

Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung

Tagungsband zum Workshop 2012

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung

Koordinationsstelle Psychotherapieforschung
an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG

Tagungsband zum Workshop 2012

Organisation und Redaktion:

Gabriele Rieß

Unter Mitarbeit von:

Daniela Kern

Beiträge (Fachvorträge und Workshops) von:

Diana Braakmann

Markus Hochgerner

Christian Korunka

Anton-Rupert Laireiter

Henriette Löffler-Stastka

Brigitte Schigl

Michael Wieser

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Michael Kierein

Gabriele Jansky-Denk

Maria Sagl

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

Wien, im Oktober 2013

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-85159-185-9

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

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

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Vorwort	1
Begrüßung und Einleitung	3
Qualitätssicherung in Praxis und Ausbildung der Psychotherapie (Wissenschaftlichkeit und Forschung) und ihre gesetzlichen Grundlagen	5
Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der GÖG	7
1 Vorträge	15
1.1 Geschichte und Entwicklung der Psychotherapieforschung, ihre unterschiedlichen Forschungsparadigmen und Zielsetzungen	15
1.2 Good-Practice-Beispiele I: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden - „RISK“-Studie (2008-2012)	22
1.3 Good-Practice-Beispiele II: Ausbildungsforschung - Entwicklung der therapeutischen Kompetenz	29
1.4 Good-Practice-Beispiele III: Empowerment und Verarbeitung von Gewalterfahrung im Vergleich (Empowerment of Women Environment Research - EMPoWER)	36
2 Workshops	43
2.1 Methoden-Workshops Level I (Einführung)	43
2.1.1 Von der Idee zur Eingrenzung der Forschungsfrage über die Thesenbildung bis zum Design	43
2.1.2 Vom klinischen Erkenntnisinteresse zur Konzeptualisierung realistischer Forschungsschritte	51
2.2 Methoden-Workshops Level II (Vertiefung)	58
2.2.1 Quantitative und qualitative Methoden der Psychotherapieforschung inkl. Beurteilungs-möglichkeiten von Studien - Schwerpunkt qualitative Methoden	58
2.2.2 Wirksamkeitsforschung und ihre vielfältigen Ansätze und Methoden ...	66
2.3 Workshop Vernetzung	76
Forschungsselbstverständnis und schulenübergreifende Brückenkonzepte	76
2.4 Abschließende Podiumsdiskussion: Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung in der Ausbildung	81
Anhang	83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Wirkfaktoren in der Psychotherapie	20
Abbildung 1.2:	Forschungsphasen und Methodik der RISK-Studie.....	23
Abbildung 1.3:	Exemplarische Ergebnisse RISK-Studie (quantitative Daten der NÖ Patientinnen und Patienten)	26
Abbildung 1.4:	Beispiel einer qualitative Methode: Atlas-ti-Visualisierung einer Gruppensitzung.....	40
Abbildung 2.1:	Entwicklungsprozess von Fragestellung und Forschungsdesign	52
Abbildung 2.2:	Lineares Modell	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 0.1:	Studienarten und Forschungstypen in der Psychotherapieforschung	10
Tabelle 0.2:	Formale Kriterien für zukünftige Erhebungen zur Psychotherapieforschung.....	10
Tabelle 0.3:	Darstellungsstruktur von Studien für zukünftige Erhebungen zur Psychotherapieforschung	11
Tabelle 1.1:	Ausbildungsforschung – Struktur	31
Tabelle 1.2:	Forschungsvorhaben im Rahmen von EuroPTrain	32
Tabelle 2.1:	Beispiele für Typen von Forschungsfragen	53
Tabelle 2.2:	Unterscheidung von quantitativen und qualitativen Methoden	61
Tabelle 2.3:	Studiendesign zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis.....	73

Vorwort

Gabriele Rieß
Gesundheit Österreich GmbH

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

Der vorliegende *Tagungsband zum Workshop „Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung“* der neu eingerichteten Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG bietet Ihnen Gelegenheit, die Vorträge und Methoden-Workshops der Tagung 2012 Revue passieren zu lassen und sich so in die Thematik der Psychotherapieforschung zu vertiefen.

Alle Vorträge und Workshops der Expertinnen und Experten wurden von der GÖG/ÖBIG dokumentiert, redigiert und von den Expertinnen und Experten freigegeben.

Ziel des Workshops war es, unterschiedliche Ziele und Ansätze des wissenschaftlichen Arbeitens in der Psychotherapieforschung und aktuelle Good-Practice-Beispiele typischer Studiendesigns (aus laufenden Forschungsprojekten) in (Impuls-) **Vorträgen** zu vermitteln.

Der Austausch über operative Forschungserfahrung bzw. geplante Forschungsprojekte sollte in den **Methoden-Workshops (Level I und Level II)** gefördert und die wissenschaftlichen Kompetenzen sollten gestärkt werden. Ideen zur Initiierung oder Durchführung von Studien bzw. wissenschaftlichen Abschlussarbeiten konnten praxis- und umsetzungsnahe erörtert werden.

Poster-Präsentationen stellten interessante und gelungene Studien (Good-Practice-Beispiele) der Fachspezifika vor.

Ein weiterer Workshop bot Gelegenheit für Erfahrungsaustausch über das Forschungsselbstverständnis und zur **Vernetzung** mit anderen Fachspezifika (im Forschungscluster) sowie mit akademischen und klinischen Einrichtungen.

Die **Plenumsdiskussion** rundete die Veranstaltung mit schlussfolgernden Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung in der Ausbildung ab.

Hintergrund des Workshops bzw. der neu eingerichteten Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung an der GÖG bilden die gesetzlich verankerten Bestimmungen zur **Qualitätssicherung** (inkl. Bestimmungen zu Lehre und Forschung) in der Psychotherapie. Insgesamt soll der Psychotherapieforschung in Österreich mit diesem Projekt mittelfristig ein Impuls gegeben werden.

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

Begrüßung und Einleitung

Georg Zinief
(Gesundheit Österreich GmbH)

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die aktuellen Bestrebungen der Gesundheit Österreich GmbH konzentrieren sich auf die systematische Zielsteuerung von Versorgungsaufgaben. Ein anspruchsvolles Vorhaben. Dabei leiten drei Dimensionen unseren Arbeitsprozess:

Effektive Zielsteuerung muss sich am Bedarf der Bevölkerung orientieren. Dies setzt fundierte Informationen über die epidemiologischen Entwicklungen in der Bevölkerung voraus. Nur solche (epidemiologischen) Kennzahlen sollen Basis und Ausgangspunkt für eine bedarfsgerechte Zielsteuerung in der Gesundheitsplanung sein, die sich am Nutzen für die Bevölkerung orientieren.

Der Bedarf muss spezifiziert werden und die Grundlage bilden für die Definition der relevanten Versorgungsebenen und die damit verbundenen Versorgungsaufgaben bzw. Versorgungsleistungen.

Wichtig ist, zukünftig neben der Strukturqualität v. a. auch die Prozess- und Ergebnisqualität in den Vordergrund zu rücken.

Forschung ist dabei ein zentrales Steuerungselement. Forschung liefert die notwendige Evidenz, z. B. zum Bedarf, und kann reine Schätzungen zum Bedarf fundiert belegen bzw. widerlegen.

Ein Zielsteuerungssystem orientiert sich sinnvollerweise nicht an den vorhandenen Ressourcen, sondern richtet sich eben nach dem tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung – was bekommt diese an erwartbaren, notwendigen, qualitativ hochwertigen Versorgungsleistungen?

Die Psychotherapie ist eine zentrale Versorgungsleistung in unserem Gesundheitssystem.

Der Beruf Psychotherapeut/in ist in Österreich als unabhängiger, selbstständiger und wissenschaftlich fundierter freier Heilberuf mit reglementierter, aufwendiger Ausbildung in einem umfassenden und europaweit herausragenden Berufsgesetz (Psychotherapiegesetz) geregelt.

Das aktuell vorhandene Angebot an (finanzierter) Psychotherapie im Gesundheitssystem stellt eine gewisse (nicht ausreichende) Basisversorgung sicher: Die geforderte Bedarfsorientierung ist damit nicht gegeben. Es besteht also Handlungs- und Forschungsbedarf.

Die Evidenz der Wirksamkeit von Psychotherapie, insbesondere der Versorgungswirksamkeit, sind zentrale Elemente der psychotherapiespezifischen Forschung. Psychotherapieforschung kann die Qualität und Effektivität dieser zentralen Versorgungsleistung dokumentieren und

verbessern helfen, aber auch garantieren, dass diese Versorgungsleistung stärker in den Mittelpunkt des Versorgungsinteresses gerückt wird. Denn der Nachweis von Evidenz stärkt die Position einer Leistung / einer Leistungsanbietergruppe im Gesundheitssystem.

Mittelfristig soll auch die Therapie psychischer Erkrankungen wie jene der somatischen Erkrankungen die Bedeutung im Gesundheitssystem erhalten, die ihrem tatsächlichen Nutzen entspricht.

Wir bedanken uns bei Herrn Professor Kierein für seine nachhaltige Betreuung und Förderung des Themas und wünschen den Teilnehmenden viel Vergnügen bei der heutigen Veranstaltung!

Qualitätssicherung in Praxis und Ausbildung der Psychotherapie (Wissenschaftlichkeit und Forschung) und ihre gesetzlichen Grundlagen

*Michael Kierein
(Bundesministerium für Gesundheit)*

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Sehr geehrte Damen und Herren!

Als Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit freut es mich sehr, diese Tagung, die das Zusammenkommen aller in Österreich vertretenen Ausbildungseinrichtungen für ein gemeinsames Projekt, nämlich die Förderung von Wissenschaftlichkeit und Forschung in der Psychotherapie, zum Ziel hat, zu eröffnen.

Dabei handelt es sich um ein zukunftsrelevantes Ereignis für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Besinnung auf das Gemeinsame war nicht immer selbstverständlich, umso wichtiger ist es, dass diese Veranstaltung der neu eingerichteten Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der GÖG/ÖBIG heute stattfindet.

Die Psychotherapie hat sich als eigenständiger Heilberuf mittlerweile im österreichischen Gesundheitssystem einen guten Platz erarbeitet. Dennoch sind Bemühungen um eine nachhaltige Verankerung und Etablierung der Psychotherapie, etwa ihre Positionierung gegenüber der Sozialversicherung und anderen Gesundheitsberufen, noch nicht abgeschlossen. Alle Vertreterinnen und Vertreter der Psychotherapie sind in dieser Hinsicht aufgefordert, dieses Ziel voranzutreiben.

Die Ausgangssituation vor rund zwanzig Jahren war die notwendige Etablierung eines eigenen Berufsbildes, um zu gewährleisten, dass nur professionell ausgebildete Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diese wichtige Versorgungsleistung anbieten. Die Verabschiedung des Psychotherapiegesetzes war ein erster, aber entscheidender Schritt zur Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit qualitativ hochwertiger Psychotherapie.

Der Bedarf an Psychotherapie in der Bevölkerung steigt stetig: EuroStat veröffentlichte vor rund eineinhalb Jahren eine Prävalenz psychischer Erkrankung bzw. Auffälligkeit in der Bevölkerung von 38,2 Prozent.

Die heute anwesenden Fachvertreterinnen und Fachvertreter werden daher gerade auch in ihrer Funktion als Anbieter der Psychotherapieausbildung angesprochen, um dafür Sorge zu tragen, dass die Kandidatinnen und Kandidaten auf dem *aktuellen Stand der Wissenschaft* nach bestem Wissen und Gewissen *mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden* ausgebildet

werden. Dabei ist § 1 Abs 1 Psychotherapiegesetz zu nennen, der besagt, dass Psychotherapie mit „wissenschaftlich–psychotherapeutischen Methoden“ auszuüben ist.

Psychotherapie als *wissenschaftlicher* Heilberuf basiert auf *wissenschaftlichen Theorien* und funktioniert nach *wissenschaftlichen Methoden*. Somit ist Psychotherapie *selbstverständlich der wissenschaftlichen Forschung verpflichtet*. Forschung garantiert die beständige Evaluierung und Weiterentwicklung der eigenen Disziplin und ist damit weiters unumgänglicher Bestandteil der *Qualitätssicherung* dieser Versorgungsleistung im Gesundheitssystem.

Ziel der heutigen Veranstaltung ist es vor allem, sich über aktuelle Entwicklungen und Forschungsmethoden sowie über Good–Practice–Beispiele zu aktuellen Studienprojekten im Bereich der Psychotherapieforschung zu informieren.

Auch konkrete Anregungen für das wissenschaftliche Arbeiten und Forschen sollte diese Veranstaltung ebenso bieten wie das Herstellen von Kontakten für mögliche Kooperationen mit universitären Einrichtungen.

Schließlich gilt es, einen kollegialen Austausch im Rahmen des eigenen *Methodenclusters* zu forcieren, um über mögliche gemeinsame Forschungsprojekte nachzudenken. Wie in der psychotherapeutischen Behandlung ist auch hier die Beziehung zentral. Daher sollten die vielfältigen Angebote zur Vernetzung und des Erfahrungsaustausches genützt werden.

Es ist mir abschließend eine große Freude festzustellen, dass so viele von Ihnen dieses Angebot, heute hier zu sein, wahrgenommen haben. Dies bestärkt mich in der Überzeugung, dass Forschung und Wissenschaftlichkeit auch in Ihrer Berufsgruppe als eine tragfähige Brücke anzusehen sind, das Gemeinsame über das Trennende zu stellen.

Bevor ich schließe, darf ich an Freuds Überlegungen erinnern, wonach ein „Junktum zwischen Heilen und Forschen“ bestehe (1927): Man kann im Bereich der Psychotherapie nicht heilen, ohne zu forschen, und nicht forschen, ohne zu heilen.

Ich bedanke mich schon jetzt für Ihre Teilnahme und Ihr Interesse an dieser Veranstaltung, hoffe auf einen konstruktiven Verlauf und darf mich ausdrücklich für die gute Vorbereitung und Betreuung durch die GÖG/ÖBIG, ganz besonders durch die Projektleiterin, bedanken. Darüber hinaus wünsche ich Ihnen und mir viele Anregungen und viel Vergnügen am heutigen Workshop–Tag sowie weitere Veranstaltungen dieser Art im Rahmen der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung!

Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der GÖG

Gabriele Rieß
(Gesundheit Österreich GmbH)

Entwicklung der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung

Die Notwendigkeit der Einrichtung einer nationalen Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung wurde deutlich im Laufe einer Erhebung (mit Folgeprojekt) bei den psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtungen (Fachspezifika) zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise der jeweiligen Psychotherapiemethode in der (Kranken-)Behandlung.

Vor dem Hintergrund der Qualitätssicherungsziele für Ausbildung und Praxis der Psychotherapie des Psychotherapiebeirates führte das Bundesministerium für Gesundheit die Erhebung durch. Die GÖG/ÖBIG wurde mit der übersichtlichen Aufbereitung der zu übermittelnden Studien bzw. der Erstellung eines Berichts beauftragt („Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie in der (Kranken-)Behandlung 2009, 2010 bzw. 2012“).¹ Die anerkannten Fachspezifika wurden aktiv in die Erhebung einbezogen (Partizipation). Die Fachspezifika sind laut Gesetz neben Ausbildung und Lehre auch für die Wissenschaftlichkeit und Forschung in ihrem Fachspezifikum verantwortlich, da jede Psychotherapiemethode eine wissenschaftliche ist bzw. auf einer wissenschaftlichen (wissenschaftlich begründbaren bzw. ableitbaren) Theorie beruht (siehe Einleitungsvortrag Prof. Kierein).

Die Ausbildungseinrichtungen sollten zum einen den aktuellen Stand der Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung in der von ihrer Ausbildungseinrichtung vertretenen Psychotherapiemethode darstellen, die angewandten Forschungsmethoden einschätzen und Basisdaten bezüglich einzelner wissenschaftlicher Belege für die Wirksamkeit übermitteln.²

Ausgewählte Ergebnisse

Der Ergebnisbericht zu den Wirksamkeitsnachweisen wurde im Workshop „Psychotherapieforschung“ im Jahr 2009 an der GÖG/ÖBIG sowie auf der Tagung der Leiterinnen und Leiter der

1

Eine vergleichbare Studie wurde 1993 von Sbandi et al. (an der Universität Innsbruck) durchgeführt, jedoch ohne den nunmehr zentralen partizipativen Gedanken („Beschreibung und Bewertung von Evaluationsmethoden im Bereich der Psychotherapie“).

2

An der Erhebung beteiligten sich 38 Ausbildungsinstitute. Die Unterlagen wurden teilweise im (Psychotherapiemethoden-) Cluster übermittelt. Übermittelt wurden rund 200 Studien zur Wirksamkeit und rund 10 Berichte über Wirksamkeitsnachweise sowie zur Einschätzung der angewandten Forschungsmethoden.

psychotherapeutischen Fachspezifika im Psychotherapiebeirat im Herbst 2010 im Bundesministerium für Gesundheit präsentiert. Die Ergebnisse belegen mit zahlreichen Studien unterschiedlicher Qualität die Wirksamkeit der untersuchten Psychotherapiemethoden in sehr verschiedenen Fragestellungen. Das Spektrum der eingesetzten (diagnostischen und veränderungssensitiven) Messinstrumente und Forschungsdesigns ist sehr vielfältig.

Die befragten Fachspezifika erachten einen *multiperspektivischen* und *multiparadigmatischen* Forschungszugang als besonders wichtig und die Untersuchung der *speziellen* Wirkung (z. B. psychotherapeutische Mikro-/Prozessforschung) sowie *naturalistische, prospektive* Forschungsdesigns (inkl. Katamnesen) als sehr aufschlussreich und zukunftsweisend. Sie kritisieren zumeist einen *verengten methodischen Zugang* wie etwa das klassische RCT-Forschungsdesign bzw. den Goldstandard der Wirksamkeits-/Outcomeforschung. Die Berücksichtigung ethischer Aspekte (z. B. Wahrung der Anonymität der Beforschten) in der Psychotherapieforschung wird als große Herausforderung bewertet.

Auf der Organisationsebene der psychotherapeutischen Fachspezifika werden – trotz des überwiegenden Bewusstseins für die Vorteile durch Forschung – eine *fehlende Forschungsqualifizierung* sowie *mangelnde Ressourcen* für Forschung innerhalb der Fachspezifika bedauert.

Während des Workshops Psychotherapieforschung 2009 wurde angeregt, Forschungsschwerpunkte zu identifizieren und verschiedene Maßnahmen der Förderung von Psychotherapieforschung (in den Fachspezifika) zu konzipieren. So wurde als erster Schritt die Einrichtung eines *Qualitätszirkels Psychotherapieforschung* vorgeschlagen, der mit Herbst 2010 seine Arbeit aufnahm.

Im Zuge der Diskussion der *strategischen Maßnahmen* zur Förderung der Psychotherapieforschung in Österreich wurde aufgrund der fehlenden übergeordneten Koordination³ der nationalen Psychotherapieforschung die Einrichtung einer dauerhaften *Koordinationsstelle Psychotherapieforschung* als zielführend und notwendig erachtet, in welche der Qualitätszirkel beratend eingebettet sein sollte. Die Koordinationsstelle wurde mit dem Jahr 2012 an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG eingerichtet.

Im Folgenden werden zuerst die Planung (Auswahl der Expertinnen und Experten) des Qualitätszirkels und die ersten Ergebnisse bis 2012 dargestellt. Anschließend wird die als dauerhafte Folgestruktur eingerichtete *Koordinationsstelle Psychotherapieforschung*, deren beratendes Expertengremium der Qualitätszirkel bildet, näher dargestellt.

3

Historisch gab es eine Koordinationsstelle an der nunmehrigen Medizinischen Universität Wien unter der Leitung von Prof. Marianne Springer-Kremser (ehem. Universität Wien, Fakultät für Medizin)

Planung des Qualitätszirkels Psychotherapieforschung

Die Auswahl der Expertinnen und Experten für den Qualitätszirkel erfolgte anhand folgender Kriterien: Die Expertinnen und Experten sollten in ihrem Fachspezifikum *aktive Psychotherapeutinnen und -therapeuten* sein, *Erfahrung mit (universitärer) Psychotherapieforschung* haben, *aus mehreren facheinschlägigen Universitäten und Bundesländern* kommen sowie *Mitglied in der Society for Psychotherapy Research (SPR)* sein.

Die ausgewählten Expertinnen und Experten sind:

- » Univ.-Ass. Dr. Diana Braakmann (Sigmund Freud Privatuniversität, Lehre und Forschung),
- » Markus Hochgerner, MSc MSc (Vorsitzender des Ausschusses für fachspezifische Angelegenheiten im Psychotherapiebeirat am Bundesministerium für Gesundheit),
- » Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka (Universität Wien, Fakultät für Psychologie),
- » ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter (Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie),
- » Dr. Gerda Metha (ARGE Bildungsakademie, Lehrtätigkeit an der SFU),
- » Dr. Brigitte Schigl, MSc (Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit),
- » Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka (Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie),
- » Ass.-Prof. Dr. Michael Wieser (Universität Klagenfurt, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse).

Die fachliche Begleitung durch das BMG (Bundesministerium für Gesundheit) erfolgt durch

- » Hon.-Prof. Dr. Michael Kierein gemeinsam mit Mag. Gabriele Jansky-Denk und Maria Sagl, MSc.

Erste Ergebnisse (bis 2012) des Qualitätszirkels Psychotherapieforschung

Die Expertinnen und Experten des Qualitätszirkels definierten *typische Studienarten und Forschungstypen* in der Psychotherapieforschung und legten *formale Kriterien* sowie eine *Darstellungsstruktur für zukünftige BMG-Erhebungen zu den Wirksamkeits- bzw. Psychotherapiestudien* fest, die auf der GÖG/ÖBIG-Website abrufbar sind⁴ und in den folgenden Tabellen angeführt werden.

Tabelle 0.1 zeigt, dass mehrere Studienarten und Forschungstypen in der Psychotherapieforschung üblich sind und ihre Berechtigung haben: Neben der (klassischen) Wirksamkeitsforschung (inkl. Metaanalysen) sind die Wirkungs-/Wirkfaktorenforschung, die Versorgungsforschung (inkl. ausbildungsspezifischer, berufssoziologischer, sozial-/gesundheitspolitischer und Effizienzforschung) sowie Grundlagenforschung wichtige Forschungsfelder.

4

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

Tabelle 0.1:

Studienarten und Forschungstypen in der Psychotherapieforschung

-
1. Wirksamkeitsforschung inkl. Metaanalysen
 - a. Effectiveness-Studien (naturalistische Studien zur Untersuchung der klinischen Alltagspraxis in der Behandlung von Störungen mittels spezifischer Interventionen/Psychotherapieverfahren);
→ meist Prozess-Outcome-Studien mit kombinierten Designs aus quantitativer und qualitativer Methodik
 - b. Efficacy-Studien (randomisierte, kontrollierte Untersuchungsbedingungen, Ergebnisvergleichsstudien, experimentelle Gruppenstudien / gruppenstatistische Analysen, Prä-/Post-Vergleiche)
→ meist Outcome-Studien mit quantitativen Designs (z. B. RCT)
 2. Wirkungsforschung (Wirkfaktorenforschung bzw. Mikro-/Prozessforschung)
 - a. Untersuchung der Wirkfaktoren (u. a. Patienten-, Therapeuten-, Beziehungsvariablen) im Therapieprozess zu den Fragen, was wie bei wem warum wirkt und wie sich diese Faktoren auf das Ergebnis (z. B. als Risiko bzw. mit Nebenwirkungen) auswirken;
→ meist Einzelfallstudien mit qualitativem Design oder Prozess-Outcome-Studien mit kombinierten Designs aus quantitativer und qualitativer Methodik
 3. Versorgungsforschung in Österreich
 - a. Berücksichtigung der ausbildungsspezifisch, berufssoziologisch, sozial- und gesundheitspolitisch relevanten Aspekte
 - b. Effizienzforschung (Kosten-Nutzen-Forschung)
 - c. Schwerpunktthemen (z. B. zu spezifischen Zielgruppen, Störungsbildern)
→ unterschiedliche Studiendesigns aus quantitativer und qualitativer Methodik
 4. Grundlagenforschung/Konzeptforschung/Theorieentwicklung
-

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei zukünftigen Erhebungen sollten das in Tabelle 0.1 dargestellte breite Spektrum an Studienarten und Forschungstypen sowie bestimmte Qualitätskriterien bei der verwendeten Forschungsliteratur (Tabelle 0.2) und der Darstellungsstruktur (Tabelle 0.3) berücksichtigt werden.

Tabelle 0.2:

Formale Kriterien für zukünftige Erhebungen zur Psychotherapieforschung

-
- » **Erhebungsfrequenz:** alle 3 bis 5 Jahre
 - » **Anzahl der Studien für Wirksamkeits-, Wirkungs- und Versorgungsforschung:** mindestens 3, maximal 6 Studien (mindestens 3 aus Österreich) zur Psychotherapiemethode, nicht älter als 3 Jahre, aus a-b¹ bzw. bei mehr als 3 Studien aus a-f², d. h. die wichtigsten (inter)nationalen Studien
 - » **Anzahl der Studien für Grundlagen-/Konzeptforschung/Theorieentwicklung:** mindestens 3, maximal 6 Studien (mindestens 3 aus Österreich), nicht älter als 3 Jahre aus a-h
 - » **Bedingung: komplett ausgefüllte Erhebungsblätter, vollständige Literaturangaben sowie Literatur** in Form von PDF-Dokumenten, 5-15 Seiten Artikel inkl. Abstract
 - » Die **Auswahl der Studien** muss vom jeweiligen Fachspezifikum jedenfalls begründet werden.
 - » **Kooperation** innerhalb der PTH-Methode im Forschungscluster und mit Universitäten ist explizit erwünscht (ev. Kooperationsbericht)

Anmerkung 1: a = SSCI (Social Sciences Citation Index); b = Fachjournal (FJ) bzw. gelistetes FJ mit Journal Impact Factor, Fachjournal mit Peer Review (nicht SSCI) (z. B. PTH-Wissenschaft); c = andere Journale wie Internetjournals, Verbandszeitschriften, Zeitschriften der PTH-Methode, Newsletter, Mitteilungsorgane; d = Herausgeberwerke; e = Monografien; f = Dissertation; g = Diplomarbeit, Masterthesis; h = nicht publizierte Forschung (z. B. im Fachspezifikum).

Anmerkung 2: Rezeption (inter)nationaler Forschung ist hier neben eigener Forschungstätigkeit in Ordnung.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 0.3:

Darstellungsstruktur von Studien für zukünftige Erhebungen zur Psychotherapieforschung

»	Titel
»	Autor/in
»	Publikationsdatum
»	Quelle/Zugriffsmöglichkeit zur Studie
»	Art der Studie
»	Behandlungsmethoden
»	Therapeutinnen und Therapeuten:
»	» Ausbildung, Geschlecht, Anzahl, Alter etc.
»	Patienten- und Kontrollgruppen: Auswahl
»	Patienten- und Kontrollgruppen: Anzahl
»	Patienten- und Kontrollgruppen: Alter
»	Patienten- und Kontrollgruppen: Geschlecht
»	Patienten- und Kontrollgruppen:
»	sonstige Merkmale
»	Krankheiten, Störungen, Problemlagen
»	» Nachweis des Krankheitswerts
»	» Untersuchung unterschiedlicher Krankheitsbilder
»	» Untersuchung konkreter Krankheitsbilder
»	Settings: Behandlungsort(e), Frequenz der Behandlung
»	Wirksamkeitskriterien
»	Messzeitpunkte: prä und post
»	Messzeitpunkte: während der Behandlung
»	Messzeitpunkt: Katamnese
»	Messinstrumente
»	Wer hat beurteilt
»	Ergebnisse
»	Diskussion der Ergebnisse
»	Kritik der Studie

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Außerdem diskutieren die Experten und Expertinnen im Qualitätszirkel weitere strategische Maßnahmen zur Förderung der Forschungsaktivität, wie beispielsweise die Unterstützung von Forschungsk Kooperationen im Forschungscluster und/oder mit Universitäten, die Definition von Forschungsschwerpunkten (inkl. Forschungsmethodenreflexion) unter Berücksichtigung der Versorgungsrelevanz, die Bildung von Forschungsgruppen/-beauftragten im Fachspezifikum sowie die Integration von Wissenschaftlichkeit und Forschung in das Curriculum. Für die psychotherapeutischen Fachspezifika sollen außerdem wissenschaftliche Beratungsangebote geplant werden (z. B. wissenschaftliche Tagungen wie der Workshop Psychotherapieforschung 2012).

Koordinationsstelle Psychotherapieforschung

Die nationale **Koordinationsstelle Psychotherapieforschung** wurde vor dem Hintergrund der Qualitätssicherungsziele des Psychotherapiebeirates (vgl. §§ 20–22 Psychotherapiegesetz, BGBl 1990/361) mit dem Jahr 2012 eingerichtet, um die erwähnte Lücke bei der übergeordneten Koordination der nationalen Psychotherapieforschung zu schließen (vgl. Qualitätszirkel). Sie ist eine allgemein zugängliche zentrale Wissens- und Informationsplattform für die interessierte

Fachöffentlichkeit. Geführt wird sie von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Ihre übergeordnete Zielsetzung ist die Förderung der Psychotherapieforschung, d. h. das mittelfristige Steigern der Forschungsaktivität v. a. durch *Aktivierung und Partizipation* der Fachspezifika selbst. Langfristig soll die *Integration von Forschungsergebnissen* in Praxis und Ausbildung der Psychotherapie im Sinne der *Qualitätssicherung* erreicht werden als Basis für eine adäquate *Positionierung der Berufsgruppe* innerhalb des Gesundheitssystems.

Die Koordinationsstelle Psychotherapieforschung wird vom Qualitätszirkel Psychotherapieforschung, dem wissenschaftlichen Expertinnen- und Expertengremium, beraten. Die Anbindung an ein Steuerungsgremium wird durch den Austausch mit dem Fachspezifikums- und Forschungsausschuss des Psychotherapiebeirates im BMG und eine regelmäßige Berichterstattung an den Psychotherapiebeirat gewährleistet.

Die strategischen Ziele sollen dadurch erreicht werden, dass die praxis- und versorgungsrelevante sowie die grundlagenorientierte Forschungsaktivität verstärkt wird, im Besonderen durch Förderung von *Wirksamkeits-, Wirkungs-, Versorgungs- und Grundlagenforschung* innerhalb eines breiten, multiperspektivischen und multiparadigmatischen Forschungsverständnisses.

Die Koordinationsstelle wendet sich mit verschiedenen Informationen und (wissenschaftlichen) Beratungsangeboten an die interessierte Fachöffentlichkeit.

