapie, der viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis dahin mit Skepsis begeg-

neten, plötzlich zur Routinepraxis geworden. In der vorliegenden Längsschnittstudie wurde untersucht, wie der plötzliche Umstieg bewältigt wurde, wie erfahren sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Telepsychotherapie fühlen und wie sich dieses Gefühl über die Zeit verändert hat. Weiters wurde untersucht, welche Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung wahrgenommen werden. Es ist noch wenig bekannt darüber, wie sich eine lang andauernde, alle Lebensbereiche erfassende und kaum vorhersagbare pandemische Krise auf die Lebens- und Arbeitssituation von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auswirkt. Die Studie befasst sich daher mit Beobachtungen, Empfindungen und Reflexionen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten während der Krise, ihrer Selbsteinschätzung hinsichtlich Lebensqualität, Resilienz und affektiver Gestimmtheit. Das Mixed-Methods-Forschungsdesign ermöglicht über die Auswertung offener Fragen detaillierte Einblicke in die Lebens- und Arbeitssituation von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren Sorgen, Ängste und Zukunftserwartungen.

### **Methode, Design und Stichprobe**

Die Erhebung erfolgte auf Basis einer Onlinebefragung über SociSurvey zu drei Testzeitpunkten (t1: 6. 4.–30. 4. 2020, t2: 12. 5.–14. 6. 2020, t3: 20. 11.–19. 12. 2020<sup>7</sup>). Der eingesetzte Fragebogen kombiniert offene und geschlossene Fragen. Die Einladung zur Teilnahme wurde an alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) ausgesendet.<sup>8</sup> Mittels standardisierter Fragebögen wurden folgende Bereiche erhoben: Lebensqualität (WHOQOL-BREF, Angermeyer et al. 2000), Resilienz (CD-RISC-10, Sarubin et al. 2015) und Affektivität (PANAS, Janke und Glöckner-Rist 2012). Die humanistische Orientierung ist bei allen Messzeitpunkten mit über 69 Prozent überrepräsentiert. Beim ersten Messzeitpunkt t1 lagen 175 vollständig ausgefüllte Online-Fragebögen vor, ein Drittel (30,9 %) befand sich noch in Ausbildung unter Supervision. Das Alter lag zwischen 50 und 59 Jahren, 79,4 Prozent waren weiblich. Beim zweiten Messzeitpunkt t2 lagen 177 vollständig ausgefüllte Online-Fragebögen vor, wieder war ein Drittel (32,2 %) in Ausbildung unter Supervision. Das Alter lag zwischen 55 und 59 Jahren, 79,1 Prozent waren weiblich.

### **Ergebnisse**

#### **Umstieg auf Telepsychotherapie und Veränderung der therapeutischen Beziehung**

Die Mehrheit der Befragten hat mit Einsetzen der COVID-19-Krise auf Telepsychotherapie (TP) umgestellt. Bemerkenswert ist, dass auch zum Zeitpunkt der Lockerung des Lockdowns zum

---

7

Da der Messzeitpunkt t3 derzeit noch ausgewertet wird, werden nachfolgend ausgewählte Ergebnisse aus t1 und t2 vorgestellt.

8

Die Auswahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dieser Studie entspricht nicht einer repräsentativen Stichprobe.

Messzeitpunkt t2 eine Mehrheit weiterhin TP oder gemischte Psychotherapie anwendet – ob aus Sorge um die Gesundheit oder aufgrund der Wahrnehmung, dass TP ein probates Mittel zur psychotherapeutischen Arbeit ist, müssen weitere Untersuchungen klären. Es zeigt sich, dass die Erfahrung mit einer Behandlung über spezielle Apps und Videotelefonie signifikant zunimmt sowie Tendenzen bestehen, dass die Erfahrung im Umgang mit neuen Medien im Allgemeinen zunimmt.

Zum ersten Messzeitpunkt t1 nach Beginn des Lockdowns werden je 28 Angaben gemacht, die eine positive (Intensivierung und persönliche Öffnung) und negative (mehr Distanz und Oberflächlichkeit) Veränderung der Qualität der therapeutischen Beziehung bekunden. Zum zweiten Messzeitpunkt t2 werden 35 positive und 23 negative Angaben gemacht. Das bedeutet, dass eher keine Verschlechterung der Qualität der therapeutischen Beziehung wahrgenommen wird. Überraschend ist, dass sich mit der Zeit die Qualität der therapeutischen Beziehung laut den Angaben der Befragten auch verbessert. Auffällig ist, dass zu t1 22, jedoch zu t2 lediglich neun Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten von Einschränkungen bezüglich der vollsinnlichen Wahrnehmung durch Telefon oder Video sprechen. Dies spricht sicherlich für die Adaptierungsfähigkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

### **Veränderung der Lebensqualität, Resilienz und affektiven Gestimmtheit**

Die Studie zeigt, dass die Befragten sowohl während des Lockdowns im Frühjahr 2020 als auch danach ihre Lebensqualität als hoch einschätzen. Allerdings lässt sich feststellen, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren psychotherapeutische Tätigkeit die einzige Einkommensquelle war, während der Phase des Lockdowns (t1) trotz des Umstiegs auf Onlinetools eine leichte Verringerung der Lebensqualität angeben. Dies ist vermutlich Sorgen um finanzielle Einbußen oder Einkommensverlusten geschuldet. Mit der Phase der Lockerung (t2) kam es wieder zu einer Angleichung der Lebensqualität.

In Hinblick auf die Selbsteinschätzung zu Resilienz wurde deutlich, dass diese zu beiden Messzeitpunkten als hoch eingeschätzt wurde. Hier spielte die Frage, ob Psychotherapie die einzige Einnahmequelle war, keine Rolle.