Operative Ziele der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung sind also:

- » Förderung des Bewusstseins für den Stellenwert von Forschung bzw. Intensivierung der Forschungsaktivität in den psychotherapeutischen Fachspezifika (*Aktivierung und Partizipation*),
- » insbesondere die Umsetzung eines **Stufenplans Wissenschaftlichkeit und Forschung für die psychotherapeutischen Fachspezifika**, d. h. die Förderung
 - » erstens der **rezeptiven Auseinandersetzung** mit Psychotherapieforschung, beispielsweise durch das Lesen, Verstehen und strukturierte Aufbereiten wissenschaftlicher Studien (für zukünftige Erhebungen zu den Wirksamkeits-/Studien),
 - » zweitens des **wissenschaftlichen Arbeitens** im Fachspezifikum, beispielsweise durch die Integration wissenschaftlicher/forschungsmethodischer Inhalte in das Ausbildungscurriculum oder das Verfassen wissenschaftlicher Ausbildungsabschlussarbeiten,
 - » drittens der **aktiven empirischen Forschungstätigkeit** im Fachspezifikum bzw. im Forschungscluster gemeinsam mit (methodennahen) anderen Fachspezifika und/oder in Kooperation mit Universitäten, die Psychotherapieforschung betreiben (Förderung von Kooperationen zwischen Fachspezifika, Universitäten und klinischer Praxis),
- » Verbesserung der strukturellen Bedingungen von Psychotherapieforschung (z. B. Förderung der Forschungsqualifizierung, Informationen zu Forschungsfinanzierung),
- » Unterstützung und Koordination von Ideen (Austauschplattform), Initiativen und Projekten für die Psychotherapieforschung,

- » Erhöhen der Transparenz bei aktuellen Forschungsprojekten und Forschungsergebnissen (Datenbank).

Erste Schritte und Veranstaltungen

Als erste öffentlichkeitswirksame Maßnahme wurde neben der Einrichtung der Website⁵ im Sinne der wissenschaftlichen Beratung für die psychotherapeutischen Fachspezifika der Workshop *Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung* 2012 geplant und durchgeführt. Die Koordinationsstelle plant die nächste *wissenschaftliche, internationale Forschungstagung* für das Jahr 2014.

Literatur

- » Folien zur Präsentation am GÖG/ÖBIG Workshop Psychotherapieforschung 2012
- » Website zur Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der GÖG/ÖBIG:
<http://www.goeg.at/de/Bereich/Koordinationsstelle-Psychotherapieforschung.html>
- » Riess, G., et al. (2012): Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie in der (Kranken-) Behandlung 2009, 2010 bzw. 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien (unveröffentlicht)

5

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

1 Vorträge

1.1 Geschichte und Entwicklung der Psychotherapieforschung, ihre unterschiedlichen Forschungsparadigmen und Zielsetzungen

Henriette Löffler-Stastka

(Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie)

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Psychotherapieforschung entwickelte sich historisch gesehen in unterschiedlichen Phasen, mit jeweils unterschiedlichen Wissenschaftsparadigmata und Forschungsmethoden. Die Bedeutung der unterschiedlichen Forschungsmethoden, deren Einsatz und Zielsetzungen trugen wesentlich zur Entfaltung klinischer und wissenschaftlicher Theorien bei. Um Wissenschaftlichkeit, d. h. möglichst gültige Aussagen, zu erreichen und um dem Forschungsgegenstand gerecht zu werden, ist die Anwendung naturwissenschaftlicher, geistes- und sozialwissenschaftlicher Methoden angebracht. Die Subjektivität des Einzelnen, unterschiedliche anthropologische Prämissen, Gesundheitsbilder und Normvorstellungen, die Komplexität der Umgebungseinflüsse und ethische Herausforderungen machen verschiedene forschungsmethodische und auch wissenschaftstheoretische Herangehensweisen, d. h. eine sorgfältige Planung des Untersuchungsdesigns, nötig.

Psychotherapieforschung kann ausgehend vom Einzelfall eine klinische Theorie entwickeln oder in weiterer Folge eine klinische Theorie überprüfen und diese damit zu einer wissenschaftlichen Theorie weiterentwickeln. Die unterschiedlichen Phasen der Psychotherapieforschung zeichnen in ihrer historischen Entwicklung diese Möglichkeiten nach (siehe Phasen der Psychotherapieforschung).

Phasen der Psychotherapieforschung

Es können vier Phasen der Psychotherapieforschung unterschieden werden, in denen jeweils unterschiedliche Wissenschaftsparadigmen und daraus ableitbare Forschungsmethoden vorherrschen.

Klassische Phase

In der ersten oder klassischen Phase der Psychotherapieforschung wurden anhand von Einzelfallstudien (Fallgeschichten) klinische Theorien ausgearbeitet und im Kreise der psychotherapeutischen Pioniere diskutiert. Bekannte Beispiele aus der Anfangszeit der Psychoanalyse und ihrer (klinischen) Theoriebildung sind Fallgeschichten wie „Bruchstück einer Hysterie-Analyse / Der

Fall Dora“, „Der kleine Hans“, „Der Rattenmann“ (Freud 1905, 1909a, b). Die Einzelfallstudien beruhen methodisch auf dem intra-individuellen Vorher-nachher-Vergleich, d. h., das klinische Zustandsbild von Patientinnen/Patienten wird vor und nach der Behandlung miteinander verglichen und somit die Entwicklung des Krankheits- und Genesungsverlaufs der Patientin / des Patienten nachgezeichnet. Anders formuliert, fließen die gehäuften Eindrücke über ein Krankheitsbild bzw. einen Leidenszustand als Erkenntnisse bzw. Interventionen in den Behandlungsprozess zurück (hermeneutischer Zirkel) und werden zu einer klinischen Theorie verdichtet. Auf diesem Weg erarbeitet wurden deskriptives und klassifikatorisches Wissen bzw. Nosologie oder Krankheitslehre (*wie lässt sich ein klinisches Phänomen beschreiben?*), Bedingungswissen bzw. Ätiologie oder Ursachen der Krankheitsentstehung und -entwicklung (*unter welchen Bedingungen tritt ein klinisches Phänomen warum auf?*) sowie Therapie- und Änderungswissen zu therapeutischen Techniken, Interventionen und Methoden (*wie kann ein klinisches Phänomen beeinflusst werden?*). Die Ergebnisse dienten als Basis für die weiterführende wissenschaftliche Theoriebildung.

Legitimations- oder Rechtfertigungsphase: Wirksamkeitsforschung

Die zweite Phase – auch Legitimations- oder Rechtfertigungsphase genannt – begann mit dem (provokanten) Postulat von H. J. Eysenck (1952), dass Psychotherapie nicht mehr als keine oder eine unspezifische Behandlung (Placebo) wirke. Heilung würde demnach – wenn sie überhaupt eintritt – eine Spontanremission darstellen. Eysenck untersuchte Krankengeschichten aus dreißig Jahren (aus dem 19. Jahrhundert) des Maudsley Hospital, eines psychiatrischen Versorgungskrankenhauses in Südengland. Zentraler Kritikpunkt an Eysencks Untersuchung ist u. a. der Umstand, dass er sich auf sehr allgemeine, wenig aussagekräftige Ergebniskriterien („gebessert entlassen“) bezog.

Daraufhin wurde die Phase der typischen *Wirksamkeitsforschung* eingeleitet: In experimentellen, empirischen Studien wurde die Wirksamkeit von Psychotherapie überprüft, d. h., Studien innerhalb eines streng naturwissenschaftlichen Paradigmas untersuchten, *ob* Psychotherapie überhaupt *wirkt*. Die Studien widerlegten klar Eysencks Hypothese und belegten deutlich die positive Wirksamkeit von Psychotherapie.

Experimentelle, empirische Wirksamkeitsstudien innerhalb des naturwissenschaftlichen Paradigmas werden methodisch im inter-individuellen (gruppenstatistischen) Kontrollgruppendesign durchgeführt. Dabei wird eine (unbehandelte, später behandelte oder nicht – psychotherapeutisch – behandelte) *Kontrollgruppe* mit einer behandelten Patientengruppe (*Versuchsgruppe*) verglichen. Idealerweise werden in diesem Studiendesign erstens Patientinnen und Patienten nach dem Zufallsprinzip, d. h. *randomisiert*, entweder der Versuchsgruppe, die eine Behandlung mit (einer bestimmten) Psychotherapie erhält, oder der Kontrollgruppe, die unbehandelt bleibt (bzw. später oder nicht psychotherapeutisch behandelt wird), zugeteilt. Zweitens werden Daten mit *objektiven, standardisierten (reliablen und validen) Instrumenten* erhoben (z. B. mithilfe standardisierter psychologischer Tests). Beide Gruppen werden mittels (*gruppen-*)statistischer Analyse verglichen: Aus der unterschiedlichen Entwicklung der beiden Gruppen und/oder am Vorher-nachher-(Prä-Post-)Vergleich innerhalb der Behandlungsgruppe kann dann auf die Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit der angewandten Behandlung (Psychotherapie) geschlossen

werden. Das Kriterium zur Veränderungsmessung ist dabei die *Effektstärke* (statistisches Veränderungsmaß).

Mehrere Einzelstudien-Ergebnisse können mithilfe einer (*statistischen*) Meta-Analyse zusammengefasst und kombiniert werden.

Kritik an der Wirksamkeitsforschung

Auf diese Weise wurde auch die Wirksamkeit der unterschiedlichen Psychotherapiemethoden miteinander verglichen. Das heißt, es wurde untersucht, welche Psychotherapiemethode im Vergleich mit einer anderen besser wirkte (vgl. Wettbewerbsphase nach Grawe 1992). Es konnten jedoch trotz mannigfaltiger Unterschiede der jeweiligen Psychotherapie-Verfahren/-Methoden keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf die Wirksamkeit entdeckt werden („Äquivalenzparadoxon“). Die Ergebnisse wiesen in allen Verfahren sehr ähnliche Effekte nach. Dies zeigten u. a. Luborsky et al. 1975 in ihrer Übersichtsarbeit zu Psychotherapie-Vergleichsstudien, was sie zur viel zitierten Aussage veranlasste, dass „alle gewonnen haben und alle einen Preis erhalten müssen“ (ebd.). Das Ergebnis des Äquivalenzparadoxons wurde heftig kritisiert, da es eine Gleichsetzung aller Psychotherapieverfahren nahelegt („Uniformitätsmythos“), obwohl diese Verfahren nach sehr unterschiedlichen Behandlungsprinzipien aufgebaut sind.

Kritisiert wurden an den Wirksamkeitsstudien dieser Phase zusammengefasst folgende unbefriedigenden Ergebnisse:

1. fehlende differenzierte Effekte zwischen den Psychotherapierichtungen bzw. den konkret durchgeführten Psychotherapien, also beispielsweise keine Aussage über den Zusammenhang zwischen Therapielänge, Therapeutenerfahrung und Therapeutenausbildung;
2. keine Beantwortung der Frage nach der differentiellen Indikation, d. h., es bleibe offen, welche Psychotherapie bei welchen Problemlagen in welchem Zeithorizont unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis führt;
3. keine Aussagen über die für die Effekte der psychotherapeutischen Behandlung ausschlaggebenden Wirkfaktoren.

Differentielle Psychotherapieforschung

Die dritte Phase orientiert sich an der *differentiellen Wirksamkeitsforschung* zur vergleichenden Untersuchung der Wirksamkeit der unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren/Methoden. In dieser Phase wird beispielsweise die Frage nach der *differentiellen Indikation* untersucht (vgl. Verschreibungsphase nach Grawe 1992), d. h. die Frage, welche Psychotherapieform bei welchen Gruppen von Patientinnen/Patienten und Problemlagen in welchem Zeithorizont unter welchen Bedingungen welche Effekte erzielt.

Andererseits umfasst sie die (*Mikro-*)*Prozessforschung*, d. h. die Untersuchung, wie/mit welcher Wirkungsweise bzw. mittels welcher Wirkfaktoren (siehe unten) Psychotherapie wirkt.

In dieser Phase wurden auch Modelle entwickelt zur Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe durch die Beschreibung bestimmter *Psychotherapie-Prozessphasen* (z. B. „Patient Profiling“ nach Howard et al.) und Überlegungen zum *Verhältnis von Dosis und Wirkung im Psychotherapieverlauf* angestellt. Einige Studien untersuchten die Entwicklung von *Feedbackmodellen* über den Psychotherapieverlauf zur Verbesserung des Psychotherapieergebnisses. Auch *gesundheitsökonomische Aspekte, d. h. Kosten-Nutzen-Analysen* zur Untersuchung der Effektivität (*efficiency*), werden in dieser Phase beforscht.

Praxisbezogene Psychotherapieforschung

Die *praxisbezogene Psychotherapieforschung* der aktuellen Phase verbindet viele Ansätze und konzentriert sich (überlappend mit Phase drei) auf die empirische Überprüfung von Theorie durch das Forschen direkt an den Patientinnen und Patienten. Während die typische empirisch-experimentelle Wirksamkeits-/Outcomeforschung Psychotherapiewirksamkeit unter Idealbedingungen (*efficacy*) untersucht, konzentriert sich die praxisorientierte Psychotherapieforschung mit *naturalistischen Studiendesigns* auf das Konstrukt der *effectiveness*, d. h. der Wirksamkeit von Psychotherapie unter Real- oder Alltagsbedingungen (vgl. Consumer-Report-Studien von Seligmann 1995).

Das Forschen *direkt an den Patientinnen und Patienten* oder *die Evaluation der konkreten Versorgung* hat mehrere Forschungsziele: Weiterentwickelt werden (*im Sinne der Grundlagen- und Konzeptforschung*) sollen zum einen deskriptives/klassifikatorisches Wissen (Nosologie), Bedingungswissen (Ätiologie), Therapie-/Änderungswissen (psychotherapeutische Technik), Theorie über die Auslegung von Texten und das Verstehen/Erkunden von Bedeutung (Tiefen/Hermeneutik), d. h. klinische Praxis, Technik und Theorie. Zum anderen soll die Versorgungsfor-schung die bedarfsgerechte Wirksamkeit der konkreten Patientenversorgung mit Psychotherapie überprüfen.

Die empirische Psychotherapieforschung bemüht sich, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, und verfolgt somit schulenübergreifende bzw. -integrierende Forschungsziele.

Zum Verhältnis zwischen den Psychotherapieschulen und forschungsbasierte Integrationsbemühungen

Die unterschiedlichen Phasen der Psychotherapieforschung thematisieren jeweils andere Untersuchungsfragen und verwenden dabei jeweils andere Forschungsmethoden entweder aus dem naturwissenschaftlichen oder sozial-/geisteswissenschaftlichen Wissenschaftsparadigma. Integration bzw. Verbindung unterschiedlicher Forschungslogiken (Paradigmen), insbesondere von *nomothetischen bzw. objektiv-quantifizierenden* und *idiografisch-hermeneutischen bzw. subjektorientiert-qualitativen* Forschungsansätzen sind im Sinne der Gegenstandsadäquatheit (d. h., dass die Forschungsmethode zum zu untersuchenden Gegenstand passen muss, um wissenschaftlich gültige Aussagen treffen zu können) entscheidend für die Psychotherapieforschung. Eine *transdisziplinäre Forschung* ist daher sicherlich ein zentrales Ziel in der Psychotherapieforschung (siehe unten).

Allerdings ist der Diskurs über ein einheitliches, integriertes, gegenstandsadäquates Forschungsparadigma auf der Metaebene der Forschung, d. h. der Diskurs über die *richtige* wissenschaftstheoretische Verortung (und die damit verbundene Methodologie) der Psychotherapieforschung, ähnlich *heterogen* wie die unterschiedlichen Schulen und Methoden der Psychotherapie selbst (inkl. ihrer anthropologischen Prämissen und der damit verbundenen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit).

Seit je bewegen sich die unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen auf einem Kontinuum von *Abgrenzung, Eklektizismus und Integration auf einer Metaebene*. Unterschieden werden kann dabei zwischen einer (1) *theoretischen Integration* (die unterschiedlichen Aspekte der jeweiligen psychotherapeutischen Schulen werden in einer gemeinsamen Theorie zu erfassen versucht), (2) einer *Integration über gemeinsame Wirkfaktoren*, (3) einer *metatheoretischen Integration* (eine Leitdisziplin und ihr Forschungsparadigma, z. B. eine medizinisch-naturwissenschaftlich orientierte Psychiatrie, übernehmen die Führung im wissenschaftlichen Diskurs) und (4) der *Verwendung einer gemeinsamen Sprache*.

Die empirische Untersuchung *gemeinsamer Wirkfaktoren* ist daher ein anschauliches Beispiel, wie empirische Psychotherapieforschung zu schulenübergreifend gültigen und sehr interessanten Aussagen kommt, indem die konkret behandelten Patientinnen und Patienten ins Zentrum der Untersuchung gestellt werden.

Die zentrale Frage sowohl in der Ausarbeitung der jeweiligen psychotherapeutischen Schulen und Methoden als auch in der (die psychotherapeutischen Konzepte in ihrer Wirksamkeit untersuchenden) Psychotherapieforschung lautet ja in beiden Fällen: Was bewirkt Entwicklung, Veränderung, Verbesserung, Heilung im psychischen Bereich bzw. was hilft konkret der Patientin / dem Patienten unter Berücksichtigung der Subjektivität des Menschen?

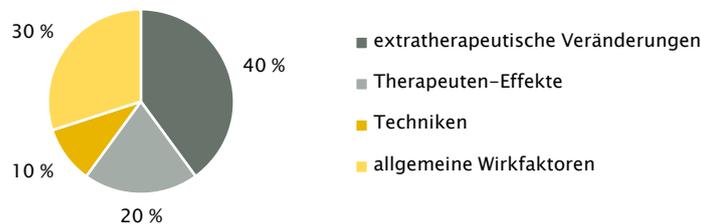
Allgemeingültige Wirkfaktoren

Die Psychotherapieforschung beschäftigt sich – so wie jedes einzelne psychotherapeutische Verfahren auf der klinisch-praktischen Ebene – mit der Frage nach wirksamer Veränderung und bemüht sich um Antworten auf einer wissenschaftlich-abstrakten Ebene mittels der Erforschung von schulenübergreifenden *gemeinsamen Wirkfaktoren der Psychotherapie* unter Berücksichtigung verschiedener Mediator- und Moderator-Variablen.

Wampold (2001) gibt folgenden prozentualen Anteil der *Ergebnisvarianz in der Psychotherapie als Funktion unterschiedlicher Wirkfaktoren* an:

- » 30 Prozent allgemeine Wirkfaktoren,
- » 40 Prozent extratherapeutische Veränderungen,
- » 20 Prozent Therapeuten-Effekte,
- » 10 Prozent (schulenspezifische) Techniken.

Abbildung 1.1:
Wirkfaktoren in der Psychotherapie



Quelle: Wampold 2001; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das zentrale Ergebnis ist, dass die leidenschaftlich geführten „Schulen-Streits“ (um Konzepte und Techniken) zwischen den unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen in der empirisch überprüften Praxis eine auffällig geringe Bedeutung haben: Nur zehn Prozent der Ergebnisvarianz sind auf die Funktion des Wirkfaktors „schulenspezifische Technik“ zurückzuführen.⁶

Wichtige Einflussfaktoren sind jedoch die *objektivierbaren und auch subjektiven Faktoren* (Wampold 2001) der Patienten (Alter, Geschlecht, sozialer Hintergrund bzw. Persönlichkeit, Problembewältigungsmuster etc.) und der Therapeuten (therapeutische Beziehung, Erwartungen etc.).

Transdisziplinäre Forschung als konstruktivster Ansatz

Theorien und deren Forschungsergebnisse, die nach unterschiedlichen Paradigmen konstruiert werden, sind nicht oder nur schwer miteinander vergleichbar, der Wissenszuwachs ist nicht kumulativ, da die zugrunde liegenden „Menschen- und Weltbilder“ zu unterschiedlich sind.⁷ Ein Paradigmenwechsel bzw. eine Paradigmenvereinheitlichung wäre daher einer *wissenschaftlichen Revolution* vergleichbar.

6

Allerdings ist die genaue Beschreibung dessen, was unter den jeweiligen Kategorien verstanden wird, nicht einfach zu leisten und erfordert wiederum eigene (bedeutungsorientierte) Forschung.

7

Dies weist auf das Problem der Operationalisierung in den quantifizierenden Forschungsansätzen hin, wonach in diesem Paradigma numerische Größen zwar optimal verrechnet werden können, doch die Bedeutung bzw. Definition ihrer Werte bleibt oft völlig unklar / muss offen bleiben, und ein Lösungsversuch führt direkt in den Bereich der Hermeneutik. Dies stellt den vielfach erhobenen Anspruch einer reinen „Evidenzbasierung“ in Frage, insofern als jede Empirie immer ihre logischen Setzungen/Prämissen voraussetzt (vgl. Kimmerle, Nissen und Schüleln 2012). Allerdings ist der Wunsch nach einer metadisziplinären Integration bzw. v. a. die Verwendung einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie(-forschung) aufgrund der zahlreichen Vorteile v. a. für die empirische Forschung sehr nachvollziehbar.

Vielversprechend und momentan als der zielführendste und konstruktivste Weg erscheint hingegen die *Begegnung der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen und Forschungslogiken unter Beibehaltung von Unterschieden* im Sinne einer transdisziplinären Forschung.

Die *transdisziplinäre Forschung* identifiziert Problemfelder der Lebenswelt, ergänzt die Grundlagenforschung, erfasst die Komplexität der Probleme, berücksichtigt die Diversität von gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Sichtweisen der Probleme, verbindet abstrahierende Wissenschaft und fallspezifische Relevanz des Wissens und erarbeitet Wissen zu einer am Gemeinwohl orientierten praktischen Lösung der Probleme.

Literatur

Eysenck, Hans Jürgen (1952): The Effects of Psychotherapy: An Evaluation.
In: Journal of Consulting Psychology 16, 319–324

Grawe, Klaus: Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre (1992). In: Psychologische Rundschau 43, 132–162

Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Howard, K. I.; Lueger, R. J.; Maling, M. S.; Martinovich, Z. (1993): A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (4), 678–685

Kimmerle, Gerd; Nissen, Bernd; Schüle, Johann August (2012): Zur Wissenschaftstheorie der Psychoanalyse. In: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 66 (7). Frankfurt/Main: Klett-Cotta.

Luborsky, Lester; Singer, Barton; Luborsky, Lise (1975): Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes“? In: Archives of General Psychiatry 32 (8), 995–1008

Seligman, M. E. P. (1995): The effectiveness of Psychotherapy. The consumer reports study.
In: American Psychologist 50, 965–974

Wampold, B. E. (2001): The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.
Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

Wampold, B. E. (2001): The great psychotherapy debate: Models, methods and findings.
Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum

1.2 Good-Practice-Beispiele I: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden – „RISK“-Studie (2008–2012)

Brigitte Schigl

(Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit)

Projektleitung: Anton Leitner, Forschungsteam: Michael Märtens, Claudia Höfner, Alexandra Koschier, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner, Gregor Liegl, Gerhard Hintenberger, Brigitte Schigl

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Ausgangslage und Ziele

Ziel der Studie „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie“ der Donau-Universität Krems (DUK) war es, einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie zu leisten (kurz: RISK-Studie 2008–2012). Die leitende Überlegung lautete: Wenn etwas wirkt, können auch Nebenwirkungen entstehen. Das heißt, dass neben den positiven Effekten von Psychotherapie (PTH) auch unerwünschte Effekte bei Psychotherapie-Patientinnen und -Patienten auftreten können. Das Forschungsprojekt zielte darauf ab, Psychotherapeutinnen und -therapeuten für diesen Problembereich zu sensibilisieren und Personen in Psychotherapie im Sinne der Aufklärung zu mehr Partizipation zu ermutigen.

Die Untersuchung mit veranlasst hat ein Zufallsbefund einer anderen DUK-Untersuchung (zur integrativen Therapie), in der große Effektstärkenunterschiede bzw. vereinzelt auch deutliche Verschlechterungen bei einzelnen Patientinnen/Patienten während des psychotherapeutischen Prozesses beobachtet werden konnten.

In der Fachliteratur sind neben zahlreichen Studien zur positiven Wirksamkeit wenige, aber beunruhigende Untersuchungsergebnisse zu negativen Psychotherapieverläufen (Verschlechterungen) zu finden. Ein weiteres alarmierendes Ergebnis ist, dass es in der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten oft an Problembewusstsein mangelt. Nur eine/r von zehn psychotherapeutischen Praktikerinnen/Praktikern zieht negative Folgen der von ihr/ihm durchgeführten Psychotherapie bei den Patientinnen/Patienten überhaupt in Betracht.

Forschungsdesign: Forschungsfragen, Forschungsphasen und Methodik

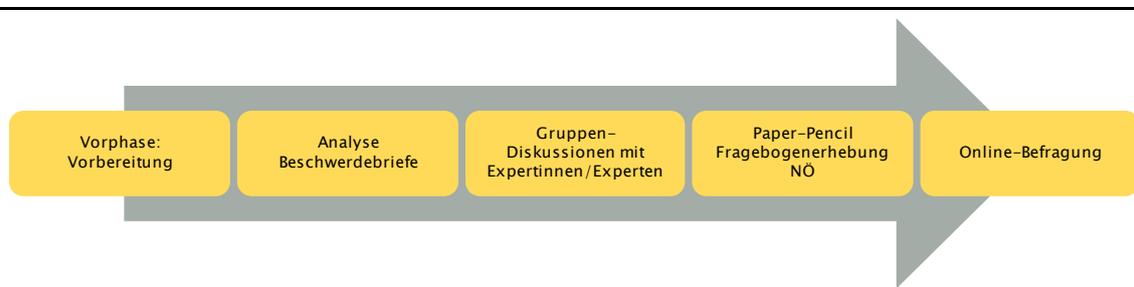
Die Forschungsfragen der Studie waren:

1. Welche Nebenwirkungen können bei einer psychotherapeutischen Behandlung (von Patientinnen und Patienten in Österreich) auftreten?
2. Gibt es Risikofaktoren oder Prädiktoren für unerwünschte Therapieeffekte (Schäden oder Nebenwirkungen)?

3. Worin liegen die Unterschiede von unerwünschten Therapieeffekten (Schäden oder Nebenwirkungen)
4. (Wie) können negative Therapiefolgen diagnostiziert und zukünftig verhindert werden?

Die Studie war als Pilotstudie hypothesengenerierend und explorativ angelegt. Die Forscherinnen und Forscher triangulierten verschiedene Datenquellen und Forschungsmethoden in einem mehrperspektivischen Vorgehen (Berücksichtigung der Sichtweisen der Patientinnen/Patienten und Therapeutinnen/Therapeuten).

Abbildung 1.2:
Forschungsphasen und Methodik der RISK-Studie



Quelle: Schigl 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Vorphase beinhaltet

- a) Literaturrecherche,
- b) vorbereitende Kooperationsgespräche mit relevanten Stakeholdern der Psychotherapieszene (u. a. die Bekanntmachung des Forschungsvorhabens im Psychotherapiebeirat) sowie
- c) die Auswahl und Einladung der Expertinnen/Experten für die Gruppendiskussion.

In der ersten Forschungsphase wurden anonymisierte Patientinnen-/Patienten-Beschwerden ausgewertet (Beschwerden über Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten werden an die regionalen Ethikkommissionen des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie übermittelt und die nicht vor Ort lösbaren Fälle an das Bundesministerium für Gesundheit zur Behandlung im Psychotherapie-Beirat weitergeleitet): Sie wurden als Dokumentenanalyse einer quantitativen und qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen.

Sodann wurden als zweiter Schritt der ersten (qualitativen) Forschungsphase Focus Groups mit Vertreterinnen und Vertretern aller Fachspezifika durchgeführt, in denen die Expertinnen und Experten ihre Erfahrungen zum Thema Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie darlegten. Diese Gruppendiskussionen wurden nach den Prinzipien der „Grounded Theory“ und der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Zweck dieser beiden Analysen war die Kategorienbildung zum Thema Risiken, Nebenwirkungen und Schäden.

Darauf aufbauend wurde ein Fragebogen⁸ für Patientinnen/Patienten entwickelt und in einem Probelauf (n = 70) getestet.

In der zweiten (quantitativen) Forschungsphase wurde eine Fragebogenerhebung⁹ bei 1.676 Personen durchgeführt, die zu diesem Zeitpunkt bei der NÖGKK versichert waren und im zweiten Quartal 2008 Psychotherapie entweder mit Zuschuss der NÖGKK oder mit Vollfinanzierung in Anspruch genommen haben. Der Rücklauf belief sich auf 33 Prozent (n = 562). Aussagen zur Repräsentativität dieser Stichprobe müssen aber eingeschränkt getroffen werden, da unbekannt ist, welche Meinung die Non-Responder haben (der Umstand, dass das Bundesland gut repräsentiert ist, hat für die hier untersuchte Fragestellung keine Aussagekraft).

In der dritten Forschungsphase wurde daher eine Kurzversion des Paper-Pencil-Fragebogens konstruiert. So wurden 42 soziodemografische (z. B. Alter), objektive (z. B. Therapiedauer) und subjektiv erlebte Variablen (z. B. therapeutische Beziehung, Veränderung der Lebenszufriedenheit) in einer Online-Befragung erhoben: Im Erhebungszeitraum zwischen Oktober 2009 und April 2010 konnten Erwachsene, die in Österreich Psychotherapie in Anspruch genommen hatten, den in verschiedenen Printmedien und Netzwerken beworbenen Online-Fragebogen ausfüllen.

Es beteiligten sich 2.056 Personen, davon 66 Prozent Frauen und 34 Prozent Männer. Jene 64 Prozent, die ihre PTH bereits beendet hatten, wurden in die weiteren Auswertungen mit einbezogen. Über die Repräsentativität können keine Aussagen gemacht werden, da unbekannt ist, wie viele Personen der Online-Fragebogen erreichte, und daher auch unbekannt ist, von welcher Grundgesamtheit ausgegangen werden muss. Außerdem muss angenommen werden, dass eine Extremgruppenselektion an unzufriedenen Personen vorliegt.

Diese Daten zu Risikofaktoren oder Prädiktoren für unerwünschte Psychotherapie-Effekte wurden mittels multivariater analytisch-statistischer Verfahren ausgewertet (Varimax-Faktorenanalyse mit Kaiser-Normierung, Chi-Quadrat-Tests, Mann-Whitney-Test, Kruskal-Wallis-H-Test, Signifikanzniveau 0,05).

Ausgewählte Ergebnisse

Die in diesem Vortrag präsentierten Ergebnisse stellen Auszüge aus den umfangreichen Datenanalysen dar (eine Publikation mit umfassender Darstellung ist in Vorbereitung).

8
mit strukturierten, d. h. zwischen -5 und +5 skalierten Fragen und einer offenen Frage

9
Paper-Pencil-Fragebogen, Postversand

Qualitative Daten

Die Analyse der Beschwerdebriefe ergab v. a. Klagen in Bezug auf Strukturqualitätsmängel (z. B. unabgesprochene Settingbedingungen bzw. -veränderungen bzw. Honorarmodalitäten)¹⁰. Die Studienautorinnen/-autoren schlossen aus den Beschwerdebriefen, dass Patientinnen/Patienten oft zu wenig als aufzuklärende und gleichberechtigt mitentscheidende Vertragspartner gesehen werden (fehlender „informed consent“).