Die guten Selbsteinschätzungswerte bei Lebensqualität und Resilienz schlagen sich auch in den Werten zur Affektivität nieder. Die positive Affektivität ist zu jedem Messzeitpunkt eher hoch, negative Affektivität niedrig ausgeprägt. Ob Psychotherapie die einzige Einkommensquelle ist, wirkt sich nur sehr geringfügig auf die Affektivität aus. Insgesamt betrachtet bewältigen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten allen Widrigkeiten zum Trotz die Krise bemerkenswert gut.

### **Ausblick**

Es wurde eine Reihe positiver Erwartungen und Zukunftsszenarien artikuliert, vor allem in Bezug auf eine positive Veränderung von Werten in der Gesellschaft. In Bezug auf Veränderungen im Gesundheitssystem wird ein Aufschwung für die Psychotherapie erwartet, besonders für Telepsychotherapie und deren gesetzliche Verankerung. Die Ergebnisse legen nahe, in Ausbildung, Forschung und Gesetzgebung die Telepsychotherapie in Zukunft stärker zu berücksichtigen.

## Literatur

- Angermeyer, M. C.; Kilian, R.; Matschinger, H. (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF – Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen
- Boldrini, T.; Lomoriello, A. S.; Del Corno, F.; Lingiardi, V.; Salcuni, S. (2020): Psychotherapy during COVID-19: How the clinical practice of Italian psychotherapists changed during the pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 591170
- Hickel, J.; Korunka, C. (2005): Job burnout among Austrian psychotherapists. In: Korunka, C.; Hoffmann, P. (Eds): *Change and Quality in Human Service Work (Organizational Psychology and Health Care, Volume 4, Series editors: Peiro, J. M.; Schaufeli, W.)*. Hampp Publishers, München, 227–240
- Janke, S.; Glöckner-Rist, A. (2012): Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). <https://doi.org/10.6102/zis146>
- McBeath, A. G.; du Plock, S.; Bager-Charleston, S. (2020): The challenges and experiences of psychotherapists working remotely during the coronavirus pandemic. *Counseling and Psychotherapy Research*, 2020, 1–12
- Probst, T.; Stippl, P.; Pieh, C. (2020): Changes in provision of psychotherapy in the early weeks of the COVID-19 lockdown in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3815
- Sarubin, N.; Gutt, D.; Giegling, I.; Bühner, M.; Hilbert, S. et al. (2015): Erste Analyse der psychometrischen Eigenschaften und Struktur der deutschsprachigen 10- und 25-Item-Version der Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(3), 112–122

## 3.2 Teletherapie von Kindern und Jugendlichen – CoronaRecap

*Mercedes Huscsava, Oswald Kothgassner, Christian Scharinger, Theres Graf, Katrin Skala und Paul Plener*

Die Evaluierung der Transition zu Behandlung per Videocall bei psychiatrisch erkrankten Jugendlichen mittels qualitativ-quantitativen Forschungszugangs erfolgte auf Basis von Interviews. Das Ergebnis zeigt, dass der Großteil der Jugendlichen profitiert. Der größte Unterschied bei negativem Urteil ist ein geringeres Maß an wahrgenommener sozialer Unterstützung. (siehe Poster im Anhang)

### 3.3 Auswirkungen der COVID-19-Krise auf das Erleben von psychisch erkrankten Personen im Kombinationssetting von gruppen- und einzelpsychotherapeutischer Behandlung

*Hannah Bischof, Günter Dietrich, Markus Hochgerner, Vanja Poncioni-Rusnov, Aglaja Przyborski und Klaus Schulte*

Folgen der COVID-19-Pandemie und der entsprechenden Maßnahmen (Ausgangsbeschränkungen, Betretungsverbote, ...) werden für den Bereich der psychischen Gesundheit medial intensiv diskutiert. Insbesondere die Verringerung sozialer Kontakte, existenzielle und finanzielle Sorgen und Angst vor der Erkrankung selbst stellen Belastungsfaktoren dar. In nationalen und internationalen Studien konnten Hinweise auf Steigerungen von depressiven Symptomen, Schlafstörungen und Angstsymptomen in der Allgemeinbevölkerung gefunden werden. Erste Vergleichsstudien weisen darauf hin, dass bei Menschen mit psychiatrischen Vorerkrankungen ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung erhöhtes Risiko besteht, auf die Krisensituation mit einer intensivierten Stressreaktion bis hin zur Vollsymptomatik einer posttraumatischen Störung zu reagieren.

#### Studiendesign und Methodik

An der ÖAGG-Psychotherapeutischen Ambulanz (PTA) wurde in einer multimethodischen Studie die Veränderung des Belastungserlebens und der Symptomatik von 427 Patientinnen und Patienten, die sich in einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung mit begleitender Einzelpsychotherapie befinden, retrospektiv mit einem Kurzfragebogen erfasst. Es wurden zwölf qualitative narrative Interviews mit Patientinnen/Patienten geführt, die tiefere Einblicke in Belastungen und Bewältigungsstrategien für den Umgang mit einer krisenhaften Zeit ermöglichen. Für die Auswertung der Perspektive der Behandler/-innen wurden Gruppendiskussionen einer fortlaufenden Interventionsgruppe von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten aus der Arbeit mit 13 Gruppen tiefenhermeneutisch untersucht. Dabei wurde auf Aspekte der Psychodynamik der Patientinnen/Patienten, der Gruppendynamik der Therapiegruppen sowie auf die Gegenübertragung der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten fokussiert.