Ein zentrales Ergebnis der Expertinnen-/Expertenbefragung bezieht sich auf den Umgang mit Fehlern. Fehler können prinzipiell auch bei erfahrenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten jederzeit vorkommen. Unterschieden werden muss allerdings ein 1. reflektierter, 2. unreflektierter und 3. ignoranter Umgang mit Fehlern. Der Umgang mit Fehlern bedingt jeweils unterschiedliche Folgen in Bezug auf das Wiederholungsrisiko (niedrig, niedrig bis hoch und sehr hoch) und auf den Grad der Auswirkung: Eine *schadensfreie* Integration von Fehlern, d. h. eine Einbindung und „Wiedergutmachung“ für den laufenden Prozess, ist *nur* im ersten Fall (reflektierter Umgang) denkbar.

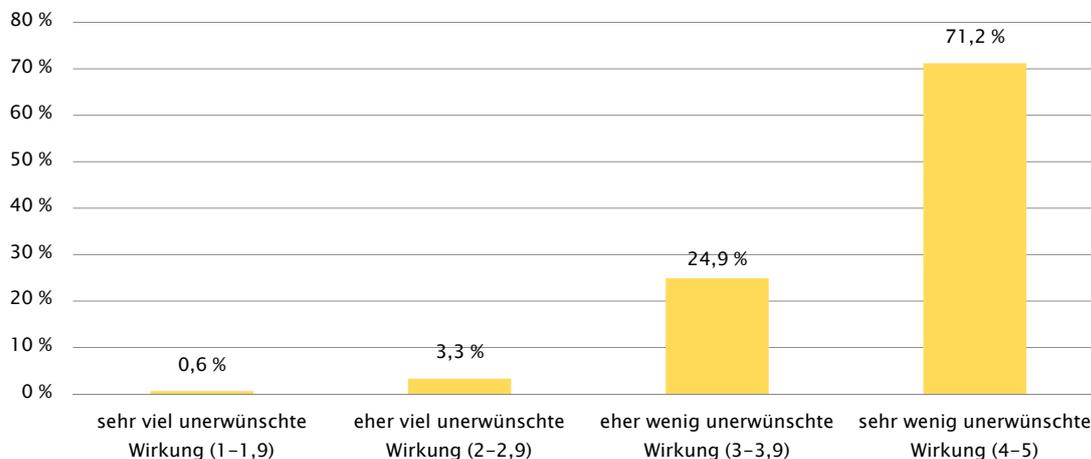
Quantitative Daten

Bei der Befragung der niederösterreichischen Patientinnen/Patienten kann eine Antworttendenz zur sozialen Erwünschtheit angenommen werden, da der Fragebogen in Kooperation mit der NÖ GKK aus Datenschutzgründen von dieser verschickt wurde. Bei weniger als einem Prozent der befragten Patientinnen/Patienten konnten (wenig gravierende) Problemkonstellationen und somit keine standeswidrigen Verhaltensweisen, unerwünschte Nebenwirkungen oder Therapieschäden festgestellt werden.

10

Z. B. Wechsel vom Einzel- in ein Gruppensetting, Veränderung (meist Erhöhung) der Frequenz ohne Angabe von Gründen, fehlende Rechnungslegung, verschobene Zahlungsmöglichkeiten/„Lockangebote“.

Abbildung 1.3:
Exemplarische Ergebnisse RISK-Studie (quantitative Daten der NÖ Patientinnen und Patienten)



Items:

- » „Ich fühle mich seit Therapiebeginn dünnhäutiger.“
- » „Ich fühle mich seit Therapiebeginn verletzlicher meinen Mitmenschen gegenüber.“
- » „Ich werde von nahestehenden Menschen abgewertet, weil ich in Therapie gehe.“

Quelle: Schigl 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Online-Studie zeigt ganz andere Ergebnisse: Aufgrund der Bewerbung der Online-Befragung in verschiedenen Printmedien und des Studientitels „Risiken, Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie“ gehen die Studienautorinnen und -autoren von einer Extremgruppenselektion aus: Wahrscheinlich beantworteten v. a. solche Patienten/Patientinnen den Online-Fragebogen, die besonders negative Erfahrungen in ihrer Psychotherapie gemacht haben.

Nach Stichprobe der Online-Befragung erlebten 28 Prozent der Antwortenden eine subjektiv schlechte therapeutische Beziehungsqualität, und die allgemeine Lebenszufriedenheit verschlechterte sich bei 17 Prozent im Laufe der Psychotherapie.

Die Faktorenanalyse bestätigt und differenziert diesen Zusammenhang: Jene 17 Prozent, bei denen sich die allgemeine Lebenszufriedenheit verschlechterte, erlebten zu 81 Prozent eine schlechte therapeutische Beziehungsqualität, während von den 49,1 Prozent mit einer verbesserten allgemeinen Lebenszufriedenheit 96 Prozent eine gute/hohere therapeutische Beziehungsqualität angaben. Daraus ist zu schließen, dass die psychotherapeutische Beziehung ein wesentlicher Faktor für den Outcome von Psychotherapie ist. Dieses Ergebnis deckt sich mit allen Aussagen der Psychotherapieforschung.

Bemerkenswert ist jedoch, dass die mittlere Therapiedauer unabhängig ist von der Beziehungsqualität und unabhängig davon, ob sich eine Verbesserung des Lebens aus subjektiver Sicht der Patientinnen und Patienten abzeichnet: Personen, die über eine subjektiv schlechte Beziehungsqualität zu ihren Therapeutinnen/Therapeuten berichten oder deren Lebenszufriedenheit sich verschlechtert hat, blieben genauso lange in Therapie wie Patientinnen/Patienten, die mit ihrer

Psychotherapie sehr zufrieden waren und deren Lebenszufriedenheit sich verbesserte. Darüber hinaus beschreiben die „verschlechterten“ Patientinnen/Patienten meist auch Nebenwirkungen wie unerwünschte soziale Isolation und sozioemotionale Veränderungen.

Schlussfolgerungen und notwendige Maßnahmen

Aus den beschriebenen Ergebnissen können folgende Schlüsse gezogen werden:

- » Es ist wichtig, Bewusstsein über die Bedeutung der Vertragsphase inkl. Settingklärung (Psychotherapievertrag) in der Berufsgruppe zu schaffen;
- » es ist wichtig, Patientinnen und Patienten über die Zusammenhänge zwischen therapeutischer Beziehung und Therapiewirksamkeit aufzuklären und sie zu ermutigen, ihren Therapeutinnen/Therapeuten zu sagen, wenn es ihnen schlecht geht in der Psychotherapie (im Sinne der Partizipation);
- » es ist wichtig, Patientinnen und Patienten aufzuklären, dass sie selbstverständlich das Recht haben, die Psychotherapie auch zu beenden (vgl. „Beipackzettel für Psychotherapie“);
- » es ist wichtig, ein allgemeines Problembewusstsein für negative Therapieverläufe in der Berufsgruppe zu fördern.

Themen der darauffolgenden Diskussion mit den Workshopteilnehmerinnen/-teilnehmern:

- » Die Diskussion unterstrich nochmals, dass die Repräsentativität der beiden Fragebogenerhebungen sehr eingeschränkt ist, da einmal die möglicherweise sehr unzufriedenen Non-Responder nicht erfasst werden konnten und das andere Mal von einer Extremgruppen-selektion an unzufriedenen Patienten/Patientinnen ausgegangen werden muss. Dennoch sind die Ergebnisse der Online-Studie sehr aussagekräftig und müssen Beachtung finden: Auch wenn nur wenige Patientinnen/Patienten in ihren Psychotherapien unerwünschte Effekte erleben, muss diese Möglichkeit im Bewusstsein der behandelnden Psychotherapeutinnen/-therapeuten verankert werden.
- » Weiters wurde wiederholt, dass in der Untersuchung ausschließlich subjektive Zufriedenheit und keine objektiven Variablen erhoben wurden, wie beispielsweise Symptomchecklisten, Krankenstandstage oder Fremdbeurteilungen.
- » Angeregt wurde die vertiefende Untersuchung der Frage, inwiefern durch den reflektierten Umgang mit Fehlern auch ein Fortschritt im psychotherapeutischen Prozess nachweisbar ist.
- » Aufgefallen ist, dass sich offenbar niemand über die Herabsetzung der Frequenz der Psychotherapie beschwert hat.
- » Kritisiert wurde die Verwendung des aus der Pharmakologie stammenden Begriffs der „Nebenwirkungen“ für den Studientitel, der auf die Psychotherapie nicht übertragbar sei, da hier unerwünschte Effekte auftreten können, aber nicht zwangsläufig auftreten müssen.
- » Insgesamt wurde die Untersuchung als ein Tabubruch in Österreich gewertet, der für viel Unruhe sorgte, aber für die Schärfung des Problembewusstseins wichtig war.

Literatur

Leitner, Anton; et al. (2012): Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin; http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_25.9.12.pdf

Psychotherapeutische Behandlung [Beipackzettel für Psychotherapie] (2011); <http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/wlp/Beipackzettel-Psychotherapie.pdf>

Schigl, Brigitte (2012): Folien zur Präsentation beim Workshop „Psychotherapieforschung“ an der GÖG/ÖBIG

1.3 Good-Practice-Beispiele II: Ausbildungsforschung – Entwicklung der therapeutischen Kompetenz

*Anton-Rupert Laireiter
(Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie)*

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Die Ausbildungsforschung hat sich in den letzten Jahren durch eine Reihe von internationalen Entwicklungen aus ihrem jahrzehntelangen Schattendasein herausbewegt. Pionierarbeit leisteten Bernhard Strauß und Mitarbeiter (Universität Jena, Deutschland) mit ihrem Forschungsgutachten (Strauß et al. 2009) zu einer geplanten Novelle des deutschen Psychotherapeutengesetzes, das in der Folge zur Gründung des European Research Network on Psychotherapy Training „EuroPTrain“ führte, eines internationalen Forschungsnetzwerks zur Ausbildungsforschung, und der „Society for Psychotherapy Research (SPR) – Interestgroup on Training and Development of Psychotherapists (SPRISTAD)“ (der Vortragende gehört beiden Netzwerken an). Zentrale Themen der aktuellen Ausbildungsforschung sind Effekte von Ausbildungselementen, professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten bzw. deren psychotherapeutischer Kompetenz sowie die Evaluation von Ausbildungen.

Trotz vermehrter Forschungstätigkeit in den letzten Jahren nimmt die Ausbildungsforschung einen eher untergeordneten Rang innerhalb der Psychotherapieforschung ein und kämpft mit Finanzierungsproblemen der Forschungsvorhaben. Ein Ziel besteht daher darin, die Ausbildungsforschung in ihrer Bedeutung zu stärken. Künftig sind vermehrt prospektive Studien nötig, die von der Frage geleitet werden, welche psychotherapeutischen Kompetenzen erforderlich sind und wie diese optimal entwickelt werden können.

Psychotherapieausbildung in Österreich

Die Psychotherapieausbildung in Österreich basiert i. d. R. auf einem „Quellenberuf“ (z. B. Psychologen, Mediziner) und startet mit dem „psychotherapeutischen Propädeutikum“, dem das „psychotherapeutische Fachspezifikum“ folgt. Dieses umfasst insgesamt 1.900 Anwesenheitsstunden und beinhaltet folgende Ausbildungselemente:

- » Theorie (z. B. Grundlagen-, klinisches und psychotherapeutisches Wissen) und Methodik (z. B. Gesprächsführung, Diagnostik, Dokumentation, Interventionsmethoden) (mind. 300 Stunden),
- » Praktikum und Praktikumssupervision (580 Stunden),
- » Selbsterfahrung (200 Stunden),
- » Fallarbeit (600 Stunden),
- » Supervision (120 Stunden),
- » psychotherapeutische Literatur (100 Stunden).

Ausbildungsforschung in der Psychotherapieausbildung

Die Ausbildung von Psychotherapeuten ist eine zentrale Komponente für die Qualität von Psychotherapie, da sich psychotherapeutische Kompetenz vor allem durch die Ausbildung entwickelt. Die Ausbildungsforschung sollte daher in Hinblick auf die Qualitätssicherung in der Psychotherapie mehr Bedeutung erhalten.

Die wichtigsten Forschungsfragen behandeln den Effekt der einzelnen Ausbildungselemente v. a. auf die Kompetenzentwicklung der auszubildenden Psychotherapeuten und die Evaluation der Ausbildungen. Die typischen Fragestellungen im Bereich der Ausbildungsforschung sind:

- » Was ist therapeutische Kompetenz?
- » Wie gut ist die Kompetenz der ausgebildeten (bzw. auszubildenden) Psychotherapeuten?

und folglich:

- » Wie gut ist die Ausbildung?
- » Welche Ausbildungselemente tragen am meisten zur Kompetenzentwicklung bei?
- » Wie ist die Ausbildung zu gestalten, um gut ausgebildete Psychotherapeuten zu erhalten?

An der Universität Salzburg (Fachbereich Psychologie) beschäftigen sich der Vortragende und sein Team im Rahmen des Schwerpunkts „Ausbildungsforschung“ daher mit folgenden Aspekten:

- » Ergebnisse psychotherapeutischer Ausbildungen (Evaluation von Gesamtausbildungen),
- » Effekte spezifischer Ausbildungselemente (Evaluation von Supervision, Selbsterfahrung),
- » psychotherapeutische Kompetenz (z. B. Begriff/Konzept, Komponenten, Verfahrensentwicklung zur Selbst- und Fremdbeurteilung, Kriterien für positive und negative Kompetenzentwicklung),
- » Qualitätssicherung von Ausbildung,
- » Ausbildungsabschluss,
- » Entwicklung von Psychotherapeuten.

Es werden typischerweise folgende Punkte (als abhängige Variablen) untersucht: die subjektive Zufriedenheit, die subjektive Beurteilung der wahrgenommenen Ergebnisse (Outcome), das Erreichen von Ausbildungszielen, die Entwicklung der therapeutischen Kompetenz sowie der eigenen therapeutischen Effektivität (aus subjektiver und objektiver Sicht).

Die folgende Tabelle 1.1, aufgebaut analog dem „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987), verdeutlicht Struktur und mögliche Inhalte der Ausbildungsforschung im Detail. Allgemein geht es um die Erforschung aller Komponenten und Faktoren, die im Zusammenhang mit Ausbildung in der Psychotherapie von Relevanz sind, wie Rahmenbedingungen, Vorbedingungen, Ausbildungsprozesse, Ergebnisse der Ausbildung, und v. a. um die Entwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz bzw. die Psychotherapeuten selbst.

Tabelle 1.1:
Ausbildungsforschung – Struktur

Hintergrund	Kultur Gesetzliche, ethische, soziale und finanzielle Regulierungen / Grundlagen der Psychotherapie Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen Genereller Stellenwert psychotherapeutischer Leistungen im Gesundheitssystem
Input	Persönlicher Hintergrund der Ausbildungsteilnehmer, Motive für die Berufswahl Persönlichkeit (Selbsteffizienz, Vulnerabilität etc.) Vorerfahrungen, klinische Erfahrungen Wahl des Verfahrens Motivation, spezielle Interessen (Methoden, Orientierungen) Ausbildungseinrichtung, Lehrkräfte, Lehrtherapeuten, Supervisoren: Programmbestandteile, Curriculum, Zulassungsvoraussetzungen, Aufnahmebedingungen, Lehrkonzept, Psychotherapiekonzept, Qualifikation des Lehrpersonals, Standards der Qualitätssicherung
Prozess	Ausbildungsziele, -inhalte und -konzepte (Fokus: z.B. verfahrens- vs. störungsorientiert), Qualität der Ausbildung Operationalisierungen (z.B. „helping skills“), Trainingsaspekte Fertigkeiten (Entwicklung und Bewältigung) Gruppenprozesse: innerhalb der Ausbildungsgruppe, der Einrichtung, der Supervisionsgruppe etc. Negative Effekte Allgemeine Entwicklung: Individualisierung, Autonomie, Abhängigkeit, (Über-)Identifizierungen Ausbildungskomponenten: Selbsterfahrung, praktische Ausbildung, theoretische Ausbildung, praktische Tätigkeit, Supervision, Hospitationen, zusätzliche Angebote, Evaluation
Output	Mikro- und Makro-Outcome Expertise/Kompetenz Negative Effekte Professionelle Integration, lebenslanges Lernen, Interessenverlagerung Sozialisation nach der Ausbildung, persönliches Wachstum Belastungen und Selbstfürsorge

Quelle: Strauß & Kohl 2009; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Hinsichtlich des Forschungsdesigns können folgende Typen von Ausbildungsforschung unterschieden werden:

- » beschreibende vs. evaluative Forschung,
- » qualitative vs. quantitative Forschung,
- » Erhebungsforschung vs. (quasi) experimentelle Forschung,
- » Inputforschung/Inputanalysen
(z. B. Gründe für die Berufswahl, Persönlichkeitsmerkmale, Vorerfahrungen),
- » Ausbildungsprozessforschung (deskriptiv, evaluativ),
- » Ausbildungsergebnisforschung
(z. B. Teil-/Gesamtausbildung, Effektivität von Auszubildenden).

Um die Forschungssituation im Bereich der Ausbildungsforschung zu verbessern, wurde das EU-Projekt „European Research Network on Psychotherapy Training“ (EuroPTrain) zur europaweiten Etablierung eines Forschungsnetzwerks im Bereich der Psychotherapieausbildung gegründet. Aus der folgenden Auflistung sind (derzeit schwer finanzierbare) Forschungsvorhaben im Rahmen von EuroPTrain ersichtlich.

Tabelle 1.2:

Forschungsvorhaben im Rahmen von EuroPTrain

-
- » Historical backgrounds of psychotherapy training
 - » Structure of training in Europe
 - » Psychotherapeutic competencies
 - » Core competencies
 - » Specific competencies
 - » Trainee input and its prognostic value for developing psychotherapeutic competencies
 - » Development of psychotherapeutic competencies
 - » Quality and quality assurance in psychotherapy training
-

Quelle: Laireiter 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ausgewählte Ergebnisse der Inputforschung

Die Inputforschung untersucht jene Faktoren und Vorbedingungen, die die auszubildenden Personen in die Ausbildung mitbringen.

Angehende Psychotherapeutinnen und -therapeuten haben nach einschlägigen Inputanalysen (z. B. Henry et al. 1971; McLeod 2004; Strauß & Kohl 2010) häufig einen Migrationshintergrund und ein damit verbundenes „Anderssein“ erlebt. Der Wunsch nach dem Verständnis für Fremde bzw. Andere bestärkt die Entscheidung zu einer Psychotherapieausbildung. Auch das lange Erleben von Einsamkeit, Krankheit oder Trauer und der daraus resultierende Wunsch nach intensivem Kontakt zu anderen bzw. das Interesse am eigenen Innenleben, die häufige Konfrontation mit einem depressivem Elternteil und/oder konflikthafte Familienstrukturen und die damit verbundene Helfermotivation, die Erfahrung eigener Verletztheit („wounded healer theory“), die oft eine Voraussetzung für die Empathie und das Verständnis der Verletzungen von Klienten darstellen, können ausschlaggebend sein für den Berufswunsch der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten. Zuletzt ist auch die Absolvierung einer Eigenthherapie oft Katalysator dafür (Henry et al. 1971).

Nach bisherigen Studien (Strauß & Kohl 2010) scheint die Persönlichkeit die Wahl der Psychotherapiemethode zu beeinflussen: Es bestehen statistisch relevante Unterschiede zwischen eher psychodynamisch interessierten (laut Selbsteinschätzung eher intuitiv und ganzheitlich denkend) und eher kognitiv-behavioral interessierten Personen (Selbsteinschätzung eher als analytisch und rational).

Die Ausbildung selbst wird aus subjektiver Sicht v. a. als ein Prozess persönlicher Entwicklung gewertet (Henry et al. 1971; McLeod 2004; Orlinsky & Rønnestad, 2005), in dem die eigene Eignung überprüft und letztlich eine möglichst flexible, eigene (psychotherapeutische) Identität ausgebildet werden.

Ausgewählte Ergebnisse der Ausbildungsevaluation

Bislang gibt es kaum Evaluationen der Gesamtausbildungen, sondern eher Studien zu einzelnen Ausbildungselementen bzw. zu Ausbildungselementen im Vergleich. Die Evaluationen erfolgen

primär über (retrospektive) Selbstbeurteilungen durch Absolventen (von psychotherapeutischen Fachspezifika) oder durch Psychotherapeuten. Dabei sind folgende Aspekte von Interesse (Laireiter & Botermans, 2005):

- » Nützlichkeit/Wichtigkeit der Ausbildung für die eigene psychotherapeutische Tätigkeit,
- » Wichtigkeit der Ausbildungsinhalte für den Kompetenzerwerb,
- » Zufriedenheit mit der Ausbildung bzw. den Ausbildungselementen,
- » unerwünschte Effekte,
- » fehlende Inhalte in der Ausbildung.

In verschiedenen Studien wurden die verschiedenen Ausbildungselemente im Hinblick auf ihre subjektiv wahrgenommene Wichtigkeit für den Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz gereiht. Eine Analyse dieser Rangreihung über zehn Studien (Laireiter 2000; Laireiter & Botermans 2005) kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. eigene therapeutische Tätigkeit,
2. Supervision,
3. Selbsterfahrung/Eigentherapie,
4. Praktikum und Praktikumssupervision,
5. Methodentraining,
6. theoretische Lehrveranstaltungen,
7. Lektüre facheinschlägiger Literatur.

Daneben wird in einzelnen Studien auch die Berufs- und Lebenserfahrung neben der formalen Psychotherapieausbildung als sehr nützlich für den Kompetenzerwerb gewertet (Sonntag et al. 2009). In Bezug auf die Ausbildung kann die hohe Bedeutung der praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit und Supervision sowie der Selbsterfahrung und des Methodentrainings für den Erwerb der psychotherapeutischen Kompetenz als gesichert angesehen werden. Als problematisch ist anzusehen, dass in vielen psychotherapeutischen Ausbildungen klinische (störungs-, setting- und zielgruppenspezifische) Inhalte und die (v. a. klinische) Diagnostik vernachlässigt werden. Unter Qualitätsaspekten ist hervorzuheben, dass in der Ausbildung auch negative bzw. belastende Erfahrungen gemacht werden (z. B. Konflikte mit Lehrtherapeutinnen/-therapeuten/Supervisorinnen/-visoren und Kolleginnen/Kollegen oder aufgrund veralteter Konzepte).

Diverse Studien (zusammengefasst bei Laireiter & Botermans 2005) zeigen, dass die therapeutische Effektivität (Wirksamkeit als Therapeut) durch die herkömmlichen Ausbildungsmethoden (Methodentraining, Selbsterfahrung, Supervision) kaum bis gar nicht beeinflusst wird. Die praktische Tätigkeit sollte daher in der Ausbildung verstärkt berücksichtigt werden.

Diskussion und Ausblick

Bisherige Forschungsergebnisse legen nahe, die mitteleuropäische Ausbildungsphilosophie einer Orientierung der Ausbildung an einigen wenigen Ausbildungselementen für angehende Psychotherapeutinnen/-therapeuten in folgender Hinsicht zu überdenken: Was sind hilfreiche und wirksame psychotherapeutische Kompetenzen und Eigenschaften? In der Folge sollten die

Ausbildungen auf die Vermittlung dieser Kompetenzen ausgerichtet und stärker in die praktische Tätigkeit integriert werden (learning by doing). Auch die Methodenvermittlung könnte praxisbezogener als bisher erfolgen. Insgesamt erscheint eine Weiterentwicklung hin zu einer kompetenz- und outcomeorientierten Ausbildung als logische Konsequenz der bisherigen Forschungsergebnisse.

Der Bereich „Ausbildungsforschung“ stellt keinen „Mainstream-Forschungsbereich“ dar, gegenwärtig ist im Rahmen der Psychotherapie-Forschung allgemein eine Schwerpunktverschiebung in Richtung neurobiologischer Ansätze festzustellen. Es gibt daher kaum Forschungsfinanzierung, und die Studien werden mit hohem Eigenaufwand und zum Teil auch mit nicht optimaler methodischer Qualität durchgeführt. Die Arbeiten werden auch oft nicht publiziert. Da praxisbezogene Ausbildungsforschung enorm aufwendig ist, bestehen häufig mangelnde Motivation und Bereitschaft der Ausbildungseinrichtungen und Vereine zur Unterstützung oder Kooperation. Die Ausbildungsforschung muss künftig eine größere Bedeutung innerhalb der Psychotherapieforschung bekommen: Reine Befragungsstudien reichen nicht aus, um die Effekte von Psychotherapieausbildungen zu evaluieren. Künftig sind vermehrt auch prospektive Studien nötig, die von der Frage geleitet werden, welche psychotherapeutischen Kompetenzen erforderlich sind und wie diese optimal entwickelt werden können.

Literatur:

Henry, W. E.; Sims, J. H.; Spray, S. L. (1971): *The fifth profession: Becoming a psychotherapist*. San Francisco: Jossey-Bass

Laireiter, A.-R. (2012): Folien zur Präsentation beim Workshop „Psychotherapieforschung“ an der GÖG/ÖBIG

Laireiter, A.-R. (2000): Selbsterfahrung in der Psychotherapie: 2. Evaluation. In: A.-R. Laireiter (Hg.): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-Verlag, 89–233

Laireiter, A.-R.; Botermans, J.-F. (2005): Die Bedeutung der Ausbildung und ihrer Komponenten für die Entwicklung therapeutischer Kompetenz und Effektivität. In: A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hg.): *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe, 53–101

McLeod, J. (2004): *Counselling – eine Einführung in Beratung*. Tübingen: dgvt-Verlag

Orlinsky, D. E.; Howard, K. I. (1987): A generic model of psychotherapy. In: *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy* 6, 6–27

Orlinsky, D.E.; Rønnestad, M. H. (2005): *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association

Sonntag, A.; Glaesmer, H.; Barnow, S.; et al. (2009): Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. Ergebnisse einer Ausbildungsbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. In: *Psychotherapeut* 54, 427–436

Strauß, B.; Barnow, S.; Brähler, E.; Fegert, J.; Fliegel, S.; Freyberger, H. J.; Goldbeck, L.; Leuzinger-Bohleber, M.; Willutzki, U. (2009): *Forschungsgutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Strauß, B.; Kohl, S. (2009): Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 54, 411–426

1.4 Good-Practice-Beispiele III: Empowerment und Verarbeitung von Gewalterfahrung im Vergleich (Empowerment of Women Environment Research – EMPoWER)

Michael Wieser

(Universität Klagenfurt, Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse)

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Die Studie wurde innerhalb eines aktuellen EU-Projekts durchgeführt und beschäftigt sich mit der Verarbeitung von (weiblichen) Gewalterfahrungen in sechs europäischen Staaten. Mittels standardisierter Testverfahren und qualitativer Methoden wurde die Wirksamkeit von Psychodrama-Psychotherapie bzw. Beratung bei der Verarbeitung von Gewalterfahrungen untersucht. Darüber hinaus erfolgte eine Validierung der im Projekt eingesetzten und zum Teil eigens dafür übersetzten psychologischen Testverfahren.

Ausgangslage

Ein Beispiel für eine gezielte **Psychotherapie-Interventionsstudie** stellt das von der Europäischen Kommission im Rahmen von DAPHNE III finanzierte Forschungsprojekt „EMPoWER“ dar. Das Forschungsvorhaben zielte ab auf das Problem von geschlechtsspezifischer Gewalterfahrung, insbesondere von häuslicher Gewalt an Frauen, sowie auf die Rolle der Mutter-Tochter-Beziehung in Bezug auf den generationenübergreifenden Umgang mit Gewalt.

Hintergrund ist die Förderung der EU¹¹ von Forschungsvorhaben über Maßnahmen zum Schutz und zur Unterstützung von Frauen mit Gewalterfahrungen sowie insbesondere zur Prävention von geschlechtsspezifischer Gewalt. Die Projektlaufzeit war vom 1. Mai 2011 bis 30. April 2013. Den Vorsitz bei diesem „Joint European project“ übernahm die Universität Padua/Italien (Prof. Ines Testoni). Das Projekt wurde in sechs europäischen Staaten implementiert (Italien, Portugal, Bulgarien, Rumänien, Albanien, Österreich). Die nationale Koordination in Österreich lag bei Ass.-Prof. Mag. Dr. Michael Wieser (Universität Klagenfurt). Projektpartnerinnen und -partner waren einschlägige Psychodrama-Psychotherapievereinigungen und nationale psychosoziale (Beratungs-)Institutionen, die mit durch Gewalterfahrung traumatisierten Frauen arbeiten.

11

Im Rahmen der 4. Welt-Frauen-Konferenz in Beijing (1995) wurde Gewalt an Frauen als weltweites Problem identifiziert, unabhängig von Schichtzugehörigkeit, Ausbildung, Einkommen, ethnischer Zugehörigkeit oder Alter. Nach wie vor gilt es als aktuelles und wachsendes Problem weltweit. Die Europäische Union bemüht sich daher um Maßnahmen zum Schutz bzw. zur Unterstützung von Frauen mit Gewalterfahrungen in Form spezifischer Forschungsprogramme. Das übergeordnete Ziel dieser Aktivitäten besteht in der Prävention aller Formen von geschlechtsspezifischer Gewalt (physische, sexuelle, psychische Aspekte) analog zu den Definitionen der UN-Weltkonferenz.

Studiendesign inkl. Fragestellung (Forschungsfragen)

Die spezielle Projektzielsetzung ist die konkrete Unterstützung der betroffenen Frauen (Empowerment) und in der Folge die Untersuchung der gesetzten Interventionen in einer **begleitenden (praxisorientierten) Studie**.

Im Rahmen des Projekts waren folgende spezifische Forschungsfragen aus Sicht der Psychodrama-Psychotherapiemethode von Interesse:

- » Ist Psychodrama eine geeignete psychotherapeutische Intervention bei Frauen mit (physischer) Gewalterfahrung in der Familie?
- » Gibt es ein Bewusstsein bezüglich der Veränderbarkeit der Opferrolle?
- » Ist es möglich, einen generationenübergreifenden „Gewaltzirkel“ über Mutter-Tochter-Beziehungen zu durchbrechen?
- » Ist es möglich, eine Anleitung zum Empowerment (zur Selbstbefähigung) für die Arbeit mit traumatisierten Frauen zu entwickeln?

Den theoretischen Hintergrund dieses Forschungsbeitrags bilden die Arbeiten von Jacob Moreno (1953), dem Begründer der Psychodrama-Psychotherapie. Der Einsatz von Psychodrama soll dazu beitragen, die Bedingungen der „Opferrolle“ zu identifizieren und derart zu modifizieren, dass Frauen wieder ein Bewusstsein über ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Selbstbestimmung erlangen.