#### Ergebnisse

Aus den Analysen der **Patientenfragebögen** wird ersichtlich, dass 55,5 Prozent der Patientinnen und Patienten während des Lockdowns das Angebot der Online- oder Telefonpsychotherapie angenommen haben. 76 Prozent empfanden diesen Kontakt als hilfreich oder sehr hilfreich.

64,1 Prozent der Patientinnen und Patienten geben an, sich auf den Wiederbeginn der Gruppentherapie gefreut zu haben. Dabei hängen Freude auf den Wiederbeginn und Angst vor Ansteckung signifikant zusammen ( $r = 0,47$ ); jene Patientinnen und Patienten, die mehr Angst haben, freuen sich weniger.

Am stärksten hinsichtlich der Symptombelastung wurde von 49,4 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Zunahme von Traurigkeit angegeben, weiters hoch in der Symptomatik liegen folgende Faktoren: Verzweiflung, Angst, Einsamkeit, Sorge um die Gesundheit Angehöriger. Dabei zeigen sich signifikant mehr Gefühle der Einsamkeit und der Traurigkeit, wenn die Patientinnen und Patienten nicht in einer Partnerschaft leben, dafür erscheinen signifikant mehr Wut, Sorge um die Gesundheit Angehöriger und Zeitdruck bei verheirateten Patientinnen und Patienten. Frauen erscheinen in den Fragebogendaten signifikant vulnerabler bezüglich Schlafproblemen, Traurigkeit, Verzweiflung, Angst, Sorgen um den Beruf, Konflikten mit dem Partner, Sorge um die Gesundheit Angehöriger.

Die vorliegende psychische Grunderkrankung spielt eine Rolle bezüglich der Veränderung der Symptomatik. So haben etwa Patientinnen und Patienten mit Angststörungen einen signifikanten Anstieg bei Traurigkeit und Angst, mit Depression einen signifikanten Anstieg bei Schlafstörungen, Gefühlen der Sinnlosigkeit, Traurigkeit, Verzweiflung sowie bei Geldsorgen und Zeitdruck. Patientinnen und Patienten mit psychosomatischer Symptomatik berichten mehr Schlafschwierigkeiten, Traurigkeit, Verzweiflung, Angst und Geldsorgen, mit Persönlichkeitsstörungen weniger Angst um die eigene Gesundheit. Patientinnen und Patienten mit Suchtproblematik konsumieren mehr Alkohol und Drogen und beschreiben ein stärkeres Gefühl von Sinnlosigkeit.

Die **Ergebnisse der Auswertung der Gruppendiskussionen der behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** werden hier auf Aspekte der Psychodynamik der Patientinnen/Patienten sowie auf die Gegenübertragung der Therapeutinnen/Therapeuten zentriert: Bei den Patientinnen/Patienten wird besonders eine Zunahme von Depression und Angst, Vereinsamung und Ärger wahrgenommen. Dabei erscheinen zahlreiche Befunde zu krisenhaftem Erleben sowie zu individuellen Abwehr- und Bewältigungsversuchen. Zugleich zeigen sich wiederholt Muster von persönlichen Entwicklungsanstößen mit positiven Wirkungen sowie von „paradoxe Entlastung“. Persönliche Entwicklungsanstöße umfassen einerseits positive Besetzungen, die weiterführend zum Konzept des primären Krankheitsgewinns direkte Vorteile für die eigene Person in der Zeit des Corona-Lockdowns zum Inhalt haben. Darunter fallen subjektive Bewertungen, die Zeit des Lockdowns in ihrer deutlichen Unterschiedlichkeit zum Alltagsleben vorher positiv für sich nutzen zu können. „Paradoxe Entlastung“ benennt das Phänomen, dass, besonders bei zwanghafter und sozialphobischer Symptombelastung, die Zeit des Lockdowns als positive Angleichung an die Normalbevölkerung erlebt werden konnte, allerdings nur mit kurzfristiger Wirkungsdauer. In den Gegenübertragungsphänomenen der Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten gibt es zahlreiche Bezüge zu Angst, Aggression, Trauer und Vereinsamungsgefühlen. Spezifische Angstgefühle bei den Therapeutinnen und Therapeuten waren Ansteckungsängste, Angst vor der Aggression der Gruppe, Angst vor eigenen professionellen Regelverstößen sowie Überflutungsängste in einer krisenhaften Zeitperiode. Eine weitere gruppenspezifische Erlebensform war bei den Therapeutinnen /Therapeuten die Freude auf den Wiederbeginn mit der eigenen Gruppe. In der Auswertung werden Hinweise auf wechselseitige Zusammenhänge zwischen der Gegenübertragung der Therapeutinnen/Therapeuten und der Gruppendynamik der Therapiegruppen ersichtlich.

Zur **Auswertung der narrativen Patienteninterviews** liegen vorerst nur Zwischenergebnisse vor. Es finden sich Belege für die Verstärkung von Depression, Angst, Vereinsamung und Ärgerbelastung

bei den untersuchten Patientinnen und Patienten. Auch in diesem Untersuchungsteil werden Phänomene von persönlichen Entwicklungsanstößen sowie von „paradoxe Entlastung“ ersichtlich. Besonders wird in den Interviews deutlich, dass starke Unterschiede im individuellen innerpsychischen Bewältigungsvermögen bestehen, die mit Ausprägungsmerkmalen der Persönlichkeitsstruktur sowie mit situativer Vulnerabilität in Zusammenhang stehen können.