Das Studiendesign vergleicht die Effektivität von **Psychotherapie (Psychodrama-Gruppen)** mit **Einzel-Beratung**.

Mittels der Verwendung von **drei standardisierten Testverfahren** (SAI-R, CORE-OM und BDI-II; vgl. Abschnitt „Quantitative Instrumente“) sollte die Hypothese verifiziert werden, dass ein positiver Zusammenhang (positive Korrelation) besteht zwischen dem Ausmaß an „Spontanität“ (gemessen durch SAI-R) und „psychischem Wohlbefinden“ (gemessen durch CORE-OM) versus eine negative Korrelation zwischen „Spontanität“ und dem Ausmaß an „Depression“ (gemessen durch BDI-II).

Ein weiteres Ziel war die **Validierung der verwendeten Testinstrumente**. Die interne Konsistenz von SAI-R und CORE-OM wurde in jedem Land und jeder Gruppe mittels Cronbachs Alpha gemessen. Bezüglich des BDI-II wurde die Hypothese überprüft, ob eine Korrelation besteht zwischen einer Gewalterfahrung und der Entwicklung von depressiven Symptomen.

Die Studie erfolgte in vier Stadien:

1. Aufnahme der betroffenen Frauen in eine Betreuungssituation,
2. Durchführung von psychologischen Testverfahren (Pretest),
3. Zuweisung zu Psychodrama-(Gruppen-)Psychotherapie (25 Sitzungen à 2 Stunden) bzw. zur Einzel-Beratung,
4. abschließende psychologische Testverfahren (Post-Messung).

Aufgrund der komplexen Fragestellungen in diesem praxisbezogenen Forschungsprojekt wurde ein Methodenmix aus **quantitativen und qualitativen Verfahren** gewählt:

Quantitative Verfahren

- » Gruppenvergleich der Effektivität von Psychodramagruppen–Psychotherapie mit Einzel–Beratung (Einsatz von Manualen) mittels Prä–/Post–Messungen (psychologische Testverfahren)

Qualitative Verfahren

- » Dokumentation und Auswertung sowie Supervision des Psychotherapie– bzw. Beratungsprozesses (Klientinnen–/Klienten–Datenbögen, Erstellen von monatlichen Verlaufsberichten, psychotherapeutischer Baustein „Soziales Atom“, Dokumentationsleitfäden, Textanalyse mittels der Software Atlas–ti)

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe bestand insgesamt aus 136 Teilnehmerinnen im Alter zwischen 15 und 68 Jahren. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und unentgeltlich. 88 Prozent der Teilnehmerinnen hatten mindestens ein Kind, 12 Prozent waren kinderlos. Die Teilnehmerinnen waren zum Großteil in einem Beschäftigungsverhältnis (69 %), 11 Prozent waren Hausfrauen, 18 Prozent arbeitslos, 7 Prozent in Ruhestand, und rund 5 Prozent waren Studentinnen. In Bezug auf den Familienstatus lässt sich die Stichprobe folgendermaßen charakterisieren: 30 Prozent „Singles“, 40 Prozent verheiratet, 22 Prozent geschieden, 4 Prozent getrennt lebend, 3 Prozent verwitwet, 1 Prozent (außereheliche) Geliebte.

Quantitative Instrumente

Zur Messung der psychischen Befindlichkeit vor bzw. nach den gesetzten Interventionen wurden folgende psychologische Testverfahren eingesetzt:

- » SAI–R (Spontaneity Assessment Inventory–Revised; Kipper 2011),
- » CORE–OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure; Evans et al. 2000),
- » BDI–II (Beck Depression Inventory; Beck et al. 1996).

SAI–R (Spontaneity Assessment Inventory–Revised)

Der SAI–R wurde zur standardisierten Messung von „Spontanität“ entwickelt. „Spontanität“ stellt ein zentrales Konzept in der Theorie des Psychodramas dar im Sinne einer neuen Antwort auf eine bekannte Situation oder einer adäquaten Antwort in einer neuen Situation (beispielsweise Gewaltsituation). Der Test wurde von dem bekannten Psychodramatiker Kipper (Chicago 2005) entwickelt und wurde von Amerstorfer et al. (2011) ins Deutsche übersetzt. Im Rahmen des EMPoWER–Projekts wurde die Anwendbarkeit dieses Tests für die Messung der Effektivität von Psychodrama–Gruppenpsychotherapie bei Frauen mit Gewalterfahrung überprüft.

Der Fragebogen erfasst Gefühle und Gedanken von Menschen in verschiedenen Situationen während eines typischen Tages. Die zentrale Frage lautet: „Wie stark haben Sie diese Gefühle oder Gedanken an einem typischen Tag?“. Dann folgen 18 Items (verschiedene Gefühle und Gedanken), die auf einer Skala von 1 (= sehr schwach) bis 5 (= sehr stark) bewertet werden sollen.

CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation–Outcome Measure)

Dieses Testverfahren dient zur Evaluierung der Effektivität von praktisch-klinischen Interventionen und besteht aus 34 Aussagen, die der Patient / die Patientin auf einer 5-Punkte-Skala nach Likert danach bewerten muss, wie häufig die jeweilige Erfahrung in der letzten Woche gemacht wurde (0 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft/immer). Der CORE-OM gliedert sich in vier Bereiche (insgesamt 34 Fragen): subjektives Wohlbefinden (4 Items), Symptome/Probleme (12 Items), soziale Funktionen (12 Items) und Risiken (6 Items).

Dieser Test sollte ebenfalls validiert werden. Der Test ähnelt dem weit verbreiteten Test „Brief Symptom Inventory“ (BSI), ist aber frei zugänglich. Außerdem wurde für diesen Test Unterstützung für die Übersetzung und Validierung in jedem Land bereitgestellt.

Beck Depression Inventory (BDI-II)

Der BDI ist ein Test zur subjektiven Einschätzung des Schweregrads depressiver Symptome. Die zu erfassenden Symptome korrespondieren mit den diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung laut „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Dieses Testverfahren ist sehr verbreitet und bereits in vielen Sprachen validiert worden.

Die aktuelle Version des BDI (vgl. Pearson Assessment & Information GmbH) besteht aus 21 Gruppen von Aussagen bezüglich verschiedener Symptome und depressiver Einstellungen bzw. Verhaltensweisen. Für jede Gruppe von Aussagen soll jene Aussage gewählt werden, die am besten die eigenen Gefühle in den letzten zwei Wochen beschreibt. Weiters soll für jede Gruppe bestimmt werden, in welchem Ausmaß sich ein bestimmtes Gefühl oder Verhalten in den letzten zwei Wochen verändert hat (0 = keine Veränderung; 4 = größte Veränderung).

Qualitative Methoden

Zur qualitativen Bearbeitung der Forschungsfragen wurden folgende Methoden eingesetzt:

- » Erstellen von Klienten-Datenbögen,
- » Analyse des „sozialen Atoms“ als Baustein der therapeutischen Arbeit (vor und nach der Behandlung),
- » Dokumentationen der Behandlung durch die Psychodrama-Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
- » Ex-post-Dokumentation (anhand eines Dokumentationsleitfadens) der Beratung durch die involvierten Beraterinnen/Beratern (bzgl. Probleme und Lösungen).

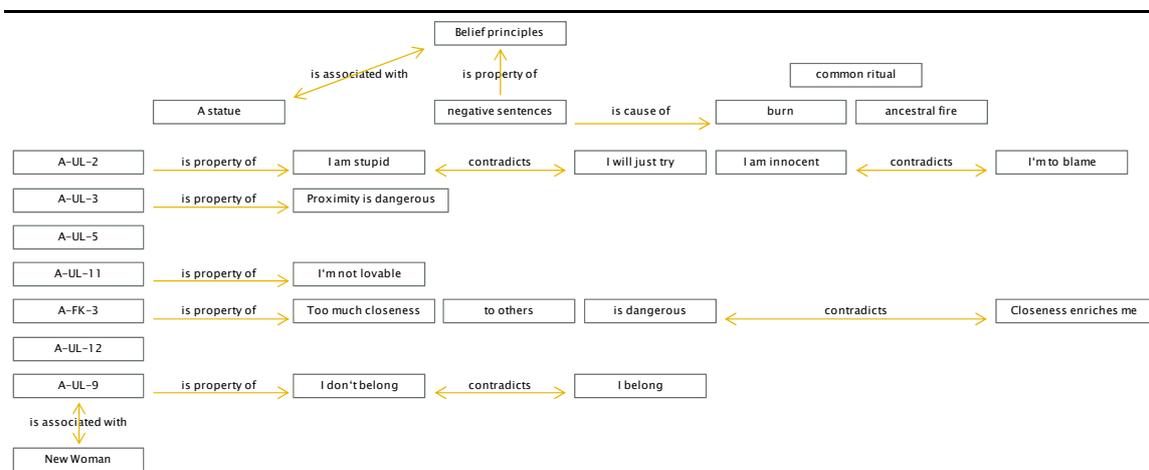
Für die qualitative Textanalyse der Dokumentationen aus den Psychodrama-Psychotherapiegruppen wurde die Software „Atlas-ti“ verwendet. Dieses Programm visualisiert die zu analysierenden Aussagen mittels Diagrammen und verbindet einzelne Textsegmente und Begriffe in einer logischen Struktur. Datensegmente werden in der Folge nach einem Bottom-up-System aufbereitet, und die Forscher/innen definieren Kategorien, nach denen konzeptuelle Ähnlichkeiten in den Textdokumenten gesucht werden können. Diese Kategorien werden flexibel gehandhabt und können im Laufe des Forschungsprozesses auch adaptiert und ergänzt werden. Die Beschreibung der Bedeutungen und Sinngehalte hinter den jeweiligen Kategorien bildet die Basis für die Textanalyse, während die Durchführung der Analyse wiederum zur Weiterentwicklung des Kategoriensystems führt. Theorien und Konzepte werden demnach wechselseitig erarbeitet und beeinflussen sich gegenseitig.

Der Prozess der Datenanalyse findet in folgender Reihenfolge statt:

1. Erfassen und Zerlegen des Textes in Texteinheiten,
2. Zerlegen der Texteinheiten nach Kategorien,
3. Identifikation von formalen Mustern zwischen einzelnen Kategorien,
4. Herausarbeiten von Assoziationen und logischen Zusammenhängen zwischen den Kategorien,
5. grafische Darstellung dieser Netzwerke und inhärenten Strukturen.

Abbildung 1.4:

Beispiel einer qualitativen Methode: Atlas-ti-Visualisierung einer Gruppensitzung



Quelle: Wieser 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Ergebnisse

In Bezug auf die **Validierung der Testverfahren** bestätigen die Ergebnisse, dass die in der Studie verwendeten Testverfahren geeignet/valide sind, die Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Spontaneität und psychischem Wohlbefinden bzw. Depression zu messen (vgl. dazu Abschnitt Studiendesign). Es konnte bestätigt werden, dass der SAI-R zur Messung von Spontaneität ein valides Instrument zur Messung der Effektivität von Psychodrama-Psychotherapie darstellt.

Statistisch relevante Zusammenhänge wurden **für alle Hypothesen** gefunden: Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Spontanität und zahlreichen Aspekten von „psychischem Wohlbefinden“. Je höher das Ausmaß an „Spontanität“ bei einer Person ist, desto niedriger ist die Wahrscheinlichkeit von depressiven Symptomen. Anders ausgedrückt, bestätigt sich, dass „Spontanität“ als Gegenpol zu Ängstlichkeit/Depression betrachtet werden kann.

Die **qualitative Textanalyse** unterstützt die Hypothese, dass beide Interventionsformen (Psychodrama-Gruppenpsychotherapie und Einzel-Beratung) einen Beitrag zur Stärkung der Selbstbefähigung von Frauen mit Gewalterfahrungen leisten können, wobei sich die Psychodrama-Gruppenpsychotherapie in jenen Ländern als effektiver erwies, in denen die Stellung der Frauen von mehr Unterdrückung geprägt ist.

Im Rahmen des **österreichischen Teilprojekts** wurden drei Psychodramagruppen mit insgesamt 19 Teilnehmerinnen durchgeführt. Daraus sind 15 Monatsreporte über den Psychotherapieverlauf entstanden. Von der österreichischen Gruppe der Forscher/innen wurde ein Schwerpunkt auf das Thema „Aggression“ gelegt, und die Teilnehmerinnen wurden angeregt, alle Facetten dieser Emotion im Zusammenhang mit den eigenen Erfahrungen zu betrachten. Durch die Psychodrama-Gruppenpsychotherapie sollten die Teilnehmerinnen befähigt werden, Wut und Ärger als positive Kraft zur Veränderung zu nützen und die (selbst bzw. auch von der Mutter) erlebte Unterdrückung zu überwinden. Die größte Anstrengung für (weibliche) Opfer von familiärer Gewalt liegt darin, mit der eigenen Wut und Aggression konstruktiv umzugehen und diese Gefühle als Vehikel zur Wiedererlangung von Selbstbestimmung zu nützen. Die Ergebnisse zeigten, dass Interventionen der Psychodrama-Gruppenpsychotherapie geeignet sind, die Selbstbefähigung (Empowerment) in Hinblick auf (mögliche) Gewalterfahrungen zu stärken, wieder aus der eingenommenen Opferrolle herauszufinden und eine generationenübergreifende Wiederholung von Gewalterfahrungen zu verhindern.

Literatur:

Mehr zum Projekt unter <http://empower-daphne.psy.unipd.it>

Testoni, I.; Armenti, A.; Ronconi, L.; Cottone, P.; Wieser, M.; Verdi, S. (2012): Daphne European Research Project: Italian Validation of Hypothesis Model (SAI-R, CORE-OM and BDI-II). In: Rivista di Studi Familiari – Interdisciplinary Journal of Family Studies 17 (1), 207–218;
http://unipress.cab.unipd.it/istanze/test-mimbo/volume-17-1-1/daphne-european-research-project-italian-validation-of-hypothesis-model-sai-r-core-om-and-bdi-ii/XVII_1_15-Testoni-Armenti-Ronconi-Cottone-Wieser.pdf

Testoni, I.; Armenti, A.; Evans, C.; Guglielmin, M. S.; Ronconi, L.; Zamperini, A.; Wieser, M.; Bucuță, M. D. (2012): Empower: A Daphne III project our mission, structure and results. In: Interdisciplinary Journal of Family Studies 17 (2), 119–129;
<http://unipress.cab.unipd.it/istanze/test-mimbo/volumi-17>

Testoni, I.; Pogliani, I.; Guglielmin, M. S.; Armenti, A.; Verdi, S.; Moita, G.; Wieser, M. (2012): Empower agency. Emotional itineraries in psychodramatic elaboration of violence: from anger to independence. In: Interdisciplinary Journal of Family Studies 17 (2), 130–145;
<http://unipress.cab.unipd.it/istanze/test-mimbo/volumi-17>

Wieser, M. (2012): Folien zur Präsentation beim Workshop „Psychotherapieforschung“ an der GÖG/ÖBIG

2 Workshops

2.1 Methoden–Workshops Level I (Einführung)

2.1.1 Von der Idee zur Eingrenzung der Forschungsfrage über die Thesenbildung bis zum Design

Brigitte Schigl

(Donau–Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit)

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

In diesem Workshop wurden grundlegende Denkweisen zur Formulierung von Forschungsfragen und zur Gestaltung von durchführbaren Forschungsdesigns aufgezeigt. Nach einer kurzen theoretischen Einführung zum Thema wissenschaftliche Anforderungen (Kennzeichen von Wissenschaftlichkeit, Ordnung wissenschaftlicher Theorien / „Tree of Science“) und Forschungstypen (Literaturarbeiten, theoretische Arbeiten, empirische Arbeiten mit qualitativem und quantitativem Design inkl. Entscheidungskriterien für das Design) wurden Beispielthemen bearbeitet. Aufgezeigt wurden sowohl die konkrete Vorgangsweise bei wissenschaftlichen Arbeiten als auch die (formalen und inhaltlichen) Kennzeichen guter Forschungsarbeiten/ Masterthesen.

Ordnung wissenschaftlicher Theorien (Tree of Science)

Es können unterschiedliche Ebenen von Wissenschaft bzw. wissenschaftlicher Theorie und Praxeologie unterschieden werden (Tree of Science):

1. Meta–Modelle (large range theories): Wissenschafts– und Erkenntnistheorien, Anthropologie, Ethik, Gesellschaftstheorien etc.;
2. realexplicative Theorien (middle range theories): Persönlichkeits– und Entwicklungstheorien der verschiedenen Psychotherapieverfahren, soziologische, psychologische, pädagogische, ökonomische, biologische Theorien, medizinische Gesundheits– und Krankheitslehre inkl. Diagnostik, Theorie sozialwissenschaftlicher Forschung;
3. Praxeologien (small range theories): Interventionslehre/Technikwissen bei bestimmten Zielgruppen (z. B. Anwendung psychotherapeutischen oder supervisorischen oder pädagogischen Handelns), Theorien zu bestimmten Settings oder Lebenslagen, z. B. Gerontopsychotherapie), Anwendungstheorie von Forschung (Designerstellung) etc.;
4. Methoden und Techniken: konkrete Interventionsanleitungen (Manuale) / Techniken (z. B. Fragetechniken, körperorientierte Techniken, Anleitung zur freien Assoziation), Forschungserhebungs– und Auswertungsinstrumente etc.

Kennzeichen von Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit

Gemeinsam ist aller Wissenschaft, dass sie systematisch und nachvollziehbar/transparent methodisch erworbenes, logisch strukturiertes Wissen (Erkenntnis) über die Phänomene bzw. Gegenstände der Welt zur Verfügung stellt. Wissenschaft möchte möglichst allgemeingültige (situationsunabhängige, überindividuelle) Aussagen und Erkenntnisse produzieren, Phänomene erklären bzw. verstehen und somit Theorien begründen und bestehendes Wissen erweitern. Wissenschaft funktioniert nach bestimmten Regeln der Erkenntnisgewinnung (unterschiedliche wissenschaftliche Methoden) und stellt diese nach bestimmten Regeln dar (Gütekriterien wissenschaftlicher Arbeiten/Berichte). Präzise eingegrenzte Forschungsfragen innerhalb bestimmter Theorien (Fachdisziplinen) werden mit spezifischen Erhebungs-/Auswertungs-instrumenten anhand systematischer Forschungsdesigns untersucht und mit Ergebnissen anderer Forschungsunternehmungen (meist Untersuchungen) verglichen und in Beziehung gesetzt. Diese wissenschaftlichen Regelsysteme zur Erkenntnisgewinnung werden auch *Paradigmen* genannt. So entsteht ein wissenschaftlicher Diskurs einer (oder mehrerer) Fachdisziplin(en) innerhalb der *scientific community*. Letztere ist auch von soziodynamischen Faktoren¹² mit beeinflusst.

Kennzeichen von wissenschaftlichem Arbeiten

Wissenschaftliches Handeln bzw. Forschungshandeln sowie deren Darstellung¹³ unterscheiden sich daher vom Alltags- und Praxishandeln in folgenden Punkten:

- » Während Alltags-/Praxishandeln aufgrund von meist unhinterfragten Routinen und Konventionen abläuft, erfolgt wissenschaftliches Handeln bzw. Forschungshandeln aufgrund systematischer Reflexion, das in jedem Arbeitsschritt begründet und nachvollziehbar beschrieben und dokumentiert ist;
- » während Alltags- bzw. Praxishandeln auf einem Fundament von Erfahrungen beruht, die sich als mehr oder minder zielführend erwiesen haben, stützt sich wissenschaftliches Handeln bzw. Forschungshandeln auf Theorien und Forschungserfahrungen, d. h. auf das Fachwissen einer Disziplin;
- » während Alltags- bzw. Praxishandeln spontan und ungeplant erfolgt sowie selten dokumentiert wird, ist wissenschaftliches Handeln bzw. Forschungshandeln immer systematisch geplant, dokumentiert und wird evaluiert.

12

Aus diesem Grund entstehen verschiedene Wertigkeiten unterschiedlicher Forschungsparadigmen und die damit verbundenen Macht- und Einflussansprüche. Tendenziell hat sich seit der Moderne eine höhere Bewertung von naturwissenschaftlichem Forschen („Wissenschaftsglaube“) herauskristallisiert, weil Letzteres eindeutige Ergebnisse zu liefern scheint (vgl. die teilweise bevorzugte Stellung von Hirnforschung oder neurobiologischer Forschung innerhalb der Psychotherapieforschung).

13

Aus denselben Gründen ist auch ein Praxisbericht von einer wissenschaftlichen Arbeit zu unterscheiden.

Empirische Forschung als Erkenntnisweg – quantitative und qualitative Forschungsparadigmen

Neben einem naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma ist für die Psychotherapieforschung auch ein sozialwissenschaftliches Forschungsparadigma relevant. Beide nutzen auf unterschiedliche – quantitative und qualitative Art – *empirische Forschung als Erkenntnisweg*.

Selbstverständlich sind auch *Literaturarbeiten* und *Theoriearbeiten* Formen wissenschaftlichen Arbeitens, sie gehören aber nicht klassischerweise zu den (quantitativ oder qualitativ) empirischen Forschungsansätzen, sondern zu einem *geisteswissenschaftlichen Forschungsparadigma*.¹⁴

Das *naturwissenschaftliche bzw. quantitativ-empirische Forschungsparadigma* geht davon aus, dass wertfreie, objektive (Er)Forschung von kausalen und linearen (nomothetischen) Zusammenhängen¹⁵ möglich ist und es somit Erkenntnis objektiver Realität gibt (Werte werden im naturwissenschaftlichen Erkenntnisprozess nicht diskutiert). Teile (des Ganzen) werden separiert untersucht, und somit wird Komplexität reduziert. Einzelne Hypothesen einer Theorie werden überprüft (*hypothesenüberprüfende Vorgehensweise*)¹⁶, und die Ergebnisse bzw. die (um neue Erkenntnisse erweiterte) Theorie entsteht deduktiv.

- » Prinzipien: Objektivität, Reliabilität, Validität, Repräsentativität
- » Auswertung: numerisch, mathematisch-statistisch
- » Person der Forscherin / des Forschers: Sie steht außerhalb des Untersuchungsfeldes (Objektivität) und verändert die Situation nach bestimmten vorher festgelegten Bedingungen (klassische Methode ist das Experiment als systematische Variation bzw. künstlich hergestellte Situationen und Modelle).
- » Erklärungen: können generalisiert werden
- » Gütekriterien: Objektivität, Reliabilität (Zuverlässigkeit), Validität (Güte), Repräsentativität (Allgemeingültigkeit)¹⁷

14

Auch das philosophisch-rationale Arbeiten ist ein methodisches Forschen (sammeln, beschreiben, gegenüberstellen, interpretieren, hermeneutisch verstehen), das stark auf Hermeneutik und Sinnverstehen ausgerichtet ist. Das sozialwissenschaftliche Paradigma ist bereits eine stärkere Mischung von mehreren Paradigmen (z. B. geisteswissenschaftlich und naturwissenschaftlich). Konnektivistische (verschiedene Arten von Wissenschaften verbindende) Ansätze sind für die Psychotherapieforschung sehr interessant, da ihr Forschungsgegenstand sehr komplex und vielfältig ist.

15

A ist Ursache von B, wenn A vor B stattfindet.

16

Meist über das **Falsifizieren einer Hypothese** („Gegentesten“ oder „gegen die Zufälligkeit testen“): z. B. Widerlegen der Hypothese, dass Psychotherapie nicht wirksam ist, beweist deren Wirksamkeit.

17

Objektivität: Das methodische Vorgehen / wissenschaftliche Forschen ist nachvollziehbar/überprüfbar und personenunabhängig wiederholbar. Reliabilität: Maß für die Zuverlässigkeit einer Messung, d. h. aufeinander folgende Messungen einer Merkmalsausprägung ergeben immer dasselbe Resultat. Validität: Maß für die Gültigkeit der Messung, d. h., ob tatsächlich das gemessen wird, was zu messen beabsichtigt war. Repräsentativität: Maß für die Allgemeingültigkeit in der quantitativen Sozialforschung, d. h. die ausgewogene Auswahl einer Stichprobe.

Das *sozialwissenschaftliche qualitativ-empirische Forschungsparadigma* ist subjektorientiert (idiografisch). Werte werden im Erkenntnisprozess reflektiert mitvermittelt, Verstehen wird (methodisch nachvollziehbar) konstruiert und geformt. Die zugrundeliegende Erkenntnistheorie und Forschungsmethodologie dieses Forschungsparadigmas geht von zirkulären und multidirektionalen Zusammenhängen und Beeinflussungen aus innerhalb multipler Realitäten (sozialpsychologischer Konstrukte), die ein verbundenes Ganzes bilden, das nur gesamthaft verstanden werden kann. Komplexität wird möglichst unter Berücksichtigung aller beeinflussenden Variablen erfasst. So werden Hypothesen generiert (*hypotesengenerierende* Vorgehensweise), und Theorie entsteht *abduktiv*.

- » Prinzipien: Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesshaftigkeit, Flexibilität, kommunikative Validierung, Gegenstandsangemessenheit (statt Primat der Methode) und Nachvollziehbarkeit
- » Auswertung: textanalytisch, interpretativ/hermeneutisch
- » Person der Forscherin / des Forschers ist Teil der untersuchten Wirklichkeit (Subjektorientierung), d. h., Erkennende/r und Erkanntes hängen voneinander ab. Forscher/in verändert die Situation durch die Forschung (z. B. durch ein Interview), greift aber nicht systematisch in den Ablauf ein (Methode des natürlichen Experiments in/nahe der Lebenswelt und in Situationen/Modellen aus der (Alltags-)Praxis). Erklärungen können nur kontextbezogen verstanden werden.
- » Gütekriterien: Stimmigkeit, Transparenz, Realitätsangemessenheit, Adäquatheit, dichte Beschreibung des Forschungsgegenstandes (klare Begrifflichkeiten, genaue Definitionen, Prägnanz)¹⁸

Prinzipiell können die beiden Forschungsansätze miteinander kombiniert und verschränkt werden (*Triangulation*), was jedoch viel Erfahrung bzw. eine breite Methodenkenntnis, ein größeres Team an Forscherinnen und Forschern und entsprechende Zeit erfordert.

Typen von Forschungsdesigns, Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Das (entweder qualitative oder quantitative) Forschungsdesign enthält die Methoden / methodischen Abläufe und Formen, nach denen Erkenntnis generiert wird. Spezifische Methoden erfordern je spezifische Erhebungs- und Auswertungsinstrumente. Die Art der Daten bestimmt ihre Aufbereitung und die Auswertung.

18

Stimmigkeit: Hintergrund, Ziele und Methoden des Forschungsvorhabens müssen kompatibel sein (vgl. Tree of science).
Transparenz: Das methodische Vorgehen inkl. Hintergrund muss klar nachvollziehbar sein. Realitätsangemessenheit: Die Forschung soll die Realität angemessen wiedergeben und den wissenschaftlichen Kriterien genügen. Adäquatheit: Die Erhebungsinstrumente und Methoden müssen dem zu untersuchenden Gegenstand gerecht werden.

Typische Methoden für quantitative Forschungsdesigns

- » Umfragen mit Fragebögen
- » Labor-/Experiment
- » Prä-Post-Untersuchungen (summative Evaluationen)
- » Versuchs- und Kontrollgruppen-Untersuchungen
- » Randomisierte und (doppel-)blinde Designs (evidence-based studies)

Typische Methoden für qualitative Forschungsdesigns

- » Einzelfallanalyse
- » Dokumentenanalyse
- » (Deskriptive) Feldforschung
- » Handlungs- oder Aktionsforschung
- » Qualitatives Experiment
- » Natürliches Experiment (Evaluation)
- » Prozessbeschreibungen (formative Evaluation)

Typische Erhebungsmethoden zur Datengewinnung für qualitative Designs

- » Interview (themen-/problemzentriertes Interview mit Leitfaden, narratives Interview oder Tiefeninterview / biographisches Interview, Gruppeninterview/-diskussion)
- » (Verdeckte oder offene) Beobachtung (teilhabende/-nehmende Beobachtung, kontrollierende Beobachtung nach Checklisten und Ratingskalen, Ethnografie und Feldforschung, Foto und Video, Einwegspiegel)

Typische Erhebungsmethoden zur Datengewinnung für quantitative Designs

- » Fragebogen (offene/geschlossene oder skalierte Fragen, z. B. Ratings, deskriptive Skalen, Check-Listen)
- » Messungen mit standardisierten Instrumenten (psychologische Tests und standardisierte Fragebögen, biometrische Daten, deskriptiv-statistische Daten, z. B. Alter, Wohnort, Geschlecht, Einkommen, numerische Daten, z. B. Anzahl der absolvierten Stunden)

Wenn mit unterschiedlichen qualitativen und quantitativen Instrumenten dieselbe Forschungsfrage zu beantworten versucht wird, nennt man das *Triangulation*.

Typische Formen der (qualitativen und quantitativen) Datenaufbereitung

- » Tonband-/Videoprotokolle
- » Feldnotizen, Forschungstagebuch
- » Transkripte
- » Dokumentationsbögen
- » Quantifikationen („Stricherlliste“)

Typische Formen der (quantitativen und qualitativen) Datenauswertung

- » Statistische Verfahren (deskriptive Statistik für Mittelwerte bzw. analytische Statistik für Korrelationen und Faktorenanalysen mittels SPSS)
- » Kodieren und Kategorisieren (theoretisches oder thematisches Kodieren, qualitative Inhaltsanalyse)
- » Gegenstandsbezogene Theoriebildung (Grounded Theory)
- » Qualitative Analysen (Konversationsanalyse und narrative Analyse, phänomenologische Analyse, sozialwissenschaftlich-hermeneutische Paraphrase, objektive Hermeneutik, tiefenhermeneutische/psychoanalytische Textinterpretation, Diskursanalyse)

Forschungsplanung und -design eines empirischen Forschungsprozesses

Ein interessierender (1.) Themenbereich (Erkenntnisgegenstand) als Basis für eine immer präziser einzugrenzende (2.) Fragestellung ist Ausgangsbasis jeder wissenschaftlicher Untersuchung. Ein (3.) erkenntnisleitendes Interesse (inkl. Vorannahmen) zeigt den persönlichen Zugang, die eigene (wertorientierte) Motivation zum Thema und zur Fragestellung. Die umfassende Literaturrecherche (vgl. Datenbanken, Zitationsregeln) hilft, den Theoriezusammenhang (Anknüpfung an / Aufbau auf bereits vorhandenem Wissen) darzustellen, die Ziele der Untersuchung und die Fragestellung bzw. die Hypothesen klar zu formulieren und festzulegen, sie einerseits an bestehendes Wissen anzuknüpfen, sie andererseits im Sinne der Erweiterung von bestehendem Wissen¹⁹ neu zu formulieren (erwarteter Erkenntnisgewinn). Die nächste Arbeitsphase umfasst die (4.) Festlegung des Forschungsdesigns, d. h. die Auswahl (ev. Entwicklung) der Forschungsmethoden (Erhebungs- und Auswertungsmethoden) sowie die Auswahl des Samplings (der zu untersuchenden Zielgruppe/Stichprobe). Anschließend erfolgt die Erhebung, Aufbereitung und Auswertung/Analyse der Daten. Die (5.) Darstellung der Ergebnisse sowie die (6.) Interpretation der Daten bilden mit der Diskussion der Daten bzw. Ergebnisse vor dem Hintergrund der aktuellen wissenschaftlichen Literatur gemeinsam mit den (7.) Schlussfolgerungen (Erkenntnisgewinn, ev. Empfehlungen für die Praxis) den Abschluss der Studie. In einer wissenschaftlichen Arbeit (Studienbericht) werden außerdem ein Abstract/Kurzzusammenfassung (und ev. Keywords bei Publikation in Datenbanken) verfasst.

Die Berücksichtigung der Ressourcen der Forschungsperson (Methodenkompetenz, Zeitressourcen) und die Planung des Forschungsablaufs bilden den wichtigen Rahmen eines empirischen Forschungsprozesses.

19

Dr. Schigl zitierte im Workshop in diesem Zusammenhang Umberto Eco bzw. Bernhard von Chartres, der sagt, dass wir als Forscher/innen alle Zwerge des Wissens seien und uns daher auf die Schultern des Riesen der Wissenschaft stellen müssen, um von dort mehr zu sehen und unseren Blick um Neues zu erweitern.

Beispiel Forschungscoaching

Anhand des Themenbeispiels „Psychohygiene von Psychotherapeutinnen und -therapeuten“ wurde dieser Forschungsplanungsprozess im Workshop Schritt für Schritt erörtert, dargestellt und das im Folgenden dargestellte empirische Forschungsdesign exemplarisch entworfen. Diese Vorgehensweise ist entscheidend für eine wissenschaftliche Arbeit, die sich dadurch eindeutig von einem (subjektiven) Praxisbericht unterscheidet.

Der *interessierende Themenbereich* betrifft die „Selbstfürsorge von Psychotherapeutinnen und -therapeuten“. Genauer formuliert, lauten die interessierenden Forschungsfragen:

- » Inwiefern sind Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch ihre Ausbildung auf die Praxis im Sinne von Umgang mit Belastungen des Berufes ausreichend vorbereitet?
- » Wie gesund (psychisch und physisch) sind Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Österreich?
- » Welche vergleichbaren Untersuchungen zu anderen Berufsgruppen (z. B. der Chirurgeninnen und Chirurgen) gibt es dazu?

Die *Eingrenzung einer Fragestellung* ist sehr wichtig, will man realistisch ermittelbare (untersuchbare) Ergebnisse. Dazu gehört die Entscheidung, ob es sich um Ausbildungs- oder Berufsgruppenforschung handelt: Aus diesem Grund wurde im Sinne der Ausbildungsforschung nur die erste Frage ausgewählt und für das Design berücksichtigt. Zu berücksichtigen ist auch der Umstand, dass in einem Forschungsprozess zu viel Berufserfahrung ein Hindernis darstellen kann, da man der Fragestellung gegenüber voreingenommen ist, die eigene Erfahrung in den Forschungsprozess hineinpressen möchte und damit subjektiv erwartbare Ergebnisse produzieren könnte.

Der *Theorieteil* soll die Analyse der Literatur zu allen Kernbegriffen (deren Definition) und Hintergrundannahmen beinhalten, Letztere klar definieren sowie alle aktuellen Untersuchungen inkl. österreichischer Ergebnisse (aktueller Stand der Wissenschaft zum Thema) zusammenfassen. Daraus werden die genaue Fragestellung (bzw. Hypothesen) und das Ziel der Forschungsarbeit hergeleitet.

Für den *Empirieteil* bietet sich folgendes Forschungsdesign inkl. Methodik an: Als ausgewählte Zielgruppen denkbar sind

- a) Lehrende (aus allen/ausgewählten Fachspezifika) – „Expertinnen/Experten 1“,
- b) junge Kolleginnen/Kollegen „Expertinnen/Experten 2“ und
- c) ältere Kolleginnen/Kollegen „Expertinnen/Experten 3“ mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung.

Bei einer *qualitativen Herangehensweise* könnten entweder Zielgruppe a) oder c) ausgewählt werden und eine *Gruppendiskussion und/oder etwa drei Einzelinterviews* (vgl. Mayring 2002) durchgeführt werden. Als Auswertungsmethode könnte die *qualitative Inhaltsanalyse* gewählt werden (beispielsweise mit Unterstützung eines Software-Programms wie Atlas-ti).

Eine *quantitative (hypothesenüberprüfende) Herangehensweise* an die zu überprüfende Frage („Welche Belastungen erleben die Befragten, und wie gehen sie damit um?“) bzw. an die noch ausdifferenzierenden einzelnen Hypothesen sollte eine *Stichprobe (Sampling)* von zumindest 200 Befragten untersuchen, d. h., dass der Fragebogen an rund 800 bis 1.000 zu Befragende ausgesandt werden sollte (beispielsweise an die Zielgruppen a bis c), da ein erwarteter Rücklauf nur ca. 25 Prozent beträgt. Der Fragebogen wird aus der Theorie heraus entwickelt, oder es wird ein *standardisiertes Instrument* gewählt (z. B. Symptomcheckliste – SCL-90). Der Fragebogen sollte neben *Selbstbeurteilungen* (subjektiven Einschätzungen) möglichst auch *Fremdbeurteilungen* (z. B. körperliche Diagnosen) und *demografische Daten* (z. B. Alter, Geschlecht) enthalten. Der Fragebogen sollte nicht mehr als sieben bis zehn Minuten Ausfüllzeit in Anspruch nehmen. Die Verteilung und Bewerbung des Fragebogens könnte über die angeschriebenen Fachspezifika und/oder über eine Online-Erhebung erfolgen. Einschlägige Firmen könnten Letzteres unterstützen und eine erste einfache deskriptiv-statistische Auswertung zur Verfügung stellen. Die differenzierte Auswertung richtet sich nach den eingangs formulierten Hypothesen.

Für beide Herangehensweisen entscheidend sind die genaue Überlegung, Eingrenzung, Auswahl und (theoriebasierte, nachvollziehbare) Begründung der (einzelnen) Fragen (und Hypothesen), des Samplings sowie der dazu passenden Erhebungs- und Auswertungsinstrumente, die auch den (Zeit- und Kompetenz-)Ressourcen der Forscherin / des Forschers entsprechen müssen (vgl. oben). Für qualitatives Forschen und Auswerten ist immer ein Team erforderlich (zahlreiche Text-Daten, aufwendige Transkriptions-/Datenaufbereitungs- und Auswertungsmethoden). Quantitatives Forschen ist oft rascher, weil übersichtlicher durchführbar (numerische, gut verrechenbare Daten).

Literatur:

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim: Beltz, 5. Aufl.

Schigl, Brigitte (2012): Folien/Materialien zur Präsentation beim Workshop „Psychotherapieforschung“ an der GÖG/ÖBIG

2.1.2 Vom klinischen Erkenntnisinteresse zur Konzeptualisierung realistischer Forschungsschritte

*Diana Braakmann
(Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)*

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Überblick

Eine besondere Herausforderung des wissenschaftlichen Arbeitens stellt die Einengung eines Interessenbereichs auf eine konkrete und damit auch bearbeitbare Fragestellung dar. Diese nimmt wesentlich Einfluss auf die Wahl des Forschungsdesigns und die Gestaltung der einzelnen methodischen Schritte. In diesem Workshop wurde der Weg von einem interessierenden Thema zu einer wissenschaftlichen Forschungsfrage anhand von Beispielen der Teilnehmerinnen skizziert. Dabei wurden typische Stolpersteine diskutiert und Techniken vermittelt, die diesen komplexen Prozess unterstützen können.

Workshopinhalte

1. Formulierung der Forschungsfrage
2. Die wissenschaftliche Arbeit als Detektivgeschichte
3. Tipps zur Zeiteinteilung
4. Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten

Formulierung der Forschungsfrage

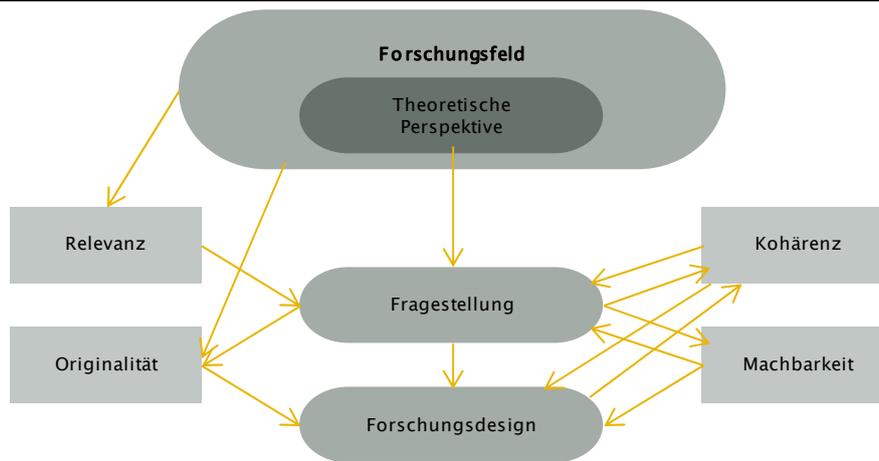
Die **Formulierung der Forschungsfrage** ist erster und wichtigster Schritt bei der Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit. Bei der Formulierung von Forschungsfragen besteht die Schwierigkeit darin, das Thema erstens nicht zu allgemein zu formulieren und zweitens keinen Arbeitstitel zu formulieren, sondern eine Fragestellung, die durch die wissenschaftliche Arbeit/Untersuchung bzw. ihre Untersuchungsmethoden beantwortet werden kann. Eine der größten Herausforderungen bei der Erstellung einer Forschungsfrage besteht in der **Eingrenzung** des Themas, um eine möglichst präzise Frage zu erarbeiten.

Bei der Formulierung der Forschungsfrage ist Folgendes zu beachten:

1. Fragestellung als Leitdifferenz, **Unterscheidbarkeit** von bereits vorhandenen, mit der Literaturrecherche beschriebenen Arbeiten soll gewährleistet sein (**Relevanz** des Themas verdeutlichen; vgl. Abb. 2.1).
2. Fragestellung in „W“-Fragen übersetzen (was? wie? warum?)

3. Die Haupt-Fragestellung in **Unterfragen** unterteilen:
 Die Forschungsfrage wird dann im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit in entsprechenden Unterkapiteln beantwortet. Unterfragen liefern einen Ansatzpunkt, welche Informationen zur Beantwortung der unterschiedlichen Fragen recherchiert bzw. untersucht werden müssen, und entscheiden letztlich über den Umfang der Arbeit.

Abbildung 2.1:
 Entwicklungsprozess von Fragestellung und Forschungsdesign



Quelle: Braakmann 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Hinblick auf den Aspekt der **Machbarkeit** (vgl. Abbildung 2.1) ist darauf zu achten, dass die Fragestellung mittels Design/Methodik umsetzbar/untersuchbar ist. Darüber hinaus sollte sie tief genug reichen, um einen Erkenntnisgewinn zu gewährleisten (**Originalität**).

Eine gelungene Forschungsfrage führt automatisch zum **Forschungsdesign** bzw. bedingt ein spezifisches Design (**Kohärenz**). Studenten/Studentinnen und Ausbildungskandidatinnen/-kandidaten haben oft eine präzise Vorstellung von ihrem Interesse, das durch Nachfragen herausgearbeitet werden kann. Es ist wichtig, die Fragen auszuformulieren und nicht nur anzudeuten, um sich der eigentlichen Forschungsfrage anzunähern.

Tabelle 2.1:
Beispiele für Typen von Forschungsfragen

Fragetyp	Leitfrage	Beispiel
Beschreibung	Was ist der Fall? Wie sieht die Realität aus?	Wie hat sich die Inanspruchnahme von Psychotherapie im ambulanten Bereich seit 2000 verändert?
Erklärung	Warum ist etwas der Fall?	Warum hat sich die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie verändert?
Prognose	Wie wird etwas künftig aussehen? Welche Veränderungen werden eintreten?	Wie wird sich die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in der Zukunft verändern?
Gestaltung	Welche Maßnahmen sind geeignet, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen?	Wie können Menschen darin unterstützt werden, ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen?
Kritik/Bewertung	Wie ist ein bestimmter Zusammenhang vor dem Hintergrund explizit genannter Kriterien zu bewerten?	Wie sind die möglichen Maßnahmen vor dem Hintergrund von Kriterien der Machbarkeit/ Realisierbarkeit zu bewerten?

Quelle: nach Karmasin und Ribing 2009; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Forschungsfragen im Rahmen von wissenschaftlichen Arbeiten kommen aus allen Wissensbereichen und können auch alle fünf Fragetypen als Unterfragen umfassen. Die Gliederung des Konzepts ist wichtig: Aufbau und Inhalt der Arbeit orientieren sich an den Forschungsfragen. Mit der Beantwortung der Forschungsfrage(n) und den dazu gehörigen Begründungen entsteht die wissenschaftliche Arbeit.

Übung zur Konkretisierung der Forschungsfrage:

Notieren Sie den Arbeitstitel Ihres Projekts, und formulieren Sie im Anschluss Ihre zentrale Forschungsfrage sowie die dazugehörigen Unterfragen.

Wenn man sich nicht sicher ist, zu welchem Fragetypus die Frage gehört, ist sie meist noch nicht spezifisch genug. Diese Übung eignet sich gut, wenn die Fragestellung noch nicht konkret ist. Am besten lässt sie sich begleitet – ggf. auch in einer Gruppe gemeinsam – durchführen.

Betreuende von Abschlussarbeiten sollten Folgendes bedenken:

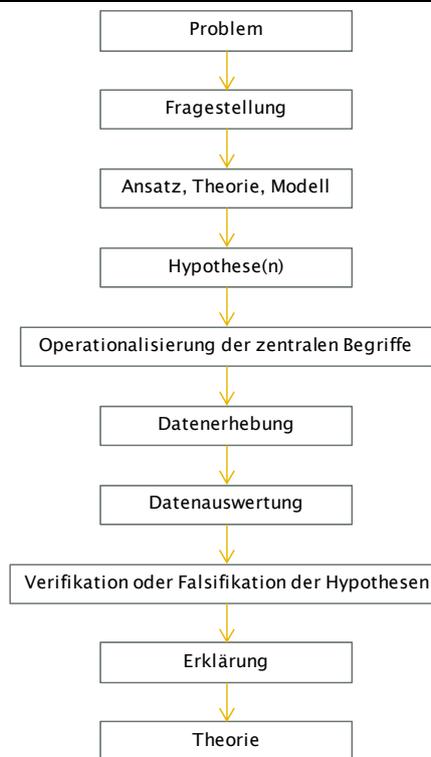
- » Angst vor Fehlern bzw. Bewertung berücksichtigen und den Studentinnen/Studenten vermitteln, dass Phasen der Stagnation bzw. Unsicherheit dazugehören, um voranzukommen bzw. etwas zu lernen.
- » Die Aufgabe als Betreuende nicht darin sehen, den Studentinnen/Studenten die „richtige“ Forschungsfrage vorzugeben, sondern sie darin unterstützen, selbst die Fragestellung zu entwickeln.
- » Stolpersteine beim Finden von Forschungsfragen berücksichtigen, z. B. wenn Studierende unbedingt von vornherein Interviews machen wollen und dazu einfach eine passende Frage urgieren oder schon im Vorhinein wissen, was herauskommen soll, „es“ aber trotzdem untersuchen wollen.
- » Den Studentinnen/Studenten vermitteln, dass wissenschaftliche Arbeit auch Spaß machen kann und soll und entsprechende Rahmenbedingungen herstellen (z. B. nette Atmosphäre, ev. Arbeit in der Gruppe).

Wissenschaftliche Arbeit als Detektivgeschichte (in Anlehnung an Karmasin & Ribing, 2009)

Die Beantwortung der Forschungsfrage ist vergleichbar mit dem Lösen eines Rätsels: Mithilfe des gewählten Untersuchungsmodells bzw. der gewählten Methoden nähert man sich schrittweise der „Lösung“.

Grundsätzlich lassen sich **lineare Modelle** (Deduktion = der Schluss vom Allgemeinen auf das Besondere; Induktion = der Schluss vom Besonderen auf das Allgemeine) und **zirkuläre Modelle** (Abduktion) unterscheiden (Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2:
Lineares Modell



Quelle: Braakmann 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die gewählten quantitativen bzw. qualitativen **Methoden** müssen angemessen sein (Kohärenz). Der Methodikteil in einer Forschungsarbeit muss nachvollziehbar dargestellt sein. Bevor die Fragestellung präzisiert wird, sollte **Literatur** „gescreent“ werden – in diesem Stadium empfiehlt es sich jedoch noch nicht, ganze Bücher über das Thema zu lesen. Erst wenn die Forschungsfrage klar formuliert ist, ist eine vertiefende Literaturrecherche, –lektüre notwendig.

Alles mündet in einem **wissenschaftlichen Exposé**. Hier steckt bereits der Kern der wissenschaftlichen Leistung. Das Exposé ist das Konzept für die Umsetzung der Studie.

Tipps zur Zeiteinteilung

In der **Vorbereitungsphase** erfolgen die Themenfindung, ein Literaturüberblick und die Formulierung der Forschungsfrage.

Die **Hauptphase** beginnt mit der Erkundung des Themas in Form von Literaturrecherche und -studium sowie der Konzepterstellung (Forschungsdesign). Für diese Arbeiten werden ca. 40 Prozent der gesamten Zeit benötigt. Danach folgen zu je 30 Prozent die Schreib- und die Reflexionsphase. Generell werden die zeitlichen Ressourcen unterschätzt, die für die Reflexionsphase benötigt werden.

Empfehlenswert ist auch das Verfassen eines **Forschungstagebuchs**: Darin kann notiert werden, welche Quellen gesucht und gefunden wurden bzw. wie diese gegliedert werden könnten. Weitere Themen sind Notizen über gelesene Literatur, aktuelle Gedanken und Ideen, potenzielle Schwierigkeiten und mögliche Lösungen, nächste Schritte etc.

Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten

In Anlehnung an Karmasin und Ribing (2009) wurde im Workshop folgender Kriterienkatalog zur Beurteilung der verschiedenen Bausteine einer wissenschaftlichen Arbeit erläutert:

Beurteilung der Fragestellung

- » Ist die Fragestellung klar formuliert?
- » Ist sie themenadäquat?
- » Bezieht sie sich ausschließlich auf das vorliegende Thema?
- » Schöpft sie das Thema hinsichtlich Tiefe und Breite aus?

Beurteilung der Behandlung der Fragestellung

- » Zeigen die Ausführungen themenfremde und/oder in der dargebotenen Breite nicht themennotwendige Passagen?
- » Werden Themenfragen komplett ausgelassen oder nur partiell behandelt?
- » Werden Argumentations-/Beleg-/Beweisketten entwickelt (oder handelt es sich eher um Behauptungen, Spekulationen)?
- » Sind die Belegketten lückenlos und in sich widerspruchsfrei?
- » Welche Stärken zeigen einzelne Kettenglieder (überzeugend/beweiskräftig/fragwürdig)?
- » Werden „Trivialitäten“ im Vergleich zum zu demonstrierenden wissenschaftlichen Niveau ausgebreitet?
- » Gibt es Wiederholungen?

Beurteilung der Ergebnisse

- » Sind die Ergebnisse klar formuliert?
- » Harmonieren die Ergebnisse mit der Fragestellung?
- » Sind die Ergebnisse widerspruchsfrei?

Sind sie die folgerichtigen Schlussglieder von Argumentations-/Beleg-/Beweisketten?

Beurteilung von Definitionen, Prämissen, Untersuchungsdesign

- » Sind alle definitionspflichtigen Begriffe klar und problemstellungsgemäß erfasst und konsequent durchgehalten?
- » Sind verwendete Prämissen und deren Veränderungen im Laufe der Arbeit klar angezeigt?
- » Ist bei eigenen empirischen Untersuchungen das jeweilige Untersuchungs- und Auswertungsergebnis klar und vollständig offen gelegt?
- » Ist bei Bezugnahmen auf nicht selbst vollzogene empirische Untersuchungen deren Design verständlich berücksichtigt?

Beurteilung von Stil und Sprachregeln

- » Sind Wortwahl und Ausdrucksweise eindeutig, verständlich, prägnant, treffend?
- » Sind die einzelnen Sätze klar, inhaltlich aussagefähig und in sich logisch?
- » Sind die Satzverknüpfungen sprachlich und logisch korrekt, und spiegeln die Satzfolgen in lückenloser Form die dem Untersuchungsziel adäquaten Gedankenabläufe wider?
- » Zeigt die Arbeit Verstöße gegen die Regeln der Rechtschreibung, Grammatik, Zeichensetzung?

Beurteilung von Literaturbearbeitung und Zitierweise

- » Wurde qualitativ angemessene Literatur in gebührendem Umfang herangezogen?
- » In welchem Umfang spiegelt sich die im Literaturverzeichnis ausgewiesene Literatur tatsächlich im Text wider?
- » Wurde die Literatur korrekt ausgewertet?
- » In welchem Ausmaß ist kritische Auseinandersetzung mit der Literatur zu registrieren?
- » Ist die Zitierweise adäquat (kein unnötiges Zitieren)?
- » Ist die Zitierweise korrekt?

Beurteilung der Gliederung

- » Ist die Gliederung formal korrekt (konsequente Gliederungsklassifikation, richtige Zuordnung von Ober- und Unterpunkten, angemessene Gliederungstiefe)
- » Ist die Gliederung in allen Teilen insgesamt inhaltlich verständlich und in Bezug auf das Thema aussagekräftig?

Beurteilung der Eigenständigkeit

- » Zeigt die Arbeit Eigenüberlegungen in Form eigener Ansätze, bzw. zeigt sie Umsetzung eigener Ideen (und auf welchem Niveau/treffend/abgesichert)?
- » Werden Literaturlücken registriert und zu schließen versucht?
- » Werden Widersprüche und Fragwürdigkeiten in der Literatur herausgearbeitet und kommentiert?
- » Zeigt die Arbeit Eigenständigkeit hinsichtlich des Konzepts der Problembearbeitung, der Darstellung, Verdichtung, Verknüpfung des gesammelten Materials und der Texte zur Wiedergabe/Kommentierung der Literatur?

Beurteilung von Darstellung und Verzeichnissen

- » Sind die Darstellungen (Abbildungen, Tabellen) korrekt durchnummeriert?
- » Wurden die erforderlichen Verzeichnisse (Inhalt, Abkürzungen, Symbole, Abbildungen, Literaturverzeichnis ...) korrekt angelegt und an der jeweils richtigen Stelle der Arbeit platziert?

Beurteilung von Reinschrift und formalen Aspekten

- » Sind Deckblatt und alle Textseiten in richtiger Aufteilung gut lesbar gestaltet und in richtiger Form nummeriert?
- » Wurde die eventuell vorgegebene Seitenzahl eingehalten?
- » Ist die eidesstattliche Erklärung korrekt verfasst, datiert, eigenhändig mit Vor- und Zunamen auf allen einzureichenden Exemplaren unterschrieben?

BAUSTEINE EINER WISSENSCHAFTLICHEN ARBEIT

- » Inhaltsverzeichnis
 - » Theorie/Forschungsstand (Hinführen zur Fragestellung)
 - » Entwicklung der Fragestellung
 - » Methode: Forschungsdesign/Stichprobe; Instrumente; Auswertungsschritte (vorher festlegen)
 - » Ergebnisse
 - » Diskussion
 - » Konklusion/Ausblick
-

Literatur:

Braakmann, Diana (2012): Folien zur Präsentation beim Workshop „Psychotherapieforschung“ an der GÖG/ÖBIG

Karmasin, Matthias; Ribing, Rainer (2009): Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten. Stuttgart: UTB

2.2 Methoden-Workshops Level II (Vertiefung)

2.2.1 Quantitative und qualitative Methoden der Psychotherapieforschung inkl. Beurteilungsmöglichkeiten von Studien – Schwerpunkt qualitative Methoden

Henriette Löffler-Stastka

(Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie)

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Überblick

Psychotherapieforschung wurde seit der „Great Psychotherapy Debate“ (Wampold 2001) im medizinisch-naturwissenschaftlichen Bereich angesiedelt. Hier gelten naturwissenschaftliche Forschungskriterien und Richtlinien der empirischen Wissenschaften. Es herrschen somit im Bereich der Psychotherapieforschung die Forschungskriterien der evidenzbasierten Medizin vor, wenngleich das Einbeziehen geistes- und sozialwissenschaftlicher Forschungs-Paradigmata wesentlich ist. Um den Aspekten der Methodenvielfalt, die im Bereich der Psychotherapie üblich ist, gerecht zu werden, müssen in der Psychotherapieforschung unterschiedliche Forschungsparadigmata berücksichtigt werden. Dem Forschungsgegenstand bzw. den einzelnen psychotherapeutischen Traditionen liegen unterschiedliche anthropologische Prämissen zugrunde. In der Beforschung der verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen gilt es Qualitäts-, Güte- und Strukturkriterien mit einzubeziehen.

Im Workshop wurden Grundzüge des wissenschaftlichen Arbeitens (Ablauf einer empirischen Untersuchung) und vertiefte Informationen zur Unterscheidung von qualitativ-idiografischen und quantitativ-nomothetischen Forschungsmethoden in der Psychotherapieforschung sowie sich auf diese Forschungsansätze beziehende Beurteilungskriterien von Studien vermittelt. Es wurden Vor- und Nachteile der jeweiligen Forschungsansätze sowie Mixed-methods-Ansätze besprochen. Die vorgestellten Informationen wurden zu konkreten Forschungsvorhaben der Teilnehmenden in Beziehung gesetzt, diskutiert wurden (finanzielle, gesellschaftspolitische) Kontextbedingungen von Psychotherapieforschung.

Einleitung

Am historischen Beginn der Psychotherapieforschung wurde von Sigmund Freud (1927) das bekannte „Junktum zwischen Heilen und Forschen“ formuliert. Damit meinte Freud, dass jede klinische bzw. psychotherapeutische (Heil-) Behandlung des Patienten zugleich ein Prozess des (Er-)Forschens (seines Seelenlebens) ist. Die *gehäuften Eindrücke* vom Krankheitsbild bzw. vom

Leidenszustand der Patientin / des Patienten, die für die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten in der Behandlung entstehen und sichtbar werden, fließen als Erkenntnisse (in Form einer Intervention, z. B. einer Deutung oder Konfrontation) wieder in den Behandlungsprozess ein. Dieser suchende Prozess des vertieften Verstehens der Patientin / des Patienten durch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten bzw. durch sich selbst in der psychotherapeutischen Behandlung gleicht *einem hermeneutischen Zirkel (1)*. Andererseits bilden diese gehäuften Eindrücke die *Basis des psychotherapeutischen Behandlungskonzeptes bzw. der so entstandenen klinischen Theorie (2)*. Die Überprüfung der klinischen Theorie, beispielsweise durch kontrollierte Studien bzw. entsprechende psychotherapiespezifische Forschungsmethoden, lässt *eine wissenschaftliche Theorie (3)* entstehen.

Die Entwicklung psychotherapiespezifischer Forschungsmethoden vollzieht sich innerhalb zweier unterschiedlicher wissenschaftlicher Paradigmen: des *naturwissenschaftlichen Paradigmas* mit quantitativ-nomothetisch-objektivierenden Forschungsmethoden und des *geistes- bzw. sozialwissenschaftlichen Paradigmas* mit qualitativ-idiografisch-subjektorientierten, auf Sinnverstehen und Bedeutungsgebung ausgerichteten Forschungsmethoden.

Auswahl der passenden Forschungsmethode

Die Wahl der passenden Forschungsmethode hängt in erster Linie von der Forschungsfrage ab, aber auch von den zur Verfügung stehenden Mitteln, wie Zeit- und Personalressourcen, Untersuchungs- und Auswertungsinstrumente (z. B. standardisierte Tests, Auswertungssoftware) sowie vom Forschungs-/Methoden-Know-how.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass quantifizierende Forschung die Komplexität des Untersuchungsgegenstandes eher *reduziert*, wohingegen bei qualitativ-hermeneutischer Forschung tendenziell das Gegenteil der Fall ist. Letztere wird daher auch für neu zu explorierende Themen und Forschungsfragen eingesetzt. Soll eine einzelne Hypothese überprüft werden, ist dafür die quantifizierende Methode der statistischen Hypothesenprüfung geeignet (Falsifikation einer Null-Hypothese). In den (modernen) Mixed-method-Ansätzen werden beide Forschungsarten miteinander kombiniert und in Beziehung gesetzt (*Triangulation*).

Bevor auf die Unterscheidung zwischen quantitativen und qualitativen Methoden näher eingegangen wird, soll der allgemeine Ablauf jeder empirischen Untersuchung erläutert werden.

Ablauf einer empirischen Untersuchung

Am Beginn einer empirischen Forschungsarbeit steht ein die Forschungsperson interessierendes Thema und die damit verbundene (1) Ideensammlung, die zusammenfasst, wie das Thema bzw. welche Aspekte des Themas untersucht werden könnten. Hilfreich dabei ist (2) eine erste und später (3) die vertiefte Literaturrecherche zu einem (eingegrenzten / immer stärker einzugrenzenden) Thema sowie (4) die Dokumentation der Literaturrecherche; die (5) Untersuchungsart wird unter Berücksichtigung der jeweiligen Gütekriterien der Forschungsart gewählt, orientiert sich am Stand der Forschung und am Gültigkeitsanspruch der Untersuchung (siehe Gütekriterien

für Forschungsdesigns). Mit der (6) Wahl des vorläufigen Themas der Untersuchung (und einer damit verbundenen Idee für das Forschungsdesign) startet die (7) Begriffsdefinition und Operationalisierung der Fragestellung, d. h., dass alle relevanten Begriffe der Untersuchung (des Untersuchungstitels) und der darin bearbeiteten Fragestellungen (mithilfe der Fachliteratur) definiert werden müssen. Es folgt die (8) Auswahl der Untersuchungsobjekte (z. B.: welche Zielgruppe erhält einen bestimmten quantifizierenden Fragebogen oder wird in eine qualitative [Fokus-]Gruppendiskussion involviert) und (9) die Durchführungsplanung der konkreten Untersuchung, z. B. hinsichtlich der Kontrollbedingungen bzw. naturalistischen Bedingungen, des Erhebungszeitraumes bzw. der Erhebungszeitpunkte, der ausgewählten Erhebungs- und Datenaufbereitungsinstrumente (Fragebögen, psychologische Tests, demografische Daten oder Interviews, Beobachtungsprotokolle). Die (10) Auswertungsplanung orientiert sich an der Durchführungsplanung und legt die Auswertungsmethoden fest (z. B. statistische Analysen bestimmter Werte oder qualitative Inhaltsanalyse). Wichtig ist auch (11) die Interpretationsplanung, die die Relativierung der Ergebnisse (mögliche Einschränkungen der Aussagekraft) bzw. die Kontextualisierung (Diskussion und Vergleich mit anderen Untersuchungen) der Ergebnisse beinhalten soll. Das (12) Schreiben des Exposé's rundet den ersten Teil der Untersuchungsplanung ab. Es folgen die (13) Formulierung des theoretischen Teils der Arbeit und die (14) Durchführung und (15) Auswertung der Erhebung inkl. der (16) Interpretation der Ergebnisse (unter Bezugnahme auf [11]). Mit der (17) Formulierung des Untersuchungsberichtes wird die Untersuchung abgeschlossen.