## Diskussion

Auf Basis der **erhobenen Daten** kann die hohe Wichtigkeit der laufenden Psychotherapie sowie die insgesamt positive Bewertung der Gruppentherapie für die vorliegende Stichprobe belegt werden. Die COVID-19-Krise ging für die untersuchten Patientinnen/Patienten mit deutlichen psychosozialen Belastungen einher, am stärksten im Anstieg depressiver Stimmung. Gruppenpsychotherapie wurde in der Zeit nach dem Lockdown trotz bestehender Ansteckungsängste gern in Anspruch genommen.

Im Hinblick auf die in der COVID-19-Krise aufgetretenen Angstgefühle unterscheiden sich die Befunde der vorliegenden Studie in den einzelnen Untersuchungsteilen: In der bewussten Selbstbeschreibung der Betroffenen ist nur ein tendenzieller Anstieg bei den Angstgefühlen ersichtlich, in der qualitativen Auswertung, die unbewusste Erlebensinhalte miteinbezieht, zeigt sich ein markantes Ausmaß der Belastung der Patientinnen und Patienten durch Angst. Zur Bewertung der vorgefundenen unterschiedlichen psychischen Effekte bei den Patientinnen und Patienten in der Lockdown-Zeit erscheint wesentlich, dass es sich um eine Stichprobe in aufrechter Behandlung handelt; die psychische Situation von Betroffenen unbehandelter psychischer Erkrankungen könnte erheblich differieren.

Die vorliegenden Daten verweisen zudem für die psychotherapeutische Arbeit in einer gesellschaftlichen Krisensituation auf eine hohe Bedeutung der Beachtung und Bearbeitung der Gegenübertragung der behandelnden Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten.

## 3.4 Zwischen Skylla und Charybdis oder „Auf in neue Gewässer!“

*Margarethe Finger-Ossinger*

Internetberatung ist in Österreich durch die Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten festgelegt, jedoch erlaubt diese nicht die psychotherapeutische Behandlung mittels Medien. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass derzeit keine Psychotherapie via Internet im Sinne eines wissenschaftlich begründeten und evaluierten Vorgehens zugelassen ist. Interesse, dies zu ändern, gibt es schon seit Jahren; die Herausforderungen der Lockdown-Situation während der COVID-19-Krise haben es – zumindest zeitlich beschränkt im Sinn einer Notmaßnahme für die Betreuung der Patientinnen und Patienten – ermöglicht.

Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sehen sich vielleicht nun gefordert, zu überlegen und zu argumentieren, inwieweit einerseits die möglichen Vorteile technischer Medien und/oder andererseits eigene (bewusste oder unbewusste) Wünsche und Bedürfnisse die Verwendung technischer Medien bei der Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung im Sinn des Psychotherapiegesetzes rechtfertigen.

Die reflektierten Erfahrungen, die Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Klientinnen/Klienten mit dieser ausnahmsweise erlaubten Form von Psychotherapie gemacht haben, könnten ein Beitrag dazu sein, herauszufinden, ob Psychotherapie – weitere Forschung vorausgesetzt – auch mittels technischer Medien durchgeführt werden könnte, welche Faktoren zu beachten wären, oder ob Psychotherapie immer und ausschließlich unmittelbar, im engeren Verständnis dieses Wortes im Sinn der körperlichen Realpräsenz von Psychotherapeut/-in und Klient/-in im gleichen realen Raum, fachlich vertretbar ist. Daher erscheint folgende Fragestellung zentral.

### **Fragestellung**

Widerspricht ein psychotherapeutisches Setting mittels technischer Medien (insbesondere mit Skype, Zoom, ...) einer optimalen und ethisch verantworteten Psychotherapie im Sinn des Psychotherapiegesetzes?

### **Vorüberlegungen und Methode**

Um möglichst spontane Einfälle der Interviewpartner/-innen zu ermöglichen, wurde zur Datenerhebung das episodische Interview gewählt (Flick 2007). Ziel des episodischen Interviews ist es, sowohl semantisches als auch episodisches, also situativ gestütztes, Wissen von Interviewpartnerinnen und -partnern zu erfassen.

### **Erhebung der Daten**

Es wurden jeweils halb- bis einstündige Interviews mit 13 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, zwei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision aus unterschiedlichen Schulen und 23 Klientinnen/Klienten, darunter drei IT-Spezialisten, mit unterschiedlichen Diagnosen geführt.

Die offene Impulsfrage war in allen Interviews: „Haben Sie während der COVID-19-Krise Erfahrungen mit mediengestützter Psychotherapie gemacht und können Sie Unterschiede zum üblichen persönlichen Setting für sich feststellen?“ Es wurde der freien Assoziation der Interviewpartner/-innen im Sinne des episodischen Interviews gefolgt.

Von den 23 Klientinnen und Klienten, die für ein Interview zur Verfügung standen, nahmen während der COVID-19-Krise elf das Angebot an, mit ihren Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten mittels elektronischer Medien in Kontakt zu bleiben. Die anderen wollten warten, bis wieder ein persönlicher Kontakt im gewohnten Praxisraum möglich sei.

Von den 15 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (in Ausbildung unter Supervision) boten zwei auch während der COVID-19-Krise ausschließlich Psychotherapie im üblichen Setting an und wurden deshalb mangels Erfahrung mit technischen Medien nicht in die Untersuchung eingeschlossen. Von den verbleibenden 13 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (zwei davon in Ausbildung unter Supervision) gaben sechs an, Erfahrungen mit Psychotherapie mittels Zoom oder Skype gemacht zu haben, sieben (davon zwei in Ausbildung unter Supervision) sammelten Erfahrungen mit Telefonkontakten. Alle 13 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (davon zwei in Ausbildung unter Supervision) wurden in die Untersuchung mit eingeschlossen.

## **Auswertung**

Die Auswertung erfolgte mittels thematischer Analyse nach Braun und Clarke (2006). Die transkribierten Texte wurden in einer ersten Phase mehrmals gelesen, Paraphrasen generiert und Kategorien gebildet. Dabei wurden Aussagen der Klientinnen/Klienten, zusätzlich relevante Aussagen von Klientinnen/Klienten aus der IT zu technischen Voraussetzungen und Gegebenheiten, sowie Aussagen von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (in Ausbildung unter Supervision) zusammengeführt und mit Überbegriffen versehen.

## **Ergebnisse**

### **1. *Sicherheit:***

Sowohl bei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (in Ausbildung unter Supervision) als auch bei Klientinnen/Klienten war Sicherheit ein großes Thema: Fragen tauchten auf, inwieweit durch die Einbindung technischer Medien Anonymität und Diskretion (mögliche Anwesenheit nicht erkennbarer Dritter) zu garantieren sei, bis hin zur Sorge wegen strafrechtlicher Konsequenzen etwa im Zusammenhang mit dem Datenschutz.

Aber auch der Mangel an emotionaler Sicherheit durch nicht vorhandene Realpräsenz im Falle einer krisenhaften Entwicklung während einer Psychotherapiesitzung wurde angesprochen: Eine solche emotionale Unsicherheit verhindere möglicherweise das Einlassen auf tiefere Gefühlsprozesse.

### **2. *Methode:***

Selten wird in Frage gestellt, ob die eigene psychotherapeutische Methode geeignet sei, mittels technischer Medien angeboten zu werden bzw. in welcher Form eine Adaptierung notwendig sei (ein Klient, eine Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision).

### **3. *Sinnliche Wahrnehmungsmöglichkeiten:***

Das Thema Sinneswahrnehmung wurde von fast allen Interviewten angesprochen. Die Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten merkten an, dass die sinnliche Körperwahrnehmung fehle: optisch, olfaktorisch, akustisch und haptisch. Mögliche Folge könne eine zunehmende Unaufmerksamkeit sein. Diese wurde sowohl von Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten als auch von Klientinnen/Klienten berichtet.

4. *Veränderungsprozesse:*

Situationswechsel, Umgebungswechsel mache es möglich, die eigene Perspektive zu verändern, was für den psychotherapeutischen Prozess ein grundlegendes Moment darstelle. Dies wurde sowohl von den Klientinnen/Klienten als auch von den Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten angemerkt.

5. *Finanzielle Aspekte:*

Eine mögliche Raum- und Wegekostensparnis oder die Hoffnung auf eine Zunahme an Klientinnen/Klienten wurde nur einmal erwähnt.

### Offene Diskussionspunkte

1. Kann Psychotherapie mittels Medien die benötigte emotionale, rechtliche und technische Sicherheit bieten? Gibt es Unterschiede in Bezug auf das Sicherheitsbedürfnis bei Klientinnen/Klienten (z. B. Diagnosen)?
2. Welche Methoden sind unter welchen Bedingungen geeignet, Psychotherapie mittels technischer Medien anzubieten?
3. Wie verändert sich der psychotherapeutische Prozess, wenn nicht alle Sinnesqualitäten oder die Möglichkeiten zum Perspektivenwechsel einbezogen werden können?
4. Inwieweit spielen bei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten unbewusste Prozesse mit, Psychotherapie mittels Medien anzubieten bzw. bei Klientinnen/Klienten, diese Form bevorzugt in Anspruch zu nehmen?

## 3.5 Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten von COVID-19 unter Zuhilfenahme von Online-tools. Möglichkeiten und Grenzen

*Dina Weindl, Jessica Peper-Bösenkopf, Martina Haiderer, Verena Singer, Karin Zajec und Michaela Haslinger<sup>9</sup>*

In der Zeit von 16. 3. bis 30. 4. 2020 wurde in Österreich das gesellschaftliche Leben im Rahmen eines Lockdowns als Maßnahme zur Eindämmung von COVID-19 massiv eingeschränkt. Der vorliegende Bericht stellt Teilergebnisse eines groß angelegten Forschungsprojektes zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen während dieses Zeitraums vor.

---

9

Für die Unterstützung in der inhaltlichen und methodischen Umsetzung der vorliegenden Forschungsstudie bedankt sich das Projektteam bei Dr. Rainer Fliedl und Anna Kaltenberger, MSc. Der Abteilung Landeskliniken und Landesbetreuungsstellen (GS7) des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung sei für ihre Bereitschaft, das Projekt zu unterstützen, ebenfalls herzlich gedankt.

## Forschungsfrage

Ausgehend von der Annahme, dass Onlinemedien bzw. das Telefon während des Lockdowns vielerorts die einzigen Möglichkeiten darstellten, die Behandlung oder Beratung aufrechtzuerhalten, werden Schwierigkeiten und Vorteile, die sich dadurch ergaben, erfasst. Insbesondere interessiert, ob (1) der Entfall des persönlichen Face-to-face-Kontaktes zu einer deutlichen Veränderung im Behandlungsverlauf und insbesondere in der Beziehungsgestaltung führt, (2) eine mangelnde Privatsphäre und fehlende technische Ausrüstung ein Hindernis darstellen, (3) die vermehrte Nutzung von Onlinemedien in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen während des Lockdowns Hinweise auf Vorteile der beschriebenen Kommunikationstools liefert, die für die weitere Arbeit genutzt werden können.

## Studiendesign und Stichprobenbeschreibung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden mittels eines Multi-Methoden-Ansatzes sowohl quantitative als auch qualitative Daten durch Interviews erhoben. Die insgesamt 47 etwa 60-minütigen Interviews wurden durch sechs Klinische und Gesundheitspsychologinnen online durchgeführt.