Unterscheidung zwischen quantitativen und qualitativen Methoden

Die (a) quantitativen und (b) qualitativen Forschungsdesigns können nach Bortz/Döring (2006) hinsichtlich von vier Gesichtspunkten gegenübergestellt werden: (1) *Erfahrungsrealität*, (2) *Auswertung*, (3) *Untersuchungsvorgang* und (4) *Informationsgehalt*.

Die (1) Erfahrungsrealität wird mit den quantitativen Methoden quantifiziert, d. h. beziffert / in Zahlen ausgedrückt und verrechnet, wohingegen Erfahrungsrealität mit qualitativen Methoden in Sprache ausgedrückt, d. h. verbalisiert, wird. Die (2) Auswertung in quantitativer Weise ist eine statistische Verarbeitung von Messwerten, während qualitative Auswertungen hermeneutisch, d. h. auf das Sinnverstehen (Interpretation) ausgerichtet sind. Der (3) Untersuchungsvorgang ist daher einmal (a) hochstandardisiert, während dieser bei (b) qualitativen Verfahren gering oder geringergradig standardisiert ist. Der (4) Informationsgehalt bezieht bei quantitativen Verfahren viele Untersuchungspersonen mit ein und erlaubt folglich einen (statistischen) Vergleich auf Gruppenebene (z. B. behandelte/unbehandelte Gruppe); in qualitativen Verfahren können zwar nur wenige Untersuchungspersonen berücksichtigt werden, dafür überwiegt der inhaltliche Reichtum individueller Antworten.

Vor und Nachteile von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden

Die *Vor- bzw. Nachteile* (nach Bortz/Döring 2006) lassen sich zusammenfassen, indem quantitative Methoden (1) anonym durchführbar sind, die (2) Distanz der Untersuchungsperson zur Forschungsperson größer ist und die Methode auch (3) für wenig verbalisierungsfreudige

Personen sowie (4) für heikle Fragestellungen geeignet ist. *Qualitative Methoden* hingegen implizieren eine (1) geringe Anonymität und eine (2) geringe Distanz zur Forschungsperson. Sie sind (3) für verbalisierungsfreudige Personen besonders und ebenfalls (4) für heikle Fragestellungen geeignet.

Die folgende Tabelle 2.2 fasst die Unterschiede übersichtlich zusammen.

Tabelle 2.2:
Unterscheidung von quantitativen und qualitativen Methoden

quantitative Methoden	qualitative Methoden
nomothetisch	idiografisch
naturwissenschaftlich	geisteswissenschaftlich
Labor	Feld
deduktiv	induktiv
partikulär	holistisch
explanativ	explorativ
ahistorisch	historisch
Erklären	Verstehen
„harte“ Methoden	„weiche“ Methoden
Messen	Beschreiben
Stichprobe	Einzelfall
Verhalten	Erleben

Quelle: nach Bortz/Döring 2006; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Gütekriterien (Standards) von quantitativen Forschungsdesigns

Entscheidet sich eine Forschungsperson / ein Forschungsteam für ein quantitatives Forschungsdesign, müssen bestimmte wissenschaftliche Standards berücksichtigt werden, die die Güte einer Studie ausmachen.

Der hier dargestellte „Goldstandard“ oder „Level-I-Standard“ (Chambless et al 1998) gilt für eine randomisiert-kontrollierte empirische Studie (RCT-Studie – randomized controlled trial) innerhalb des naturwissenschaftlichen Paradigmas.

Orientiert sich eine Studie am „Goldstandard“, wird nach (1) der Formulierung einer klinischen Fragestellung mittels Recherche der Evidence-based-Medicine-Literatur (z. B. Cochrane – systematic reviews) (2) die externe Evidenz aufgespürt, (3) kritisch beurteilt und (4) mit dem eigenen Wissen und den Werten der Patientin / des Patienten verbunden. Das eigene Vorgehen wird geplant bzw. (5) evaluiert, und es werden (6) explizite Ein- und Ausschlusskriterien (von Studienprobanden) formuliert. Die (8) Zuteilung zur Versuchs- und Kontrollgruppe erfolgt (7)

randomisiert (Zufallsaufteilung). Die Versuchsbehandlung muss nach den Vorgaben einer (9) manualisierten Therapie mit festgelegten Rahmenbedingungen und operationalisierten (rechnerisch bzw. eindeutig überprüfbar) Zielkriterien erfolgen. Die (10) Daten müssen anhand objektiver Instrumente (z. B. standardisierte, reliable, objektive Testverfahren) erhoben werden. Der (11) Erfolg muss anhand von „verblindeten Ratern“, d. h. Beurteilern, die über das genaue Studiendesign nicht Bescheid wissen, bzw. zumindest einer therapeutenunabhängigen Erfolgsmessung beurteilt werden. Die (12) statistische Auswertung wird im Sinne einer konfirmativen (eine Hypothese bestätigenden) Hypothesenüberprüfung durchgeführt. Optimal ist (13) ein zusätzliches prospektives Design, das auch eine ein- bis zweijährige Katamnese beinhaltet (Chambless et al. 1998).

Die Qualität von Erklärungen (d. h. von mittels der Untersuchung aufzuzeigenden Zusammenhängen) hängt bei quantitativen Studiendesigns von mehreren Kriterien ab:

- » Berücksichtigung des Standes der Forschung,
- » Validität
 - (Grad der Gültigkeit bzw. Genauigkeit der Messung des tatsächlich zu messenden Faktums)
 - » interne Validität (Ausschluss von Alternativerklärungen der Testergebnisse)
 - » externe Validität (Verallgemeinerbarkeit der Testergebnisse),
- » Objektivität eines Tests
 - (Grad der Unabhängigkeit der Testergebnisse von Untersuchungsperson),
- » Reliabilität (Grad der Genauigkeit/Zuverlässigkeit der Merkmalerfassung bzw. Wiederholbarkeit eines Tests).

Gütekriterien und ausgewählte Methoden der qualitativen Psychotherapieforschung

Die qualitative Psychotherapieforschung verwendet keine standardisierten Testverfahren. Sie verwendet vielmehr Untersuchungsinstrumente, die eine größere Spannbreite und Vielfalt an Aussagen und Ergebnissen zulassen.

Typische Untersuchungs- und Auswertungsinstrumente der qualitativen Psychotherapieforschung sind:

- » das Interview,
 - » z. B. assoziatives Interview, biographisches Interview, Deutungsanalyse, Dilemma-Interview, diskursives Interview, Leitfaden-Interview, narratives Interview, Oral History, lebenslaufanalytisches Interview, problemzentriertes Interview, Experten-Interview, Exploration/Anamnese, Feldgespräch, Tiefeninterview, tiefenpsychologisch-biographisches Interview, Verhaltensanalyse etc. (nach Bortz, Döring 2006);
- » Beobachtungstechniken,
- » Dokumentenanalyse,
- » visuelle Methoden (z. B. Videoaufnahmen- und -analyse),
- » Selbsterfahrung,
- » Datenmanagement und -analyse,
- » computergestützte Analyse (z. B. von Textinhalten) sowie
- » die qualitative Inhaltsanalyse.

Güte der Information (Daten/Erhebung) und der Auswertung bzw. Interpretation

Die Güte der gewonnenen Informationen hängt ab von

- » einer genauen Verfahrensdokumentation (was wird wie und warum gemacht/erhoben) sowie
- » der ausführlichen Beschreibung der Patienten, der Behandlungen und der Therapeuten und
- » der Beschreibung der Datengewinnung.

Die Behandlung sollte eine möglichst hohe Adhärenz zur angegebenen Psychotherapiemethode aufweisen, damit klar ist, was tatsächlich untersucht wird (Adhärenzmanuale). Supervision ist hierfür ein bewährtes Mittel, um die Adhärenz möglichst hoch zu halten. Die Beschreibung der Patientinnen/Patienten soll deren Charakteristika wie etwa Alter und Ausmaß des Leidensspektrums umfassen. Die Beschreibung der Therapeuten soll ebenfalls möglichst genau und umfassend sein und v. a. deren Berufserfahrung beinhalten. Die Beschreibung der Datengewinnung muss nachvollziehbar sein, wofür sich etwa Beobachtungsbögen mit klaren Kriterien oder Videoaufnahmen bzw. Tonbandprotokolle eignen.

Güte und Reichhaltigkeit der Auswertung erfordern eine *Unabhängigkeit der Befunderhebung und der Veränderungsmaße sowie eine Differenziertheit in der Auswertungsmethodik*. Die Kombination von qualitativen und quantitativen Auswertungsmethoden (Triangulation) bei denselben Daten bzw. Fragestellungen garantiert diese Differenziertheit. So ist eine (zusätzliche) *statistische Auswertung* von Vorteil. *Katamnesen* überprüfen die Stabilität von Ergebnissen, und *Einzelfallanalysen* ergeben differenzierte Details eines psychotherapeutischen Behandlungsprozesses.

Die *klinische Relevanz*, d. h. die tatsächliche Nähe zum untersuchten Forschungsgegenstand bzw. die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die klinische Alltagspraxis (Repräsentativität) sowie genaue, differenzierte Aussagen für möglichst genau beschreibbare Störungsbilder (Differentialdiagnose), ist gerade in der *praxisorientierten, naturalistischen Psychotherapieforschung* sehr bedeutsam.

Die Güte der Interpretationsabsicherung beruht also zusammengefasst in erster Linie auf

- » der Plausibilität der Schlussfolgerungen,
- » der Therapiekontrolle,
- » der Ausbildung und Erfahrung der Therapeuten sowie auf
- » der Motivation der Patienten/Patientinnen und deren Indikation.

Unterschiede zwischen Prozess- und Ergebnisforschung

Zur Unterscheidung zwischen zwei typischen Forschungsansätzen in der Psychotherapieforschung, der *Prozessforschung* und der *Ergebnisforschung*, vergleichen Orlinsky et al. (zit. n. Bergin & Garfield, 1994) die beiden Ansätze hinsichtlich unterschiedlicher Niveaus bzw. Zeitrahmen (z. B. momentan, situationsbezogen, täglich, dauerhaft oder biographisch) und Zeitspannen (z. B. Sekundenbruchteile, Minuten, Dekaden oder lebenslang). Die Blickwinkel in der Prozessforschung (sehr unterschiedlich im Gegensatz zur Ergebnisforschung: z. B. der

[Prozessforschungs–]Fokus auf „Mikroprozesse“ wie Gesichtsausdruck/Blickrichtung [ablaufend in Sekundenbruchteilen] bzw. „Moment–zu–Moment–Prozesse“ wie spezielle Äußerungen/ Interaktionen [ablaufend in bis zu mehreren Minuten]) unterscheiden sich vom (Ergebnisfor– schungs–)Fokus auf den (hilfreichen/hinderlichen) „Einfluss auf die Sitzung“. Oder der Fokus auf den „Sitzungsprozess“ wie die Störung/Reparatur der therapeutischen Allianz (ablaufend in bis zu mehreren Stunden) unterscheidet sich vom Fokus auf das „Ergebnis nach der Sitzung“ wie die unmittelbare Verbesserung der Stimmung und Motivation etc. (vgl. Orlinsky et al., zit. n. Bergin & Garfield, 1994).

Weiterführende Diskussion

Im Workshop wurden in kleineren Arbeitseinheiten verschiedene forschungsrelevante Fragen vertieft diskutiert.

Organisatorische Rahmenbedingungen wie mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen erschweren das Durchführen von Studien. Das Vernetzen mit den Universitäten und ein das Forschungs–Know–how vermittelnder Forschungsbeauftragter wären eine Erleichterung für die einzelnen Fachspezifika.

Die *(standes–)politischen Kontextbedingungen von Forschung* sind möglicherweise oft von starken (mit Psychotherapeuten konkurrierenden) Berufsinteressen bzw. generellen Einsparungsbemühungen der Sozialversicherung geprägt. Realiter gibt es wenig Orientierung an der notwendigen Patientenversorgung bzw. an praxisrelevanten Forschungsfragen, Ausbildungsfragen oder differenzierten Prozessfragen, obwohl Ergebnisse der „Rechtfertigungsforschung“ bereits seit langer Zeit vorliegen und diese positive Effekte der Psychotherapie eindrücklich nachweisen. Das Gesundheitssystem müsste stärker Konzepte von Gesundheit berücksichtigen, die psychotherapeutisches Fachwissen integrieren.

Die *Differenzierung zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen ist zwar überholt*, deren Kombination ist aber dennoch wichtig. Die (macht–/interessen–)politisch motivierte Bevorzugung einseitiger Forschungsfragen und –ansätze ist wenig zielführend und muss kritisch hinterfragt werden.

Einzelne *Beispiele im Workshop* zeigen, dass nicht zuletzt auch an den Universitäten (z. B. Universität Innsbruck, Medizinische Universität Wien) bereits sehr interessante Psychotherapie– forschungsprojekte – auch im Bereich der *Psychotherapie–Prozessforschung* – laufen. Diese sollten weiter ausgebaut und mittelfristig mit dem Forschungsinteresse der Fachspezifika in Beziehung gesetzt werden.

Literatur:

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl., Berlin: Springer-Verlag

Chambless, D. L.; Hollon, S. D. (1998): Defining empirically supported therapies.
In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 66, 7-18

Orlinsky, David E.; Grawe, Klaus; Parks, Barbara K. (1994): Process and outcome in psychotherapy: In: Allen E. Bergin, Sol L. Garfield: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4. Auflage, John Wiley and Sons, 270-376

Freud, Sigmund (1927): Nachwort zur „Frage der Laienanalyse“. In: Gesammelte Werke XIV, hg. v. Anna Freud. Frankfurt. a. M, 287-296

2.2.2 Wirksamkeitsforschung und ihre vielfältigen Ansätze und Methoden

*Anton-Rupert Laireiter
(Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie)*

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Überblick/Einleitung

In diesem Workshop wurden die verschiedenen Schwerpunkte und Forschungsansätze der Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie sowie einige Aspekte ihrer historischen Entwicklung aufgezeigt. Neben der klassischen (experimentellen, randomisiert-kontrollierten) Testforschung (Efficacy-Forschung) gehören zur Wirksamkeitsforschung die Praxisforschung (Effectiveness-Forschung), die Prozess-Wirksamkeitsforschung und die generalisierende Forschung (Meta-Analysen, Reviews).

Im Workshop wurden insbesondere die relevanten Aspekte von Wirksamkeitsforschung in der Praxis erörtert. Anhand von Praxisbeispielen wurden die Planung und Durchführung einer konkreten Studie diskutiert.

Dimensionen der Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung umfasst viele Aspekte: v. a. Psychotherapie-Evaluation bzw. Wirksamkeitsforschung, Prozessforschung, Versorgungsforschung, Ausbildungsforschung und berufssoziologische Forschung.

Die *Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung* untersucht die Wirksamkeit von Psychotherapie bzw. von psychotherapeutischen Methoden und Strategien. Dabei kann zwischen der Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden und Strategien unter Idealbedingungen (Efficacy) und der Wirksamkeit von Psychotherapie unter Alltagsbedingungen (Effectiveness- bzw. Praxisforschung) unterschieden werden.

Die *Prozessforschung* umfasst zum einen die Analyse und Beschreibung des therapeutischen Prozesses selbst (= Typ-A-Forschung), d. h. z. B. die wissenschaftliche Betrachtung von Übertragung, das Erkennen von änderungssensitiven Phasen und Merkmalen der therapeutischen Beziehung. Davon zu unterscheiden ist die *Prozess-Erfolgs-Forschung* (= Typ-B-Forschung), bei der es um die wirksamen Elemente des therapeutischen Prozesses geht, beispielsweise um die Qualität der Beziehung oder die Ergebnisse nach einzelnen Psychotherapiestunden. Typische Fragestellungen beschäftigen sich hier mit jenen Faktoren, die die Wirksamkeit unter bestimmten Bedingungen beeinflussen, d. h. mit der Gestaltung von

„wirksamer Psychotherapie“. Diese Fragen leiten über zu Themen der Qualitätssicherung und der Qualitätsforschung.

Das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987) fasst die unterschiedlichen Untersuchungsebenen in der Prozess–Outcome–Forschung zusammen. Die *Input-Ebene* umfasst Gesellschaft, psychotherapeutisches Versorgungssystem, Patient und Therapeut (sowie „andere“). Die *Prozess-Ebene* bezieht den psychotherapeutischen Vertrag, die psychotherapeutische Operation und Beziehung sowie den Einfluss und die Offenheit von Patient und Therapeut mit ein. Die *Output-Ebene* bezieht sich auf den Outcome der Behandlungssitzung, das aktuelle psychologische Funktionieren in der Lebenssituation und den langfristigen Outcome unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerkes des Patienten und des Behandlungssettings innerhalb des Versorgungssystems und der Gesellschaft.

Historische Entwicklung der Psychotherapieforschung

In der ersten Phase der Psychotherapieforschung wurden anhand von *Einzelfallstudien (Kasuistiken)* klinische Theorien ausgearbeitet. Das prominenteste Beispiel für diese Form von wissenschaftlicher Tätigkeit ist Sigmund Freud. In dieser Phase wurden statistische Methoden als Methoden der Psychotherapieforschung abgelehnt. Erst ab dem Jahr 1930 kam es – ausgehend von Berlin – zu ersten statistischen Aufbereitungen vieler Fallgeschichten und zu einer *allgemeinen* Wirksamkeitsprüfung.

Ab dem Jahr 1950 kann mit den Arbeiten von Carl Rogers der Beginn der *Psychotherapie-Prozessforschung* verzeichnet werden. Die Legitimations- oder Rechtfertigungsphase in der Wirksamkeitsforschung mit zahlreichen *experimentellen Studien* begann nach der Publikation von H. J. Eysenck (1952) und seinen kritischen und provokanten Thesen zur Psychotherapiewirksamkeit. Darauf folgte eine Phase der *differentiellen Wirksamkeitsforschung* zur Untersuchung der jeweiligen Wirksamkeit der unterschiedlichen Psychotherapiemethoden (z. B. durch Kiesler 1966). In dieser Phase der Entwicklung wurden viele namhafte und paradigmatische Wirksamkeitsstudien initiiert und durchgeführt. Beispiele dafür sind die Penn-Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie (Luborsky & Crits-Christoph 1988), die NIMH-Langzeitstudie zur Psychotherapie der Depression (Elkin et al. 1985) oder die Berner Psychotherapie-Studie zum Vergleich von Verhaltenstherapie und klientenzentrierter Psychotherapie (Grawe 1992).

Die Ergebnisse der in dieser Phase durchgeführten Studien wurden in einer Reihe *systematischer Reviews und Meta-Analysen* aufbereitet, die ihrerseits wiederum Einfluss auf eine Reihe von Entwicklungen hatten: Evidenzbasiertheit von Psychotherapie (*evidence-based psychotherapy*²⁰), die Entwicklung von Behandlungs-Leitlinien, aber auch die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren zur Regelversorgung. Beispielhaft dafür ist die bekannte Meta-Analyse von

20

Siehe auch die Arbeiten der Cochrane Society zur evidence-based psychotherapy.

Grawe (vgl. Grawe et al. 1994), die dieser als Vorbereitung für das deutsche Psychotherapeuten-gesetz durchführte.

Sehr bald aber regte sich Widerstand im Psychotherapiefeld gegen diese Form der Forschung. Insbesondere wurde die mangelnde externe Validität dieser als experimentell bezeichneten Therapieforschung kritisiert (Kordy 1995). Einen besonderen Beitrag in dieser Phase der Entwicklung leistete Seligman 1995 im Rahmen der Consumer-Reports-Studie „The Effectiveness of Psychotherapy“, mit der die Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung eine wichtige Differenzierung erfuhr (*Efficacy-* versus *Effectiveness-Forschung*) und wodurch die *praxisorientierte Psychotherapieforschung* ihren eigentlichen Aufschwung nahm.

Die 1990er Jahre waren aus vier weiteren Gründen sehr fruchtbar für die Weiterentwicklung der Psychotherapieforschung. Zum einen konnte von verschiedenen Autoren gezeigt werden, dass die spezifischen psychotherapeutischen Methoden nur einen begrenzten Anteil an der Ergebnisvarianz erklären und dass psychotherapeutische Veränderung in einem weitaus höheren Ausmaß durch *kommunale Wirkfaktoren* generiert wird (Asay & Lambert 1999). Zum anderen legte Grawe (1992) sehr überzeugend nahe, dass diese Wirkfaktoren systematisch konzipiert werden können und in der Gestaltung von Psychotherapie differenziell einzusetzen sind. Und zum Dritten wurde immer deutlicher, dass Psychotherapie weniger die Anwendung spezifischer Methoden im Sinne des medizinischen Modells darstellt, als viel mehr und besser als *interaktiver Prozess* beschrieben werden kann, in dem die therapeutische Beziehung eine zentrale Rolle spielt (Asay & Lambert 1999). Diese Differenzierung, die auch wesentlichen Einfluss auf die Psychotherapieforschung hatte, wurde von Wampold (2001) in seinem Buch „The great psychotherapy debate“ exzellent beschrieben.

Viertens entwickelten unter den Prämissen der Prozessforschung bzw. Prozess-Wirksamkeitsforschung Howard und seine Kollegen (1993) ein *Modell zur Vorhersage von individuellen Psychotherapieverläufen*, mit dem drei aufeinander folgende Phasen im psychotherapeutischen Prozess beschrieben werden. In den drei Phasen stehen jeweils unterschiedliche Problembereiche im Vordergrund (1. Remoralisierungsphase: Verbesserung von Befinden und Hilflosigkeit; 2. Konflikt/Strukturphase ca. ab 10. Therapiestunde: Veränderung der Probleme und Störungen, und 3. Rehabilitationsphase: längerfristige Veränderungen der Persönlichkeit und sozialer Beziehungen). Aufbauend auf dem zuvor entwickelten *Dosis-Wirkungs-Modell* (Howard et al. 1986) konnte eruiert werden, dass psychotherapeutische Veränderung nicht linear, sondern exponentiell verläuft und dass ca. 80 Prozent der Veränderung in den ersten 20 bis 30 Therapiestunden erreicht werden (Asay & Lambert 1999; Howard et al. 1996).

In diesem Zusammenhang wurde von verschiedenen Autoren, z. B. Howard et al. (1996) oder Lambert et al. (2001), gezeigt, dass die individuelle Rückmeldung der therapeutischen Veränderung im Verlauf („*Patient-Tracking-Ansatz*“) einen wesentlichen Beitrag zur Therapiekontrolle und Steigerung der individuellen Therapiewirksamkeit leisten kann. Damit war die bislang letzte Phase der Entwicklung der Wirksamkeitsforschung erreicht, die *patientenorientierte Psychotherapieforschung*, deren Schwerpunkte das Monitoring und die Verbesserung individueller Therapieeffekte sind (Guntern & Lutz 2012). Weitere wichtige Forschungsthemen der aktuellen Wirksamkeitsforschung sind Studien zur Effizienz mit der Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-

Aspekten sowie zur praxisorientierten Versorgungsforschung und Qualitätssicherung (Wittmann et al. 2011).

Quantitative Wirksamkeitsforschung

Versuchsplantypen

Prinzipiell werden bei der quantitativen Wirksamkeitsforschung verschiedene Versuchsplantypen unterschieden: *Eingruppenpläne*, *Kontrollgruppendesigns* und *Mehrgruppenversuchspläne*. Ein methodisches Hauptproblem bei Eingruppenplänen ist die interne Validität, da anhand dieses Designs nicht sicher beurteilt werden kann, wodurch die beobachteten Effekte verursacht wurden. Beim Kontrollgruppendesign stellt eine unbehandelte Kontrollgruppe ein ethisches Problem dar, weshalb Ethikkommissionen dieses Design häufig nicht freigeben und stattdessen Wartelistenkontrollgruppen verwendet werden.

Baumann und Reinecker-Hecht (2011) unterscheiden daher zwischen Versuchsplantypen bzw. Forschungsdesigns, die jeweils unterschiedliche ethische, methodische und/oder klinische Kriterien erfüllen. Bei *Eingruppenplänen (mit Intervention)* werden unterschieden (1) die retrospektive Datenerhebung am Interventions-Ende, (2) die Datenerhebung mindestens vor und nach der Behandlung (Intervention) und (3) der Vergleich von Warte- mit Behandlungszeit (Intervention) bei für einige Zeit unbehandelten Patienten. Bei *Kontrollgruppendesigns* wird die Kontrollgruppe entweder (1) nicht behandelt, (2) nach der Kontrollphase behandelt, (3) mit einer Placebo-Behandlung, (4) mit einer Routine-Behandlung oder (5) mit einer anderen Therapieform behandelt. Die sechste Variante stellt die Parametermodifikation dar.

Zentral für Gruppenversuchspläne der quantitativen Wirksamkeitsforschung ist, dass die Gruppenzuweisung zu den einzelnen Behandlungsbedingungen randomisiert (durch Zufallsverfahren bestimmt) erfolgt (*randomized controlled trial* – RCT; vgl. Kazdin 1994).

Stabilitätsprüfung und Responder- vs. Intention-to-Treat-Analyse

Generell gilt, dass die psychotherapeutische Wirksamkeit nicht nur für den Zeitpunkt des Psychotherapieendes (mittels einfacher Prä-Post-Vergleiche) nachgewiesen wird. Psychotherapeutische Effekte (guter Qualität) sollten eine nachhaltige, langfristige Stabilität aufweisen. Deshalb ist es notwendig, auch *Katamnesen* (mittels *Follow-up*-Erhebungen) durchzuführen.²¹

Ein weiteres wichtiges Kriterium der klassischen Wirksamkeitsforschung ist die Differenzierung zwischen erfolgreichen (abgeschlossenen) und nicht erfolgreichen (abgebrochenen) Psychotherapien. Für die Beurteilung der Akzeptanz einer bestimmten Behandlung ist es wichtig zu wissen,

21

Dabei hat sich als Regel eingebürgert, zwischen kurz- (z. B. 3 Monate), mittel- (6–12 Monate) und längerfristigen Stabilitäten (3 und mehr Jahre) zu unterscheiden.

wie viele Patienten die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben (*Responder-Rate*). Gleichzeitig ist es für die Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie aber auch wichtig, die Abbrecher mit einzubeziehen, da eine ausschließliche Berücksichtigung der erfolgreichen Responder die Wirksamkeit einer Behandlung überschätzen könnte (Kazdin 1994). Der Einbezug der Abbrecher (deren „Ergebnisse“ nach Abbruch ebenfalls erhoben werden) wird in der Literatur als „*Intention to Treat*“-Bedingung und die entsprechende Auswertung als „*Intention to Treat*“-Analyse bezeichnet. Meist werden in Studien beide Effektwerte (Responder-Effekt, Intention-to-Treat-Effekt) errechnet und über die unten angeführten Indikatoren berichtet (Effektstärken, reliable Veränderung, klinisch signifikante Veränderung etc.).

Multimodale Therapieerfolgsmessung

Der Therapieerfolg sollte *multimodal* gemessen werden, das heißt mithilfe störungsspezifischer und störungsübergreifender Fragebögen, globaler Patienten- und Therapeutenbeurteilungen, Messung von Lebenszufriedenheit/Wohlbefinden/Lebensqualität, Verhaltensbeobachtung und externer Beurteilung durch Partner/Eltern/Hausarzt / externe Begutachter.

Erfasst werden können sowohl *primäre Outcome-Maße* (wie z. B. die Störungsausprägung, Anzahl der Panikanfälle, Zeitraum der Abstinenz) als auch *sekundäre Outcome-Maße* (wie z. B. Lebensqualität, Erwerbsfähigkeit, Kosten-Nutzen-Relation / Reduktion von direkten und indirekten Krankheitskosten, Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen oder die allgemeine Symptombelastung).

Die Wahl geeigneter *Erfolgskriterien* für die Beurteilung des Therapieerfolgs ist abhängig von deren klinischer Signifikanz (siehe unten). Beispiele für Erfolgskriterien sind der diagnostische Status, Rückfälle, die Nähe zum Status gesunder Personen bzw. der Abstand zu „auffälligen“ Personen, eine definierte Mindestverbesserung oder andere Schwellenwerte.

Veränderung kann in der quantitativen Wirksamkeitsforschung anhand verschiedener Strategien gemessen werden:

1. Bei der *indirekten Veränderungsmessung* kommen normierte, empirisch geprüfte und veränderungssensitive psychometrische klinische Skalen zum Einsatz, mit deren Hilfe Statusmessungen (zu verschiedenen Zeitpunkten, z. B. prä/post) vorgenommen werden. Die indirekte Veränderungsmessung resultiert aus dem Vergleich von zwei Statusmessungen: Über die Differenzwerte der jeweiligen Statusmessungen kann eine mögliche Veränderung festgestellt werden.
2. Bei der *direkten Veränderungsmessung* wird subjektiv zwischen dem Zustand bei Beginn der Psychotherapie und dem aktuellen Zustand verglichen. Die Veränderung wird über eine Beurteilung des Vergleichs anhand von bipolaren Veränderungsskalen gemessen, wobei der Mittelwert der Skala eine „0“ repräsentiert, die für keine Veränderung steht. Der linke (negative) Pol steht für eine Verschlechterung, der rechte (positive) Pol für eine Verbesserung. Mittels Skalierung (meist von 2 bis 4 Stufen) kann die Intensität der Verbesserung bzw. Verschlechterung ausgedrückt werden. Häufig verwendete Instrumente sind der Verände-

rungsfragebogen des Erlebens- und Verhaltens (VEV) oder der Bochumer Veränderungsfragebogen (BOV).

3. Die *prospektive/finale/individualisierte Veränderungsmessung* arbeitet mit Zielerreichungs-Beurteilungen. Ein Beispiel dafür ist das „Goal Attainment Scaling“ (GAS). Mit dieser Methode kann der Grad der Zielerreichung einer Psychotherapie erfasst werden.
4. Bei der *kriteriumsbezogenen/kategorialen Veränderungsmessung* werden Diagnosesysteme wie ICD-10 oder DSM-IV – oft unter Verwendung klinischer Interviews (SKID, DIPS) – herangezogen und wird überprüft, ob die entsprechenden diagnostischen Kriterien auch nach Therapieende noch erfüllt werden (oder nicht mehr). Es kann aber auch anhand von klinischen „Cut-off-Werten“ (z. B. bei BDI, BAI) beurteilt werden, ob bestimmte kritische Werte noch oder nicht mehr erreicht werden.
5. Bei der *Patientenzufriedenheits- und Qualitätsbeurteilung* werden Verlauf, Prozess und Ergebnisse der Psychotherapie anhand von definierten Zufriedenheits- und Qualitätskriterien bewertet. Auch dafür gibt es spezielle Therapiebeurteilungs- und Zufriedenheitsskalen (z. B. ZUF-8).

Zur *Beurteilung der Wirksamkeit* können folgende Kriterien (nach Kazdin 1994) herangezogen werden: statistische Signifikanz, reliable Veränderung, klinische Signifikanz, Effektstärken, Responder (= Prozentsatz der Verbesserungen), Wirkungsspektrum/Breite der Veränderung, Wirkungsschwerpunkte/Wirkungsmuster, Stabilität/Dauerhaftigkeit der Veränderung, negative Effekte (Nebenwirkungen).

Die *Effektstärke (ES)* repräsentiert das Ausmaß an Veränderung in Standardabweichungen des Messinstruments. Eine Effektstärke von 1, d. h. die positive Veränderung des Patientenmittels nach der Behandlung im Vergleich zu vor der Behandlung oder im Vergleich zu einer Kontrollgruppe um 1 Standardabweichung (SD) der Skala, bedeutet, dass es dem Patienten in etwa um 85 Prozent der Messvarianz besser geht als zu Beginn der Behandlung bzw. dass es bei einem Gruppenvergleich 85 Prozent der Patienten nach der Behandlung besser geht als den Patienten der Kontrollgruppe.

Die *klinische Signifikanz* gibt an, inwieweit die erreichten Veränderungen nach der Psychotherapie das Niveau von „gesunden“ (= psychisch nicht auffälligen) Personen erreicht hat. Der Vergleich wird anhand von Prä-Post-Werten und den jeweiligen Normwerten vorgenommen (auffällige vs. unauffällige). Dabei sind je nach Ausgangs- und Endwert verschiedene Ergebnisaussagen möglich, z. B. klinisch signifikante Verbesserung, klinisch nicht signifikante Verbesserung, klinisch signifikante Verschlechterung, irrelevante Veränderung etc. (Baumann & Reinicker-Hecht 2011).

Zur Praxis der Wirksamkeitsforschung

Teststudien

Bei der experimentellen Psychotherapieforschung werden mittels Teststudien (*Efficacy Studies*) das Wirksamkeitspotenzial und das Wirkungsspektrum von psychotherapeutischen Methoden systematisch überprüft (Seligman 1995). Die Testung der Wirkung umfasst positive (erwünschte) und negative (unerwünschte) Effekte, Dosis-Wirkungs-Verhältnisse, Prozess-Ergebnis-Effekte, die Dauer/Stabilität von Effekten sowie die Effizienz bzw. Kosten-Nutzen-Relation (Kazdin 1994).

Die *Kriterien* zum „Golden Standard“ in der Psychotherapie-Testforschung sind im „CONSORT Statement“ (Consolidated Standards of Reporting Trials) festgelegt. Die aktuelle Version „CONSORT 2010 Statement“ umfasst einen 25-Punkte-Katalog (vgl. <http://www.consort-statement.org>).

Kennzeichen einer Teststudie sind ein prospektiv angelegtes Studiendesign sowie Zwei- und Mehrgruppen-Designs mit mehreren Messzeitpunkten (prä/während des Behandlungsverlaufs/post und Katamnese/n). Zentral ist die exakte Festlegung der Patientenstichprobe und der Selektionskriterien (meist störungsspezifisch), eine Multimodalität der Evaluierungsdaten (siehe oben), die randomisierte Gruppenzuweisung und eine statistisch errechnete Mindestgruppengröße (Power-Analyse). Außerdem ist eine reliable Diagnostik/Klassifikation der Störungen unumgänglich. Die exakte Beschreibung und Kontrolle der (Vergleichs-/Kontroll-)Interventionen sowie die Manualisierung des Therapievorgehens (Therapiemanual) sind ebenfalls sehr wichtig. Veränderungs- und Effektstärkenmaße werden statistisch ausgewertet. Die Datenauswertung zielt auf den Wirksamkeitsvergleich (Überlegenheit/Nicht-Unterlegenheit) eines Verfahrens mit einem etablierten oder vergleichbaren ab.

Probleme von Teststudien bestehen in deren mangelnder Generalisierbarkeit auf Routine-Praxisbedingungen (= geringe externe Validität), weil in eine Teststudie zumeist eine selektive Klientel eingebunden ist, eine Eingrenzung auf spezifische Störungen vorgenommen wird und das Therapeutenverhalten meist artifiziell restriktiv zu gestalten ist (Seligman 1995).

Praxisstudien

Praxis- oder Nützlichkeitsstudien (*Effectiveness Studies*) überprüfen die Wirksamkeit von Psychotherapie unter Praxisbedingungen und testen deren praktische Relevanz (positive, negative, Dauer der Effekte, differentielle Wirksamkeit/Indikation und Effizienz). Sie dienen damit auch der Qualitätssicherung von Psychotherapie (s. o.).

Praxisstudien werden in verschiedenen Designs durchgeführt: 1. Einzelfallstudien (quantitative/qualitative; prospektiv/retrospektiv; experimentell); 2. prospektive Gruppenstudien (Ein- und Mehr-Gruppenstudien mit Kontroll- und/oder Vergleichsgruppen); 3. retrospektive/Katamnese-Studien und 4. Konsumentenstudien (retrospektive Patientenbefragungen). Die *kontrollierten*

Mehrgruppenstudien weisen grundsätzlich dasselbe Forschungsdesign auf wie RCTs, meist aber ohne randomisierte Zuteilung der Teilnehmer/innen zu den Studiengruppen.

Praxisbeispiel

Im Workshop wurde anhand eines Praxisbeispiels die methodische Vorgangsweise für eine kontrollierte Praxisstudie – „Wirksamkeit der Verhaltenstherapie (VT) in der Praxis“ – erklärt: Das Ziel der Studie ist, die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie in der ambulanten Praxis und Prädiktoren derselben zu untersuchen. Dabei wurden zwei Gruppenbedingungen vorgegeben:

1. VT, angeboten durch in die Psychotherapeutenliste eingetragene Verhaltenstherapeutinnen/-therapeuten (mit abgeschlossener Ausbildung), und 2. VT, angeboten durch Verhaltenstherapeutinnen/-therapeuten in Ausbildung unter Supervision. Die Studie ist prospektiv angelegt mit drei Messzeitpunkten (prä/post / 6 Monate Katamnese), die Behandlungsgruppen sind auf Angst- und depressive Störungen begrenzt. Die Stichprobe umfasst ca. 120 Patienten; die Rekrutierung sollte so „zufällig“ wie möglich gestaltet sein, indem die ersten drei bis fünf Patientinnen/Patienten pro teilnehmendem Psychotherapeuten / teilnehmender Psychotherapeutin in die Studie aufgenommen werden. Insgesamt sollen 40 Therapeutinnen/Therapeuten (20 je Gruppe) in die Studie eingebunden werden. Die Wirksamkeit wird anhand der in Tabelle 2.3 dargestellten Instrumente beurteilt. In die Auswertung gehen sowohl erfolgreiche (= abgeschlossene) als auch nicht erfolgreiche (= abgebrochene) Psychotherapien ein. Dadurch ist es möglich, eine Responder- ebenso wie eine Intention-to-treat-Analyse (s. o.) durchzuführen.

Tabelle 2.3:
Studiendesign zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie in der Praxis

Klientinnen/Klienten	Therapeutinnen/Therapeuten
» Datenblatt	» Datenblatt
» BSI: Brief Symptom Inventory	» Evaluation psychologischer Behandlung – Therapiebeginn
» IDS-SR: Inventory of Depressive Symptoms– Self-Rated	» DIA-X SSQ: Stammfragebogen
» GBB 24: Gießener Beschwerdebogen (Kurzform)	» DIA-X ASQ <u>oder</u> DSQ
» ICD-10-SR: ICD-Symptom-Rating-Skala	» HAMA: Hamilton-Skala (nur bei Angststörung)
» WHO-QOL-BREF: Kurzform der WHO-Quality-of-Life-Scales	» BSS: Beeinträchtigungs-Schwere-Score
	» IDS-C: Inventory of Depressive Symptoms – Clinician Rated
	» IMI-R: Fragebögen für interpersonale Eindrücke

Quelle: Laireiter 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Besonderes Augenmerk muss (gerade) auch bei Praxisstudien auf das Sampling der Patienten gelegt werden, um einen Bias (systematischen Fehler) in der Stichprobengewinnung zu vermeiden (z. B. werden pro Therapeut/in genau je die ersten drei Patientinnen/Patienten ab Untersu-

chungsbeginn inkl. Abbrecher/innen in die Studie aufgenommen). Dies erfordert eine enge (in der Praxis leider meist schwer herzustellende) Kooperation mit den Psychotherapeutinnen/-therapeuten bzw. der behandelnden Institution.

Literatur:

Asay, T. P.; Lambert, M. J. (1999): The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller (Hg.): The heart and soul of change: What works in therapy? Washington, DC: American Psychological Association, 23–55

Baumann, U.; Reinecker-Hecht, C. (2011): Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In: M. Perrez, U. Baumann (Hg.): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie (4., akt. Aufl.). Bern: Hans Huber, 378–397

CONSORT-Statement: <http://www.consort-statement.org>

Elkin, I.; Parloff, M. B.; Hadley, S. W.; Autry, J. H. (1985): NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. In: Archives of General Psychiatry 42, 305–316

Eysenck, H. J. (1952): The effects of psychotherapy. An evaluation. In: Journal of Consulting Psychology 16, 319–324

Grawe, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. In: Psychologische Rundschau 43, 132–162

Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Guntern, S.; Lutz, W. (2012): Patientenorientierte Psychotherapieforschung: Vorhersage individueller Therapieverläufe für unterschiedliche Behandlungsmodalitäten. Saarbrücken: AV Akademikerverlag

Howard, K. I.; Kopta, S. M.; Krause, M. S.; Orlinsky, D. E. (1986): The dose-response relationship in psychotherapy. In: American Psychologist 41, 159–164

Howard, K. I.; Lueger, R. J.; Maling, M. S.; Martinovic, Z. (1993): A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 61, 678–685

Howard, K. I.; Moras, K.; Brill, P. L.; Martinovich, Z.; Lutz, W. (1996): Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. In: American Psychologist 51, 1059–1064

Kazdin, A. E. (1994): Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: A.-E. Bergin, S. L. Garfield (Hg.): Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.). Oxford: John Wiley & Sons, 19–71

Kiesler, D. J. (1966): Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. In: Psychological Bulletin 65, 110–136

Kordy, H. (1995): Does psychotherapy research answer the questions of practitioners, and should it? In: Psychotherapy Research 5, 128–130

Laireiter, A.-R. (2012): Folien zur Präsentation beim GÖG/ÖBIG-Workshop „Psychotherapieforschung“ 2012

Lambert, M. J.; Hansen, N. B.; Finch, A. E. (2001): Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 69, 159–172

Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. (1988): Measures of psychoanalytic concepts: The last decade of research from „the Penn studies“. In: The International Journal of Psychoanalysis 69, 75–86

Orlinsky, D. E.; Howard, K. I. (1987): A generic model of psychotherapy. In: Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy 6, 6–27

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

Wampold, B. E. (2001): The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum

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

2.3 Workshop Vernetzung

Forschungsselbstverständnis und schulenübergreifende Brückenkonzepte

Workshop-Leitung von

Christian Korunka (Fakultät für Psychologie der Universität Wien) und

Michael Wieser (Institut für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt)

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Überblick

In diesem Workshop sollte erarbeitet werden, wie eine gute Verbindung von Ausbildung, Praxis und Forschung eingegangen werden kann. Dazu tauschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops über ihre Erfahrungen in Bezug auf aktuelle und konkrete Forschungsaktivitäten in den einzelnen psychotherapeutischen Fachspezifika aus und dachten über mögliche schulenübergreifende Forschungsfragen sowie ev. gemeinsame Forschungsprojekte der praxisorientierten Psychotherapieforschung nach. Der Workshop bot eine Diskussionsplattform für das Erörtern unterschiedlicher Standpunkte zu den strukturellen Rahmenbedingungen von Psychotherapieforschung, (strukturellen) Vernetzungsmöglichkeiten (beispielsweise im Forschungscluster) und zum prinzipiellen Nutzen von Forschung (im Sinne der Qualitätssicherung). Diese Aspekte wurden gemeinsam mit den notwendigen Unterstützungserfordernissen diskutiert.

Forschungsaktivitäten und konkrete (schulenübergreifende) Forschungsbeispiele

Die Bandbreite der Forschungsaktivitäten der im Workshop dazu Befragten aus den Fachspezifika ist groß: aktuelle Forschungsaktivitäten in den am Workshop beteiligten Fachspezifika reichen von Einzelfallanalysen über demografische Erhebungen, Wirksamkeitsanalysen, Prozessforschung bis hin zur Entwicklung von eigenen Ratingskalen (z. B. für die Ausbildungs-evaluation) und Messinstrumenten.

Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer stellten ausgewählte konkrete Studienbeispiele kurz vor: Die unterschiedlichen Fragestellungen, die mit quantitativen und qualitativen Methoden untersucht werden, beziehen sich auf Themen wie etwa „Die Selbsteinbringung der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten bei Angstpatientinnen/-patienten“, „Faktoren der Traumbearbeitung in der psychotherapeutischen Behandlung“, „Kinder psychisch kranker Eltern und die Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf“, „Naturalistische Wirksamkeitsanalysen unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden im Vergleich zum ärztlichen Gespräch“, „Übertragung im Erstkontakt“ sowie Fragen der „Indikation und Versorgungsangebote im Falle der Weiterüberweisung“.

Forschungsfragen, die aus Sicht von einigen Teilnehmerinnen/Teilnehmern in Zukunft zu untersuchen interessant wären, beziehen sich etwa auf „Die gesellschaftlich bedingte Veränderung von klinischen Störungsbildern bzw. deren Bezeichnung und modeabhängigen Fokussierung (z. B. bei ADHS, Burnout, Depression etc.)“ oder „Die Entstehung, aktuelle Wirkung und Veränderbarkeit (unbewusster) Schemata“.

Viele Forschungsfragestellungen sind schulenübergreifend interessant, wie etwa das Thema „Trauma“ oder „Bindung“. In der Forschung können Fragestellungen schulenübergreifend bzw. im Forschungscluster bearbeitet werden, weshalb Forschung eine (schulen-)integrierende Funktion aufweist.

Strukturelle Rahmenbedingungen und der Nutzen von Forschung

Die strukturellen Rahmenbedingungen bzw. der gesundheitspolitische Kontext von Psychotherapieforschung wurden sehr kontroversiell diskutiert, und die Teilnehmer/innen führten verschiedene Vor- und Nachteile in Bezug auf Psychotherapieforschung an.

Psychotherapieforschung wird als Instrument der Qualitätssicherung erachtet (für die auch ein gesetzlicher Anspruch besteht). Wird beispielsweise im Sinne einer komparativen Kasuistik geforscht bzw. Prozessforschung betrieben, werden Supervision und Intervision nach standardisierten Vorgaben im Team durchgeführt. Dies aktiviert einen intensiven (und auch sehr zeitaufwendigen) Reflexionsprozess und damit verbundene Lernerfahrungen unter den behandelnden Psychotherapeuten/-therapeutinnen mit im Idealfall sehr günstigen Auswirkungen auf die (zukünftigen) Behandlungsverläufe. Auch Erkenntnisse aus nomothetischer, quantifizierender Forschung werden oft in einem zirkulären Rückmeldungsprozess an den Einzelfall rückgekoppelt und liefern so aufschlussreiche Aussagen für konkrete Behandlungsprozesse.

Daher entsteht neben dem *persönlichen Nutzen bzw. dem Nutzen für das Forschung betreibende Fachspezifikum* (durch die gewonnenen Erkenntnisse und Lernerfahrungen) ein Nutzen für Patient und Patientin. Forschung kann darüber hinaus ein persönliches *Vergnügen* sein, und Forschungsprojekte bzw. die damit gewonnenen Erkenntnisse können zu immer größerer *Forschungsneugierde und Wissbegier* führen.

Kritisch wurde allerdings von verschiedenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern angemerkt, dass Psychotherapieforschung oft zur Befriedigung von *Außeninteressen* betrieben werden muss (im Sinne einer Rechtfertigungs- oder Legitimationsforschung), die sich wiederum letztlich wenig an Forschungsergebnissen orientieren, sondern von macht- und standespolitischen Interessen und der damit verbundenen (ungerechten) Ressourcenverteilung gelenkt werden. Der allgemeine Stellenwert der Psychotherapie innerhalb des Gesundheitssystems/Versorgungssystems lässt sich daher oft mit Forschungsergebnissen wenig verbessern: Studienergebnisse zur (positiven, effektiven) Wirksamkeit gibt es seit vielen Jahren. Dennoch ist die Verankerung von Psychotherapie im Gesundheitswesen bislang nicht der medizinischen Versorgung gleichgestellt.

Gegen verstärkte wissenschaftliche Aktivitäten in den Fachspezifika spricht aus Sicht einiger Teilnehmer/innen auch, dass Forschung primär Sache der Universitäten ist. Forschung erfordere sehr viel Forschungs-Know-how und Erfahrung sowie personelle und finanzielle Ressourcen. An beidem mangelt es in den Fachspezifika bzw. in den psychotherapeutischen (Ausbildungs-)Vereinen.

Es wurde des Weiteren in Frage gestellt, ob Psychotherapie (bzw. das ihr zugrundeliegende theoretische und technisch-praktische Wissen) überhaupt eine akademische Disziplin sei bzw. sein müsse, da es immer schon Wissen(sentwicklung) auch außerhalb der Universitäten gegeben habe.

In der Psychotherapieforschung sollte speziell in Österreich wegen der Gesetzeslage auch darauf geachtet werden, dass die unterschiedlichen Schulen und Methoden in ihrer Vielfalt bewahrt und nicht in konkurrierender Weise miteinander verglichen werden. Vielmehr könnte just eine Schulen- und Methodenvielfalt interessante, gemeinsame Forschungsprojekte ermöglichen.

Psychotherapie als Wissenschaft – Paradigmenvielfalt und Multiperspektivität

Psychotherapie ist – so der Standpunkt jener, die eine Förderung der Forschung befürworten – mit Wissenschaft und damit mit Forschung eng verbunden, insofern sie ein wissenschaftliches Selbstverständnis aufweist (vgl. „Junktim Heilen und Forschen“). Dies formuliert auch das Psychotherapiegesetz (§ 1 Abs 1; vgl. Vortrag Michael Kierein). Der mit dieser Passage im Gesetz verbundene Forschungsauftrag wurde bisher nicht oder nur wenig eingelöst.

Die Beforschung einer Gesundheitsdienstleistung benötigt aus wissenschaftlicher Perspektive keinerlei Legitimation. Forschungsneugier sollte keinesfalls aufgehalten werden: Forschung im Sinne einer Evaluation der klinischen Praxis leistet jedenfalls einen Beitrag zur Qualitätssicherung und somit für die Patientenzufriedenheit.

Eine Evaluation der aktuellen Praxis sollte im Sinne der Qualitätssicherung angestrebt werden, wurde betont. Die Legitimation („Rechtfertigungsforschung“) im Sinne des Nachweises einer allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie oder einer spezifischen psychotherapeutischen Methode bzw. eines psychotherapeutischen Verfahrens durch kontrollierte Studien ist keinesfalls *ausschließliches* Ziel von Psychotherapieforschung.

Ein möglicherweise immer nur anzustrebendes Ideal ist die Figur des *scientist practitioner*, d. h. die Umsetzung des Ideals einer engen Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis, wonach klinisch tätige Psychotherapeuten/-therapeutinnen wissenschaftlich ausgebildet sind, Wissenschaft betreiben, nach aktuellen wissenschaftlichen Methoden und Erkenntnissen arbeiten und umgekehrt ihre Praxiserfahrung der Forschung zugänglich machen bzw. ihre Forschung eng mit praxisrelevanten Fragestellungen verbinden.

Die Diskussion (bzw. das zuletzt formulierte Ideal des *scientist practitioner*) zeigte, dass die Frage nach dem Stellenwert von Wissenschaftlichkeit und Forschung in der Psychotherapie auch mit der Frage nach einer möglichen Akademisierung der Ausbildung verbunden ist.

Ein Stufenplan „Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen“ sowie die Förderung und Berücksichtigung verschiedener Arten von Forschung sind daher sinnvoll, um die einschlägigen Aktivitäten im Fachspezifikum zu unterstützen (vgl. Vortrag zur Koordinationsstelle Psychotherapieforschung bzw. <http://www.goeg.at/de/Bereich/Koordinationsstelle-Psychotherapieforschung.html>²²).

Eine wichtige erkenntnistheoretische Frage ist die Frage nach dem passenden Paradigma in der Psychotherapieforschung. *Multiperspektivität* und das *Forschen innerhalb unterschiedlicher Forschungsparadigmen* mit verschiedenen Methoden werden als zentral erachtet. Die *Komplexität des Gegenstandes* erfordert eine sorgfältige Planung der Forschungsdesigns: Gegenstandsreduktion durch Operationalisierung muss immer genau beschrieben und Einschränkung und Relativierung der Aussagekraft von Untersuchungen müssen klargestellt werden.

Notwendige Unterstützungsmaßnahmen und Vernetzungsmöglichkeiten für die Fachspezifika

Um die Fachspezifika hinsichtlich der Umsetzung des Stufenplans „Wissenschaftliches Arbeiten und Forschen“ zu unterstützen, sind Kooperationsmöglichkeiten mit jenen Universitäten erforderlich, die Psychotherapieforschung betreiben, beispielsweise bei Forschungsprojekten. Das wünschen sich umgekehrt auch die Universitäten, die bei Studienprojekten der Psychotherapieforschung auf die Kooperation und das Mitwirken der praktisch tätigen Psychotherapeuten/-therapeutinnen und der Fachspezifika angewiesen sind und sich über eine Bereitschaft zur Kooperation freuen würden.

Das Bilden von Forschungsclustern könnte ein gemeinsames Forschen kooperierender Fachspezifika sehr erleichtern. Allerdings führen Kritiker dieser Idee an, dass dafür eine intensive, oft jahrelange fachliche Auseinandersetzung Voraussetzung sei, ohne sie wären die theoretischen und praktischen (technischen) Differenzen zu groß (vgl. Beispiel Individualpsychologie und Psychoanalyse).

Für den Ausbau der Forschungsqualifizierung sollten spezifische Weiterbildungsangebote entworfen und regelmäßige wissenschaftliche Tagungen (Seminare) veranstaltet werden. Eine Datenbank für Fachliteratur und Forschungsprojekte (auch für die Projektpartnersuche) sowie das regelmäßige Erheben und Darstellen (internationaler) Forschungsergebnisse und die Koordination übergreifender Forschungsprojekte wären wünschenswerte Serviceangebote seitens einer übergeordneten Koordinationsstelle.

Wichtig wäre darüber hinaus, Forschungsschwerpunkte festzulegen (etwa in einem gemeinsamen Forschungsaktionsplan). Epidemiologische Forschungsfragen und Fragen der (Unter-)Versorgung

22

Wirksamkeitsforschung (inkl. Metaanalysen), Wirkungsforschen (Wirkfaktorenforschung bzw. Mikro-/Prozessforschung), Versorgungsforschung (inkl. Effizienzanalysen etc.), Grundlagen- und Konzeptforschung, Theorieentwicklung: Alle diese Arten von Psychotherapieforschung mit ihren unterschiedlichen Zielsetzungen und methodischen Ansätzen haben ihre Berechtigung.

(z. B. aufgrund von Zugangsbarrieren) sind über Schulengrenzen hinweg interessante und notwendige Fragestellungen, deren Erarbeitung in Zukunft geplant werden sollte.

2.4 Abschließende Podiumsdiskussion: Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung in der Ausbildung

Moderation von Markus Hochgerner

(Vorsitzender des Ausschusses für fachspezifische Angelegenheiten im Psychotherapiebeirat am Bundesministerium für Gesundheit); Diskussion mit allen Referentinnen und Referenten

Dokumentiert und redigiert von der GÖG/ÖBIG

Nach einem kurzen Bericht der Workshop-Leiterinnen und -Leiter über den Ablauf und die Diskussion in den Workshops resümierten diese die Schlussfolgerungen für die Bedeutung von Wissenschaftlichkeit und angewandter Psychotherapieforschung in der Ausbildung. Dabei erscheinen die folgenden Punkte als zentral:

Die Einstellung zu universitär dominierter Wissenschaft und Forschung in den Fachspezifika ist seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Workshop nicht einheitlich positiv und wird auch durchaus skeptisch gesehen. Die Sicht auf Psychotherapie spannt sich von einem vorwiegend praxisorientierten Verständnis bis hin zu einer eigenständigen universitären Wissenschaftsdisziplin. Skeptisch werden in erster Linie intransparente, von außen gelenkte oder standespolitisch motivierte Forschungsinteressen betrachtet, deren Bestreben eher in einem prinzipiellen Angriff oder im *Widerstand* gegen eine eigenständige Psychotherapie gesehen wird. Angesichts der Tatsache, dass vorliegende Ergebnisse jahrzehntelanger Wirksamkeitsforschung auch den hohen gesundheitsökonomischen Nutzen von Psychotherapie eindrücklich belegen, erscheint derlei Bestreben als illegitim. Skeptisch wird aber auch ein einseitiges Paradigmenverständnis bzw. die Fokussierung auf einseitige Forschungsziele gewertet, zumal diese den Gegenstand der Psychotherapieforschung verkürzen.

Ein Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis, das Erkenntnisse der Wissenschaft Psychotherapie konsequent miteinbezieht, ist nach Ansicht der Diskutierenden längst überfällig. Dementsprechend gelte es, Psychotherapie im Gesundheitssystem bzw. innerhalb der Sozialversicherung der medizinischen Versorgung gleichzustellen.

Psychotherapieforschung unterstützt die Dokumentation psychotherapeutischer Arbeit und damit eine wichtige und hochwertige Gesundheitsdienstleistung. Psychotherapie ist neben ihrem klinisch-praktischen Aspekt eng mit wissenschaftlicher Theorie bzw. Theoriebildung, die auch empirisch belegbar bzw. ableitbar ist, verwoben. Die wissenschaftliche Beforschung ihrer Praxis benötigt daher keine Außenlegitimation – Wissenschaft und Forschung sind der Psychotherapie (als Wissens- und Praxisdisziplin) inhärent, was auch im Psychotherapiegesetz so festgelegt ist. Entscheidend für eine Psychotherapieforschung, die ihrem Gegenstand gerecht wird, ist die Berücksichtigung eines multiperspektivischen und multiparadigmatischen Forschungsansatzes.

Kooperation und Vernetzung zwischen Universitäten und Fachspezifika im Sinne einer engeren Verbindung von Forschung und Praxis sind gewinnbringend und werden von beiden Seiten (zumeist) auch so bewertet. Kooperation und Vernetzung der einzelnen Fachspezifika innerhalb eines Forschungsclusters (und beispielsweise das Erarbeiten gemeinsamer Publikationen) sind außerdem eine interessante und pragmatische Möglichkeit, Wissenschaftlichkeit und Forschung in der Ausbildung (im Sinne des Stufenplans) zu fördern. Die Nominierung eines Forschungsbeauftragten pro Fachspezifikum könnte für die Förderung von Wissenschaft und Forschung ein erster wichtiger Schritt sein. Regelmäßige Tagungen zur Psychotherapieforschung und die weiteren Serviceangebote der Koordinationsstelle sind ebenfalls sinnvolle Maßnahmen. Der Schritt für Schritt zu realisierende Stufenplan der Förderung von „Wissenschaft und Forschung“ in den psychotherapeutischen Fachspezifika sollte sich auf diesem Weg gut weiterentwickeln.

Anhang

- » Programm zum GÖG/ÖBIG-Workshop 2012 „Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung“
- » Wissenschaftliches Poster der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG)
- » Wissenschaftliches Poster der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) & der Universität Kassel / Institut für Psychologie
- » Wissenschaftliches Poster der Medizinischen Universität Wien / Abteilung für Psychoanalyse und Psychotherapie

Die Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich ÖBIG veranstaltet im Auftrag des BMG und in Kooperation mit wissenschaftlichen Expertinnen und Experten der österreichischen Psychotherapieforschung einen

Workshop „Psychotherapieforschung“

Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung

27. November 2012, 9.30 Uhr bis 17.30 Uhr

Ort: Veranstaltungsräumen der GÖG, 1010 Wien, Stubenring 6 / Eingang Biberstraße 20
(Seminarräume im Untergeschoß)

Ziel des Workshops ist es, **unterschiedliche Ansätze** des wissenschaftlichen Arbeitens in **der Psychotherapieforschung** und **aktuelle Beispiele typischer Studiendesigns** (aus laufenden Forschungsprojekten) zu vermitteln. Der Austausch über operative Forschungserfahrung bzw. geplante Forschungsprojekte soll gefördert werden. Der Workshop bietet Gelegenheit zur **Vernetzung** mit anderen Fachspezifika sowie mit akademischen und klinischen Einrichtungen.

Hintergrund des Workshops bzw. der neu eingerichteten Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung an der GÖG bilden die gesetzlich verankerten Bestimmungen zu **Qualitätssicherung** (inkl. Bestimmungen zu Lehre und Forschung) in der Psychotherapie. Insgesamt soll mit diesem Projekt der Psychotherapieforschung in Österreich mittelfristig ein Impuls gegeben werden.

Eingeladen sind:

- » Lehrgangleiter/innen (Ausbildungsleiter/innen) der psychotherapeutischen Fachspezifika bzw. deren Vertreter/innen, d. h. insbesondere
- » Mitglieder des fachspezifischen Lehrkörpers, die für die Betreuung der Abschlussarbeiten bzw. für wissenschaftliches Arbeiten und Forschungsanliegen (im Fachspezifikum) zuständig sind,
- » Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten der Fachspezifika, die sich für die Erstellung einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit interessieren (Forschungseinsteiger/innen),
- » ausgewählte akademische und klinische Institutionen, die Psychotherapieforschung betreiben oder initiieren möchten, und ausgewählte Vertreter/innen aus der Berufspolitik.