Die hier dargestellten Ergebnisse beruhen auf einer quantitativen Datenanalyse von 40 Interviews mit Fachkräften verschiedener Sozial- und Gesundheitsberufe (82,5 % Frauen, 17,5 % Männer) sowie einer qualitativen Inhaltsanalyse von insgesamt zehn zufällig ausgewählten Interviews [Teilnehmerinnen: weiblich, zwischen 25 und 69 Jahre alt; 3 Psychologinnen, 2 Psychotherapeutinnen, 1 Elementarpädagogin, 3 funktionelle Therapeutinnen und 1 Jugendcoachin; tätig an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung (6), im niedergelassenen Bereich (2), an einer Beratungsstelle (1), in einem Kindergarten (1), in einem anderweitigen, nicht näher benannten Setting (1)].

## Ergebnisse

Im Kontakt mit Kindern, Jugendlichen und Eltern haben 80 Prozent der Professionistinnen/Professionisten das Telefon verwendet. 62,5 Prozent haben Videotelefonie, 42,5 Prozent E-Mail, 25 Prozent Nachrichtendienste wie SMS oder WhatsApp und 2,5 Prozent Facebook eingesetzt.

### *Schwierigkeiten:*

Die Interviewteilnehmerinnen berichteten, dass ein persönlicher Kontakt seitens der Klientinnen/Klienten, aber auch von den Fachkräften wiederholt gewünscht wurde, aber aufgrund des Lockdowns nicht möglich war. Dies wirkte sich einschränkend auf die Behandlung aus. Wiederholt wurde bedauert, dass als wichtig erachtete Wahrnehmungsprozesse, also all das, *„was wir mit allen anderen Sinnen als dem Ohr aufnehmen können“* (MiHa04, w, 30–34), fehlen und dadurch Informationen verloren gehen. Als problematisch wurden zudem der Vertrauensaufbau sowie die Beziehungsarbeit beschrieben. Gewohnte beziehungsstiftende Elemente sind z. B. mehr auf die sprachliche Ebene beschränkt: *„Ich kann dem Klienten gegenüber keine fürsorgliche Geste geben*

*[...], Wasser einschenken, ein Taschentuch reichen. Solche handelnden Gesten. Ich bin auf das Verbale eingeschränkt.“* (KaZa01, w, 45–49)

Die Behandlung konnte vielfach nicht wie geplant durchgeführt und Methoden mussten verändert werden. Viele Interviewpartnerinnen betonten, dass normalerweise verwendete Materialien nicht mehr benutzt werden konnten. Wiederholt wurde auch eine Veränderung der Behandlungs-/Betreuungsinhalte benannt:

*„... das, was wir da am Telefon gemacht haben, [...] also, dass man das gar nicht als Therapie bezeichnen kann, sondern es ist bestenfalls Beratung und Krisenintervention. [...] Aber therapeutische Prozesse waren, glaub ich, kaum, also waren nicht möglich, würde ich sagen.“* (MiHa03, w, 30–34)

Die Privatsphäre schien in einer Zeit, in der nahezu alle Haushaltsmitglieder viel Zeit zu Hause verbrachten, eine besondere Herausforderung darzustellen – sowohl für Fachkräfte als auch für die Klientinnen/Klienten und deren Eltern.

Weitere genannte Schwierigkeiten bezogen sich auf die Ablehnung der angebotenen Kommunikationsmedien, technische und organisatorische Schwierigkeiten sowie eine mangelnde Verbindlichkeit der telefonischen oder webbasierten Behandlung.

Bemerkt wurde zudem, dass Jugendliche eine größere Hemmschwelle zu überwinden hatten, da es nicht mehr möglich war, Freundinnen/Freunde zu Terminen mitzubringen oder in einem niederschweligen Beratungssetting einfach einmal vorbeizukommen. Gespräche mit Dolmetsch/-in konnten nicht oder nur mit großem Organisationsaufwand stattfinden.

Als ungewöhnlich *anstrengend* (MaHa05, w, 45–49) wurde das Behandlungssetting über Telefon und Video beschrieben. Einen Mittelweg zwischen Abgrenzung und Erreichbarkeit im Homeoffice zu finden, schien eine weitere Herausforderung zu sein.

#### *Vorteile:*

Als wesentliches Vorteil der Nutzung von Telefon und Onlinemedien während des Lockdowns benannten viele Interviewteilernehmerinnen, eine Behandlungskontinuität gewährleisten zu können. Sie betonten zudem, dass ein niederschwelligeres Behandlungssetting entstand, in dessen Rahmen rascher Vertrauen aufgebaut und eine größere Offenheit erzielt werden konnte. Die Anonymität gegenüber der Umwelt, also dass der Besuch einer Therapie- oder Beratungseinrichtung weniger öffentlich war und dass auch Personen, die aufgrund von Krankheit, Armut oder großer räumlicher Distanz in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, psychosoziale Angebote in Anspruch nehmen können, wurde als weiterer Vorteil gesehen.

Während des Lockdowns schien seitens der Professionistinnen eine hohe Bereitschaft zu zeitlicher Flexibilität zu bestehen:

*„Und es sind auch die Termine leichter zu vergeben. Man kann sich das besser einteilen. Und ich war da zugegeben sehr flexibel, weil ich dann auch einmal am Abend auch mit den Eltern telefoniere, wenn die Kinder schon im Bett sind. Also dass man da schon Möglichkeiten hat, wo die Leute sich ein bisschen wohler fühlen.“ (DiWE02, w, 40–44)*

Gleichzeitig wurden die Zeitersparnis durch den Wegfall der Wegzeit und die flexiblere Stunden-gestaltung hervorgehoben: Die häufige Anwesenheit der Erziehungsberechtigten schien nicht nur Nachteile zu bringen, sondern führte teils zu einer höheren Compliance der Eltern.

Ein größerer Einblick in das Zuhause, in den Lebensraum der Kinder und Jugendlichen, der inner-halb des gewohnten Beratungs- oder Praxisraumes nicht entstehen könne, wurde ebenfalls positiv hervorgehoben.

### **Ausblick**

Eine Auswertung des gesamten Interviewmaterials soll einen weiteren Einblick in die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten von COVID-19 geben. Es wird der Frage nachgegangen, wie gut der Kontakt weiter gehalten werden konnte und ob signifikante Kontaktabbrüche zu verzeichnen waren. Überlegungen zur zukünftigen Verwendung von Onlinemedien sowie eine detaillierte Analyse der veränderten Methoden und Behandlungsinhalte scheinen für eine weitere praktische Tätigkeit relevant.

Für die weitere Arbeit des Kindernetzwerks Industrieviertel stellt sich die Frage, inwieweit eine – in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich hochnotwendige – Vernetzungstätigkeit während dieser sensiblen Phase gelingen konnte.

## **3.6 Nutzung und Akzeptanz von Teletherapie und Video im Lockdown**

*Andrea Jesser, Bernd Lunglmayer und Johanna Muckenhuber*

Die Maßnahmen der sozialen Distanzierung aufgrund der COVID-19-Pandemie haben viele Therapeutinnen und Therapeuten dazu veranlasst, für ihre psychotherapeutische Tätigkeit digitale Medien und Telefon zu nutzen.

### **Studiendesign**

Im Zeitraum von 7. bis 22. 5. 2020 wurde unter den Mitgliedern der ÖGATAP eine Befragung aller Therapeutinnen und Therapeuten zu ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit zum Zeitpunkt der Ausgangsbeschränkungen durchgeführt. Die Umfrage wurde mittels *LimeSurvey* an Therapeutin-

nen/Therapeuten und Therapeutinnen/Therapeuten i. A. u. S. aus den Methoden Katathym Imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogene Psychotherapie ausgesandt. 221 Therapeutinnen und Therapeuten beantworteten die Umfrage.

Die quantitativen Fragen des Fragebogens wurden mittels SPSS statistisch ausgewertet. Die qualitativen Fragen wurden inhaltsanalytisch computergestützt mittels Atlas.ti analysiert. Von den Befragten waren 8,5 Prozent unter zwei Jahre psychotherapeutisch tätig, 19,9 Prozent waren zwischen 2,1 und 5 Jahre, 22,4 Prozent zwischen 5,1 und 10 Jahre, 25,4 Prozent zwischen 10,1 und 20 Jahre und 23,9 Prozent der Befragten gaben an, bereits länger als 20 Jahre psychotherapeutisch tätig zu sein. 14 Prozent der Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung unter 40 Jahre alt, 65,8 Prozent waren zwischen 41 und 60 Jahre alt und 19,8 Prozent waren 61 Jahre alt oder älter. 81,4 Prozent Frauen und 18,6 Prozent Männer beteiligten sich an der Befragung.

### **Quantitative Ergebnisse**

Die Ergebnisse zeigen, dass vor der Pandemie nur 5,6 Prozent der Befragten oft oder immer wieder Telepsychotherapie anboten, bzw. gaben 18,6 Prozent an, vor der Pandemie selten Telepsychotherapie angeboten zu haben. Während der Zeit der Ausgangsbeschränkungen boten hingegen über 70 Prozent der Befragten Telepsychotherapie via Telefon oder Videotelefonie an. Ihre Einstellung zu Telepsychotherapie veränderte sich im Laufe der Pandemie und durch ihre Erfahrungen. So beschreiben 57,4 Prozent der Therapeutinnen/Therapeuten ihre Haltung gegenüber Telepsychotherapie vor der Pandemie als kritisch oder sehr kritisch. Dieser Anteil verringerte sich auf 15,9 Prozent zum Zeitpunkt der Befragung. Es konnten keine Unterschiede in der Haltung zur Telepsychotherapie nach Alter oder Geschlecht festgestellt werden. Die Ergebnisse legen nahe, dass positive Erfahrungen zu einer Neueinschätzung der Möglichkeiten von Telepsychotherapien geführt haben, wobei die Therapeutinnen/Therapeuten sowohl Einschränkungen und Schwierigkeiten (84,7 %) als auch Vorteile (68,5 %) durch den Einsatz der Telepsychotherapie erlebten.

In der Inanspruchnahme durch Patientinnen/Patienten zeigten sich kaum Unterschiede. So berichteten 48,1 Prozent der Therapeutinnen/Therapeuten, dass Patientinnen/Patienten mit krankheitswertigen Störungen und 51,1 Prozent, dass Patientinnen/Patienten ohne krankheitswertige Störungen Telepsychotherapie in Anspruch nahmen. 54,9 Prozent der Therapeutinnen/Therapeuten hatten Patientinnen/Patienten mit affektiven Störungen in Behandlung, 58,3 Prozent Patientinnen/Patienten mit psychosomatischen Störungen, 31 Prozent Patientinnen/Patienten mit wahnhaften Störungen und 34,7 Prozent Patientinnen/Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

### **Qualitative Ergebnisse**

In der qualitativen Auswertung zeigte sich, dass Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sehr häufig hervorhoben, wie die telepsychotherapeutische Arbeit es den Patientinnen/Patienten besser ermöglichen kann, leichter Zugang zu einem psychotherapeutischen Setting zu finden oder dieses aufrechtzuerhalten. Während des Lockdowns konnten Psychotherapien ohne das Risiko einer Ansteckung fortgeführt werden und nach dem Lockdown war und ist die Telepsychotherapie eine Alternative für Patientinnen/Patienten, die einer Risikogruppe angehören oder in Quarantäne sind.

Unabhängig von der Krise entfallen durch die Telepsychotherapie Wegstrecken, wodurch es zeitlich eingeschränkten Patientinnen und Patienten (Beruf, Kinder etc.) leichter möglich ist, Therapiestunden von zu Hause aus wahrzunehmen. Auch Therapeutinnen/Therapeuten selbst geben an, durch die Arbeit aus dem Homeoffice zeitlich flexibler zu sein und dadurch rascher Termine anbieten zu können. Durch die räumliche Unabhängigkeit können Therapiestunden auch stattfinden, wenn Patientinnen/Patienten umziehen, auf längeren Dienstreisen, Auslandsaufenthalten oder in Urlaub sind. Auch Patientinnen und Patienten, die sehr entlegen wohnen, können leichter Psychotherapie in Anspruch nehmen sowie Patientinnen/Patienten mit Betreuungspflichten zu Hause. Schließlich ist die Telepsychotherapie eine hilfreiche Alternative im Krankheitsfall, bei Bettlägerigkeit oder für Patientinnen und Patienten mit körperlichen Einschränkungen und Behinderungen, welche den Weg in die Praxis erschweren.

In den offenen Antworten wird häufig der *therapeutische Raum* thematisiert: Therapiestunden finden in den Privaträumen der Patientinnen und Patienten statt, was von den Therapeutinnen und Therapeuten meist als zusätzlicher Wahrnehmungskanal und Möglichkeit erlebt wird, sich ein differenzierteres Bild von Patientinnen/Patienten zu machen. Manche Patientinnen/Patienten fühlen sich in der vertrauten Umgebung ihres Zuhauses sicherer. Andererseits kann es schwierig sein, daheim einen sicheren äußeren wie inneren Raum zu etablieren. Vielen Patientinnen und Patienten fehlt eine Rückzugsmöglichkeit, um ungestört zu telefonieren. Anwesende Dritte können ablenken oder stören bzw. haben Patientinnen/Patienten Sorge, jemand könne mithören. Darüber hinaus fehlt der „Übergangsraum“, hergestellt durch die (an einem anderen physischen Ort angesiedelte) Praxis: Belastende Inhalte der Therapiestunde bleiben in den Räumlichkeiten daheim präsent und Patientinnen/Patienten damit allein. Der Weg von der Praxis nach Hause, der Abstand schaffen kann, fällt bei der Telepsychotherapie weg. Schließlich kann das Fehlen des gemeinsamen physischen Raumes auch als Distanz in der therapeutischen Beziehung erlebt werden. Therapeutinnen/Therapeuten beschreiben aufgrund der eingeschränkten Wahrnehmungskanäle Schwierigkeiten, sich emotional auf Patientinnen/Patienten einzuschwingen, und erleben ihre Interventionsmöglichkeiten als eingeschränkt.

In Bezug auf den *therapeutischen Prozess* gibt es sowohl die Wahrnehmung, dass dieser im telepsychotherapeutischen Setting behindert ist, als auch die Wahrnehmung, dass der Wechsel ins telepsychotherapeutische Setting ermöglicht, Prozesse weiterzubringen oder sogar zu vertiefen. Therapeutinnen/Therapeuten berichten, dass sich Patientinnen/Patienten im telepsychotherapeutischen Setting leichter öffnen und neue oder schambesetzte Themen auf einmal in die Therapie kommen. Sie erleben Patientinnen/Patienten fokussierter auf Therapieziele und mehr auf sich selbst konzentriert. Darüber hinaus werden bestimmte Themen psychodynamisch sicht- und bearbeitbar, etwa Trennungängste von Patientinnen/Patienten, die durch die räumliche Distanz aktualisiert werden. Das Tele-Setting bietet auch die Möglichkeit, dass in der Präsenztherapie erarbeitete Entwicklungen, wie ein positives Selbsterleben, weiter eingeübt und durch den räumlichen Abstand eigenständiger erlebt werden können.

60 Prozent der Befragten arbeiten methodenspezifisch, zum Teil jedoch in adaptierter Form. Zu den Adaptionen – nicht nur der methodenspezifischen Arbeit – gehört, dass Therapeutinnen/Therapeuten ihre Wahrnehmungen verstärkt verbalisieren. Sie versuchen, fehlende Sinnes-

wahrnehmungen durch Konzentration auf das akustisch und visuell Wahrnehmbare zu kompensieren und mehr Bedacht auf eigene Stimmmodulationen und Mimik zu legen. In der Arbeit mit Patientinnen und Patienten beschreiben sich die Befragten als aktiver: Es werden mehr Nachfragen gestellt, Gesprächssignale (mhm, aha) gesetzt und Rückmeldungen der Patientinnen/Patienten zu deren Erleben eingeholt. Der nicht präsente Körper wird durch Nachfragen nach Körperwahrnehmungen und auf den Körper gerichtete Interventionen „hereingeholt“. Die Aussagen der Befragten weisen außerdem darauf hin, dass der Fokus, v. a. anfangs, auf der stabilisierenden, ressourcenorientierten Arbeit liegt. Therapeutinnen und Therapeuten vermeiden Regressionen und lassen sich weniger tief auf emotionale Prozesse ein, im Gefühl, für die Bearbeitung tieferliegender Dynamiken und belastender Themen keinen sicheren Raum zur Verfügung stellen zu können.