Veranstaltungsdesign (→ siehe Programmdetails):

- » **Impulsvorträge** vermitteln Information, Wissen und Anregungen zu ausgewählten Themen und Good-Practice-Beispielen der Psychotherapieforschung.
- » **Methoden-Workshops** (→ **Level I Einführung** für „Forschungseinsteiger/innen“ und **Level II Vertiefung** für „Forschungsfortgeschrittene“) sollen die wissenschaftlichen Kompetenzen stärken und Gelegenheit bieten, **Fragen** zu unterschiedlichen methodischen Ansätzen und Zielrichtungen (des wissenschaftlichen Arbeitens in) der Psychotherapieforschung (inkl. Publikationserfordernisse) zu diskutieren. **Ideen** zur Initiierung oder Durchführung von Studien oder wissenschaftlichen Abschlussarbeiten können **praxis- und umsetzungsnahe** erörtert werden.
- » **Workshop zu Vernetzung** bietet einen **Rahmen** für **Erfahrungsaustausch** über das Forschungs-selbstverständnis und zur **Initiierung möglicher Kooperationen** in Bezug auf Psychotherapieforschung mit anderen Fachspezifika (z. B. im methodenhomogenen oder -übergreifenden Forschungscluster) sowie mit akademischen und klinischen Einrichtungen.
- » **Poster-Präsentationen** stellen interessante und gelungene Studien (Good-Practice-Beispiele) der Fachspezifika vor.
- » Die **Plenumsdiskussion** zu **Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung** im Fachspezifikum bzw. in der Ausbildung reflektiert und resümiert zukunftsorientiert die Ergebnisse der Workshops.

Programmablauf

9.30 Eröffnung – Begrüßung und Einleitung

- » **Mag. Georg Ziniel, MSc**
(Geschäftsführer der GÖG)
Begrüßung
- » **Hon.-Prof. Dr. Michael Kierein**
(Bundesministerium für Gesundheit, Auftraggeber)
Einleitung zu „Qualitätssicherung in Praxis und Ausbildung der Psychotherapie
(Wissenschaftlichkeit und Forschung) und ihre gesetzlichen Grundlagen“
- » **Mag.^a Gabriele Rieß**
(GÖG/ÖBIG, Projektkoordinatorin)
„Historie und aktueller Stand der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung“

10.00 – 12.00 Impulsreferate (je 30 Minuten inkl. Diskussion)

- » **Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka**
(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinische Universität Wien)
„Geschichte und Entwicklung der Psychotherapieforschung,
ihre unterschiedlichen Paradigmen und Zielsetzungen“
- » **Dr. Brigitte Schigl, MSc**
(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität
Krems)
„Risiko und Nebenwirkungen von Psychotherapie“
(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns I)
- » **Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter**
(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Salzburg)
„Ausbildungsforschung – Entwicklung der therapeutischen Kompetenz“
(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns II)
- » **Ass.-Prof. Dr. Michael Wieser**
(Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)
„Empowerment und Verarbeitung von Gewalterfahrung im Vergleich“
(→Good-Practice-Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns III)

12.00 – 13.00 Mittagspause mit Buffet und Poster-Präsentationen

13.00 – 15.30 Fünf parallele Workshops

Methoden-Workshops Level I (Einführung)

- » **Dr. Brigitte Schigl, MSc**
(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems)
„Von der Idee zur Eingrenzung der Forschungsfrage (über die Thesenbildung) bis zum Design“
- » **Univ.-Ass. Dr. Diana Braakmann**
(Lehre und Forschung an der Sigmund Freud Privatuniversität)
„Vom klinischen Erkenntnisinteresse zur Konzeptualisierung realistischer Forschungsschritte“

Methoden-Workshops Level II (Vertiefung)

- Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka**
(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien)
„Quantitative und qualitative Methoden der Psychotherapieforschung inkl. Beurteilungsmöglichkeiten von Studien“
- » **Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter**
(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Salzburg)
„Wirksamkeitsforschung und ihre vielfältigen Ansätze und Methoden“

Workshop Vernetzung

- » **Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka (Fakultät für Psychologie der Universität Wien)**
und Ass.-Prof. Dr. Michael Wieser (Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)
„Forschungsselbstverständnis und schulübergreifende Brückenkonzepte (v. a. für Leiter/innen der psychotherapeutischen Fachspezifika bzw. Ausbildungsverantwortliche)“

15.45 – 16.30 Plenumsdiskussion

- » **Markus Hochgerner, MSc**
(Vorsitzender des Fachspezifikum-Ausschusses im PTH-Beirat)
und alle Referentinnen und Referenten
„Möglichkeiten und Grenzen angewandter Psychotherapieforschung in der Ausbildung“

16.30 – 17.00 Ausblick und Service der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung

anschließend Abschlusscocktail

Programmdetails

» **Assoc.–Prof. Priv.–Doz. Dr. Henriette Löffler–Stastka**

(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinische Universität Wien)

„Geschichte und Entwicklung der Psychotherapieforschung, ihre unterschiedlichen Paradigmen und Zielsetzungen“

Psychotherapieforschung entwickelte sich historisch gesehen entlang unterschiedlicher Phasen, in denen jeweils unterschiedliche Wissenschaftsparadigmata und Forschungsmethoden vorherrschten. Die Bedeutung der unterschiedlichen Forschungsmethoden, deren Einsatz und Zielsetzungen hat wesentlich zur Entwicklung der klinischen Theorien und im Folgenden der wissenschaftlichen Theorien beigetragen. Um Wissenschaftlichkeit zu erreichen bzw. um dem Forschungsgegenstand gerecht zu werden, ist die Anwendung naturwissenschaftlicher, geistes- und sozialwissenschaftlicher Methoden angebracht. Die Subjektivität des Einzelnen, unterschiedliche anthropologische Prämissen, Gesundheitsbilder und Normvorstellungen machen den Einsatz verschiedener forschungsmethodischer und auch wissenschaftstheoretischer Herangehensweisen nötig, die sich historisch entlang der Zielsetzung von Forschung nachzeichnen lassen.

» **Dr. Brigitte Schigl, MSc**

(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau–Universität Krems)

„Risiko und Nebenwirkungen von Psychotherapie“

(→Good–Practice–Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns I)

Am Beispiel unseres mehrstufigen Forschungsprojekts wird ein mehrstufiges Design von Psychotherapieforschung mit einer Triangulation von qualitativen und quantitativen Datenquellen vorgestellt. In einer ersten Dokumentenanalyse wurden (anonymisierte) Daten aus Beschwerdebriefen an die Ethikkommission extrahiert. Sodann mit den VertreterInnen aller Psychotherapiemethoden als ExpertInnen Gruppendiskussionen durchgeführt. Aus diesen Ergebnissen entstand ein Fragebogen, der über die NÖ Gebietskrankenkasse flächendeckend für ein Quartal an PsychotherapiepatientInnen in NÖ ausgesandt wurde, sowie eine später vom Department ins Netz gestellte, modifizierte und gekürzte Onlineversion dieses Fragebogens. Die unterschiedlichen Datenquellen zeigen Perspektiven auf die Fragestellung nach Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Risikopotenzial kann aus Sicht der ExpertInnen in allen Struktur- und Prozessvariablen begründet sein – und ist im therapeutischen Prozess immer gegeben. Neben–Wirkungen sind Folgen eines „normalen“ therapeutischen Prozesses und können positiv wie negativ sein. Schäden entstehen erst durch systematische Handlungsfehler bzw. einen inadäquaten Umgang damit. Die Situation in NÖ scheint aus Sicht der PatientInnen sehr zufriedenstellend, Probleme, Fehler und daraus folgende Schäden treten in den Onlinedaten wesentlich deutlicher zu Tage, es zeigen sich Unterschiede in Bezug auf Gender, Therapieorientierung, und Prozessphasen.

» **Ao. Univ.–Prof. Dr. Anton–Rupert Laireiter**

(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie Universität Salzburg)

„Ausbildungsforschung – Entwicklung der therapeutischen Kompetenz“

(→Good–Practice–Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns II)

Die Ausbildungsforschung hat sich in den letzten Jahren durch eine Reihe von internationalen Entwicklungen aus ihrem Schattendasein, das sie über Jahrzehnte gefristet hat, etwas herausentwickelt. Zu nennen wären hier das Forschungsgutachten von Strauß und Mitarbeitern aus Deutschland zu einer Novelle des deutschen Psychotherapeutengesetzes, die darauf zurückgehende Gründung des internationalen Forschungsnetzwerks „EuroPTrain“ zur Ausbildungsforschung und die Gründung einer SPR–Interestgroup zu diesem Thema. In dem Vortrag wird eingangs der Begriff Ausbildung und Ausbildungsforschung in der Psychotherapie erörtert, daran anschließend werden zentrale Themen der aktuellen Ausbildungsforschung vorgestellt (Effekte von Ausbildungselementen, Entwicklung von Psychotherapeuten, Expertenentwicklung, Evaluation von Ausbildung etc.). Vertieft wird das EU–Projekt EuroPTrain und dessen Inhalte vorgestellt bzw. ein Studienschwerpunkt, der sich mit der Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen durch die Ausbildung beschäftigt. Abschließend wird die vom Referenten geplante Teilstudie zu diesem Projekt besprochen.

- » **Ass.–Prof. Dr. Michael Wieser**
(Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)
Empowerment und Verarbeitung von Gewalterfahrung im Vergleich
(→Good–Practice–Beispiele zu aktuellen Forschungsprojekten mit typischen Studiendesigns III)

One aim of the investigation (with qualitative and quantitative approach) coordinated by Ines Testoni from University of Padua is to find out if psychodrama is helpful in the field of women victims of violence. With an EU Daphne grant against violence the project provides in the experimental group counseling with an integrated–ecological approach and a psychodrama intervention group. The control group gets counseling. 20 women in each country like Albania, Austria, Bulgaria, Italy, Portugal, and Rumania receive intervention which we evaluate with CORE–OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation) and Spontaneity Assessment Inventory (SAI–R) translated into appropriate languages. There is to discuss how to overcome the problems with different languages and (sub–)cultures in (group–)intervention. As well there are underlining questions like female subordination, (sexual) abuse, mafia´s power, and how is the transmission in a intergenerational perspective from mother to daughter. Conclusions: The theoretical and empirical findings show that psychodrama is an intervention that strengthens the empowerment of women to say no to violence, to change the victim role and to avoid the violence transmission over generation. The ongoing project will give preliminary results, limitations and outlook.

12.00 – 13.00 Mittagspause mit Buffet und Poster–Präsentationen

13.00 – 15.30 Parallele Workshops

Methoden–Workshops Level I

- » **Dr. Brigitte Schigl, MSc**
(Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems)

„Von der Idee zur Eingrenzung der Forschungsfrage (über die Thesenbildung) bis zum Design“

In diesem Workshop sollen für interessierte Praktiker/innen und Forschungseinsteiger/innen, Kandidatinnen/Kandidaten der Psychotherapieausbildung und ihre Betreuer/innen grundlegende Denkweisen zur Formulierung von Forschungsfragen und zur Gestaltung von durchführbaren Forschungsdesigns an (von den WS–Teilnehmenden) mitgebrachten Beispielen aufgezeigt werden. Nach einer kurzen theoretischen Einführung zum Thema wissenschaftliche Anforderungen (Kennzeichen von Wissenschaft/lichkeit, Ordnung wissenschaftlicher Theorien „Tree of science“) und Forschungstypen (Literaturarbeiten, theoretische Arbeiten, empirische Arbeiten mit qualitativem und quantitativem Design inkl. Entscheidungskriterien für das Design) können die Beispielthemen bearbeitet werden: Die konkrete Vorgangsweise bei wissenschaftlichen Arbeiten und die (formalen und inhaltlichen) Kennzeichen guter Forschungsarbeiten /Masterthesen werden besprochen und auf spezielle Fragen und Themen (z.B. Literatursuche, Zitation, Anonymisierung) kann eingegangen werden (zur Struktur des wissenschaftlichen Vorgehens: Themenpräzisierung, Forschungsfragen, Thesengenerierung/Thesenüberprüfung, Designerstellung, Exposee, Ressourcen der Forscher/Forscherin).

- » **Univ.–Ass. Dr. Diana Braakmann**
(Lehre und Forschung an der Sigmund Freud Privatuniversität)
„Vom klinischen Erkenntnisinteresse zur Konzeptualisierung realistischer Forschungsschritte“

Eine besondere Herausforderung des wissenschaftlichen Arbeitens stellt die Einengung eines Interessenbereichs auf eine konkrete und damit auch bearbeitbare Fragestellung dar. Diese nimmt wesentlich Einfluss auf die Wahl des Forschungsdesigns und die Gestaltung der einzelnen methodischen Schritte. In diesem Workshop wird der Weg von einem interessanten Thema zu einer wissenschaftlichen Forschungsfrage anhand von Beispielen der Teilnehmer/innen skizziert. Hierbei werden typische Stolpersteine diskutiert und Techniken vermittelt, die diesen komplexen Prozess unterstützen können.

Methoden-Workshops Level II

- » **Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka**
(Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinische Universität Wien)

„Quantitative und qualitative Methoden der Psychotherapieforschung inkl. Beurteilungsmöglichkeiten von Studien“

Ziel ist es, eine Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten und vertiefte Informationen zu aktuellen Entwicklungen in den wesentlichen Gebieten der Psychotherapieforschung zu geben. Dabei wird vorrangig auf qualitative Forschungskriterien eingegangen, und diskutiert werden die Vor- und Nachteile von qualitativen, idiographischen und quantitativen, nomothetischen Forschungsmethoden (u.a. auch Mixed-methods-Ansätze). Dabei können laufende und in Vorbereitung befindliche Forschungsfragestellungen der TeilnehmerInnen besprochen und unterstützt werden. Qualitäts- und Gütekriterien der qualitativen Methodologie werden präsentiert und den Bewertungskriterien der quantitativen Methodologie gegenübergestellt.

- » **Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter**
(Abt. für Klinische Psychologie und Psychotherapie Universität Salzburg)

„Wirksamkeitsforschung und ihre vielfältigen Ansätze und Methoden“

Wirksamkeitsforschung hat verschiedene Schwerpunkte. Neben der klassischen RCT-Forschung (randomisiert, kontrolliert, zufallszugeteilt) gehören dazu die Praxisforschung (effectiveness-Forschung nach Seligman), die Prozess-Wirksamkeitsforschung und die generalisierende Forschung (Metaanalyse, Reviews). In dem Workshop werden zunächst die verschiedenen Forschungsbilder dieses Ansatzes sowie einige Aspekte seiner historischen Entwicklung dargeboten. Daran anschließend werden der Forschungsprozess quantifizierender Wirksamkeitsforschung besprochen und zentrale Design- und Methoden Aspekte der RCT sowie der praxisbezogenen Effectiveness-Forschung. Auch werden die zentralen Schritte und Methoden einer Metaanalyse vermittelt. Stark praxisbezogen sollen unter Bezugnahme auf eigene Beispiele oder auf solche von Teilnehmern des Workshops folgende Themen behandelt werden: Planung quantitativer Studien, Findung von Kooperationspartnern, Ethik quantitativer Forschung, Stichprobenkriterien und Ziehung geeigneter Stichproben, Findung und Einsatz geeigneter Instrumente, Studiendurchführung und Qualitätssicherung der Datenerhebung, Datenauswertung und Präsentation, Forschungsförderung, Vernetzung.

Workshop Vernetzung

- » **Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka (Fakultät für Psychologie der Universität Wien)**
und **Ass. Prof. Dr. Michael Wieser (Abt. für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Klagenfurt)**

„Forschungsselbstverständnis und schulübergreifende Brückenkonzepte (v. a. für Leiter/innen der psychotherapeutischen Fachspezifika bzw. Ausbildungsverantwortliche)“

Mit diesem Workshop wollen wir erarbeiten, wie eine gute Verbindung von Ausbildung, Praxis und Forschung eingegangen werden kann. Zudem widmen wir uns den Fragen, welche Forschungsinstrumente wir schulübergreifend verwenden können bzw. welche Forschungsfragen wir gemeinsam bearbeiten könnten. Nach einem kurzen Einleitungsstatement werden wir uns darüber austauschen, was in den einzelnen Ausbildungseinrichtungen an Forschung gemacht wird. Ev. lassen sich Forschungscluster bilden im Sinne von übergreifenden Abschlussarbeiten und struktureller Vernetzung bilden. Der Workshop ist prozessorientiert und richtet sich nach den konkreten Interessen und Fragen der Teilnehmer/innen.

Einleitung

Insgesamt wurden im Vorjahr von der ÖGwG 468 Psychotherapeut/innen (337 Frauen, 131 Männer) – davon 77 Therapeut/innen in Ausbildung unter Supervision – für eine demographische Erhebung („Phase 1“) angeschrieben.

Die erste Datenerhebung wurde Ende Juli 2011 abgeschlossen, eine Aktualisierung der Daten erfolgte kürzlich (Nov. 2012). Dies ermöglicht eine aktualisierte Bestandsaufnahme der österreichweit behandelten Klient/innen durch ÖGwG-Psychotherapeut/innen (siehe auch Haug-Eskevig et al., 2003) und dient zudem als wichtige Information für zukünftige berufspolitische Diskussionen.

Zusammen mit deskriptiven Informationen vom behandelnden Psychotherapeuten sowie allgemeinen Kennwerten, wie durchschnittliche Sitzungsanzahl, stellen die erhobenen Daten einen ersten interessanten Datenpool für wissenschaftliche Auswertungen dar.

Demographische Kennwerte der Psychotherapeut/innen

Insgesamt nahmen an der Untersuchung 68 Therapeut/innen (Altersmittelwert 51.25, SD= 10.06, Spannweite: 31-75) bzw. 1978 Klient/innen teil, wobei 64,7% (n= 44) der Therapeut/innen weiblich, und 35,3% (n= 24) männlich waren. Dies entspricht einem Gesamttrücklauf von 14,50% Prozent.

Die teilnehmenden Th. stammen aus der Bundeshauptstadt Wien (n= 20), aus Salzburg (n= 11), OÖ (n= 10), Steiermark (n= 9), Kärnten (n= 5), Tirol (n= 5) sowie NÖ, Vorarlberg und Burgenland (je 1).

Demographische Klient/innen Kennwerte

Verrechnet wurden 1978 Klientendatensätze (exklusive „Lehrtherapien“). 63,1% (n = 1248) der Klient/innen, die an der Studie teilnahmen, waren Frauen, 36,9% (n = 729) der Klienten waren männlich.

Die meisten der Klient/innen hatten wöchentliche (55,9%) oder zweiwöchentliche (27%) Therapiesitzungen. Das klz. Therapiesetting war dabei überwiegend ein klassisches Einzelsetting (88,2% Einzelsetting vs. 3,7% Paar-, 5,8% Gruppen-, 1,5% Familien- Setting).

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 68,1% (n = 1347) der Therapien noch nicht abgeschlossen, sowie 631 Therapien (31,9%) beendet. Die Therapiezufriedenheit bei den abgeschlossenen Therapien wurde dabei mit 70% als „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ angegeben.

Bezüglich der durchschnittlichen Therapiedauer: Der weniger auf Ausreißer anfällige „5% getrimmte Mittelwert“ weist mit 36,2 Therapiestunden (laufende Therapien) bzw. 28,6 (abgeschlossene Therapien) einen bereinigten und glaubwürdigeren mittleren Richtwert aus. Frühzeitige Therapieabbrüche (<4 Stunden) sowie außerordentlich lange Therapien (>400 Stunden) wurden gänzlich von dieser Berechnung ausgenommen.

Tabelle 1. ICD-10 Hauptdiagnosen

ICD-10 Hauptdiagnose	n
F43.21 — Längere depressive Reaktion (nicht länger als zwei Jahre dauernd)	130
F32.1 — Mittelgradige depressive Episode	113
F41.2 — Angst und depressive Störung, gemischt	105
Nicht krankheitswertige Symptome	100
F33.1 — Rezidivierende depressive Störung, gegenw. mittelgradige Episode	93
F43.2 — Anpassungsstörungen	84
Keine (weitere) ICD 10 Diagnose	80
F43.22 — Angst und depressive Reaktion, gemischt	70
F41.0 — Panikstörung	65
F32.2 — Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	60
F43.1 — Posttraumatische Belastungsstörung	56
F43.0 — Akute Belastungsreaktion	45
F48.0 — Neurasthenie	41
F43.23 — Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen	41
F33.2 — Rez. Depr. Störung, gegenw. schwere Episode ohne psychot. Sympt.	41
F32.0 — Leichte depressive Episode	40
F41.1 — Generalisierte Angststörung	39
F34.1 — Dysthymie	37
F50.4 — Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen	35
F31 — Bipolare affektive Störung (mit Subgruppen)	34
F60.31 — Borderlinetyp (Selbstbild-Störung, instabile Beziehungen, Leere u.a.)	30
F50.2 — Bulimia nervosa	22
F33 — Rezidivierende depressive Störung	22
F33.0 — Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	21
F10 — Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20
F60.6 — Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (Vermeidung u.a.)	18
F60.7 — Abhängige Persönlichkeitsstörung (abhängig von anderen Menschen)	16
F43.25 — Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	16
F40.1 — Soziale Phobien	16

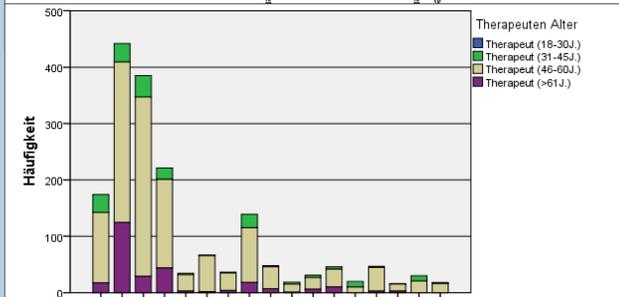
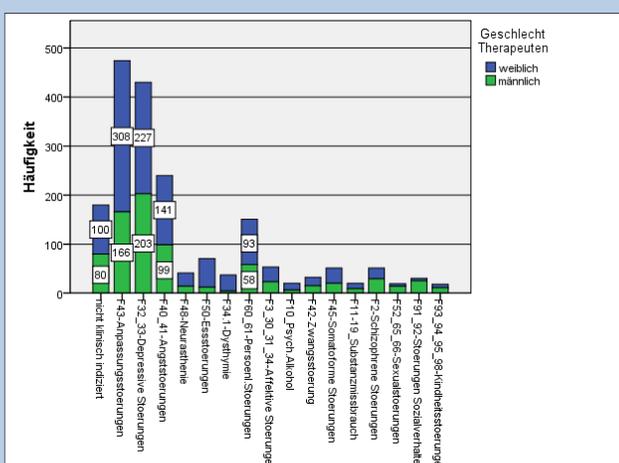


Abbildung 1. ICD-10 Diagnosegruppen. Man beachte die Ungleichverteilung mancher behandelter Diagnose abhängig vom Therapeutengeschlecht (Anm. 2/3 weibliche Therapeutinnen) (oben). Unten ist die Häufigkeit behandelter Diagnosen in Abhängigkeit vom Alter der Therapeut/innen dargestellt.

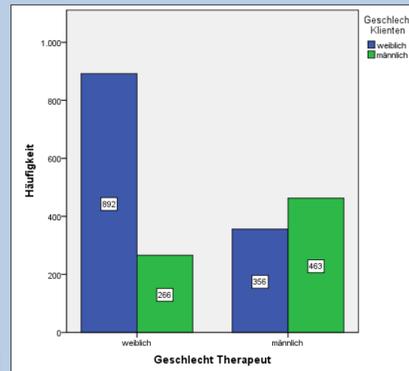


Abbildung 2. Geschlechter Interaktion Therapeut/innen – Klient/innen.

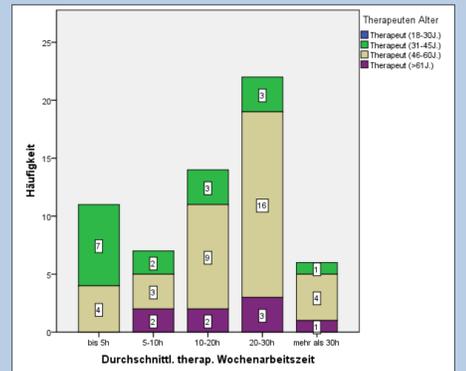


Abbildung 3. Hauptberuflichkeit psychotherap. Tätigkeit abh. von Therapeut/innen Alter.

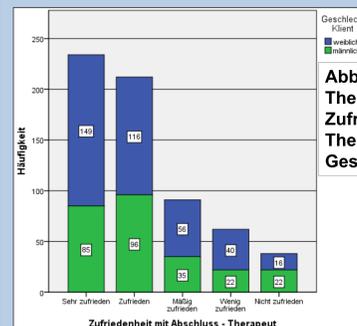


Abbildung 4. Therapie-Abschluss-Zufriedenheit Therapeut nach Kl. Geschlecht

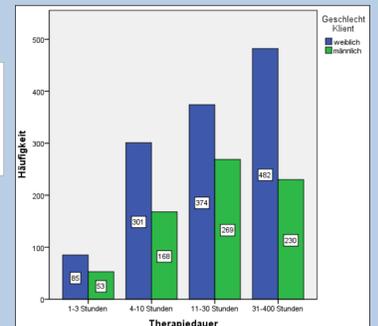


Abbildung 5. Therapiedauer nach Geschlecht der Klient/innen (laufend & abgeschlossen). Aufgeteilt nach laufend/abgeschlossen lauten die Häufigkeiten wie folgt: 89/49, 255/214, 465/179, 526/186.

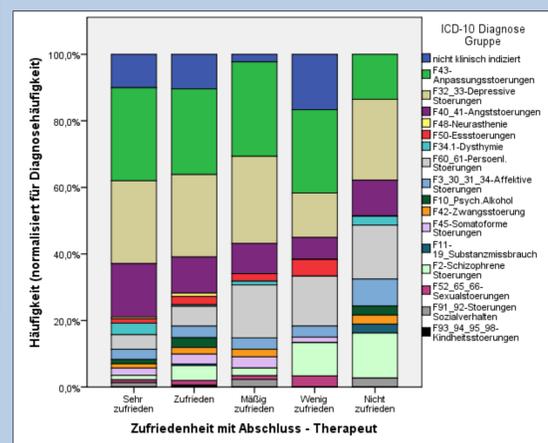


Abbildung 6. Therapie-Abschluss-Zufriedenheit (Therapeut) nach ICD-10 Diagnose. Man beachte die relative Häufigung von ICD-10 Diagnosen wie Persönlichkeitsstörungen (F60, F61) und schizophrene Störungen (F20-29) bei den wenig zufriedenstellenden Abschlüssen (lt. Therapeut/innen Einschätzung).

Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit 1978 Klientendatensätzen bereits eine beachtliche Anzahl von Daten von ÖGwG-Mitgliedern gesammelt werden konnten. Die Daten erlauben somit einen aktuellen Überblick über die klientenzentrierte (ÖGwG) Arbeit in Österreich (siehe auch Haug-Eskevig et al., 2003). Besonders interessant erscheint dabei zunächst der generelle Umfang klientenzentrierter ÖGwG Arbeit in Österreich sowie die überwiegend behandelten Störungsbilder in unserem Ansatz.

Eine vorsichtige Hochrechnung der behandelten Fälle lässt somit vermuten, dass in Österreich zur Zeit etwa 16.000 Klienten bei „klientenzentrierten“ oder „personenzentrierten“ Psychotherapeuten/innen in Behandlung sind (Anm. ca. 1.000 Psychotherapeut/innen führen die oben genannten Zusatzbezeichnungen; 50.000 Österreicher befinden sich insgesamt in von Krankenkassen finanzierte Psychotherapie). Davon suchen etwa 7.000 Klient/innen ÖGwG-Psychotherapeut/innen auf, wobei 1700 Klient/innen (24,7%) unter Anpassungsstörungen (F43) und 1500 (22,4%) unter depressiven Störungen (F32, F33) sowie etwa 900 Klient/innen (12,5%) an Angststörungen (F40, F41), 550 (7,9%) an Persönlichkeitsstörungen (F60) und etwa 250 (3,7%) an Essstörungen (F50) leiden.

Interessant erscheinen auch erste Analysen, die andeuten, dass depressive Klient/innen überzufällig männliche ÖGwG-Psychotherapeuten aufsuchen wogegen sich Klient/innen mit Essstörungen überzufällig häufig an weibliche Psychotherapeuten für die Behandlung wenden. Gründe für derartige Häufungen können zum jetzigen Zeitpunkt nur spekuliert werden, zeigen jedoch das Potential demographischer Daten.

Zusammenfassend lässt sich äußerst erfreulich feststellen, dass bereits in „Phase 1“ des ÖGwG Forschungsvorhabens zahlreich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Mitarbeit gewonnen werden konnten. Diese Tradition soll nun in zukünftigen ÖGwG Ausbildungsgruppen eingeführt bzw. weitergeführt werden.

Mit der nun eingeleiteten (und hier ebenfalls ausgestellt) „Phase 2“ des ÖGwG Forschungsvorhabens gehen wir einen nächsten großen Schritt in Richtung systematischer, begleitender Psychotherapieforschung und steuern damit bei, dem klientenzentrierten Psychotherapieansatz ein neues, solides wissenschaftliches Fundament zu geben.

Besten Dank für Eure/Ihre Mitarbeit!
Die Wissenschaftskommission

Symptom- und Persönlichkeitsveränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie

File, N., Schabus, M., Sauer, J., & Keil, W. W.

Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG)

Einleitung

Die Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie ist bereits seit Jahrzehnten empirisch zweifelsfrei bestätigt worden (eine ausführliche Diskussion der Arbeiten von 1991 - 2008 findet sich in einem narrativen Review von File et al., 2008).

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob sich neben Verbesserungen auf der Symptomebene (BSI - Brief Symptom Inventory) der KlientInnen auch Veränderungen auf den Dimensionen eines Persönlichkeitsfragebogens (SEE - Skalen zum Erleben von Emotionen), der auf einem klientenzentrierten Konzept beruht, nachweisen lassen. Theoriekonforme Veränderungen der emotionalen Organisation einer Person (SEE) wären wichtige Hinweise für die Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie auf der Persönlichkeitsstrukturebene.

Untersuchungsdesign

Bisher wurden 34 KlientInnen (22 weiblich, 12 männlich) im Alter von 26,1 bis 64,5 Jahren (M = 41,1 Jahre) gebeten, 2 Fragebogeninventare (BSI, SEE) zu drei Meßzeitpunkten auszufüllen. Meßzeitpunkt 1 (MZ1): Therapiebeginn (innerhalb der ersten 3 Sitzungen). Meßzeitpunkt 2 (MZ2): nach 15 Stunden Klientenzentrierter Psychotherapie. Meßzeitpunkt 3 (MZ3): am Ende der Psychotherapie. Statistische Vergleiche beziehen sich immer auf Veränderungen relativ zu Meßzeitpunkt 1 (Eingangserhebung).

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte zentral, die Testergebnisse wurden den TherapeutInnen für den therapeutischen Prozess zur Verfügung gestellt. Von den 34 KlientInnen haben 16 die Therapie bereits beendet, 8 innerhalb der ersten 15 Stunden. Die psychotherapeutische Behandlung wurde von 12 LehrtherapeutInnen (4 weiblich, 8 männlich) der ÖGwG mit langjähriger Therapieerfahrung durchgeführt.

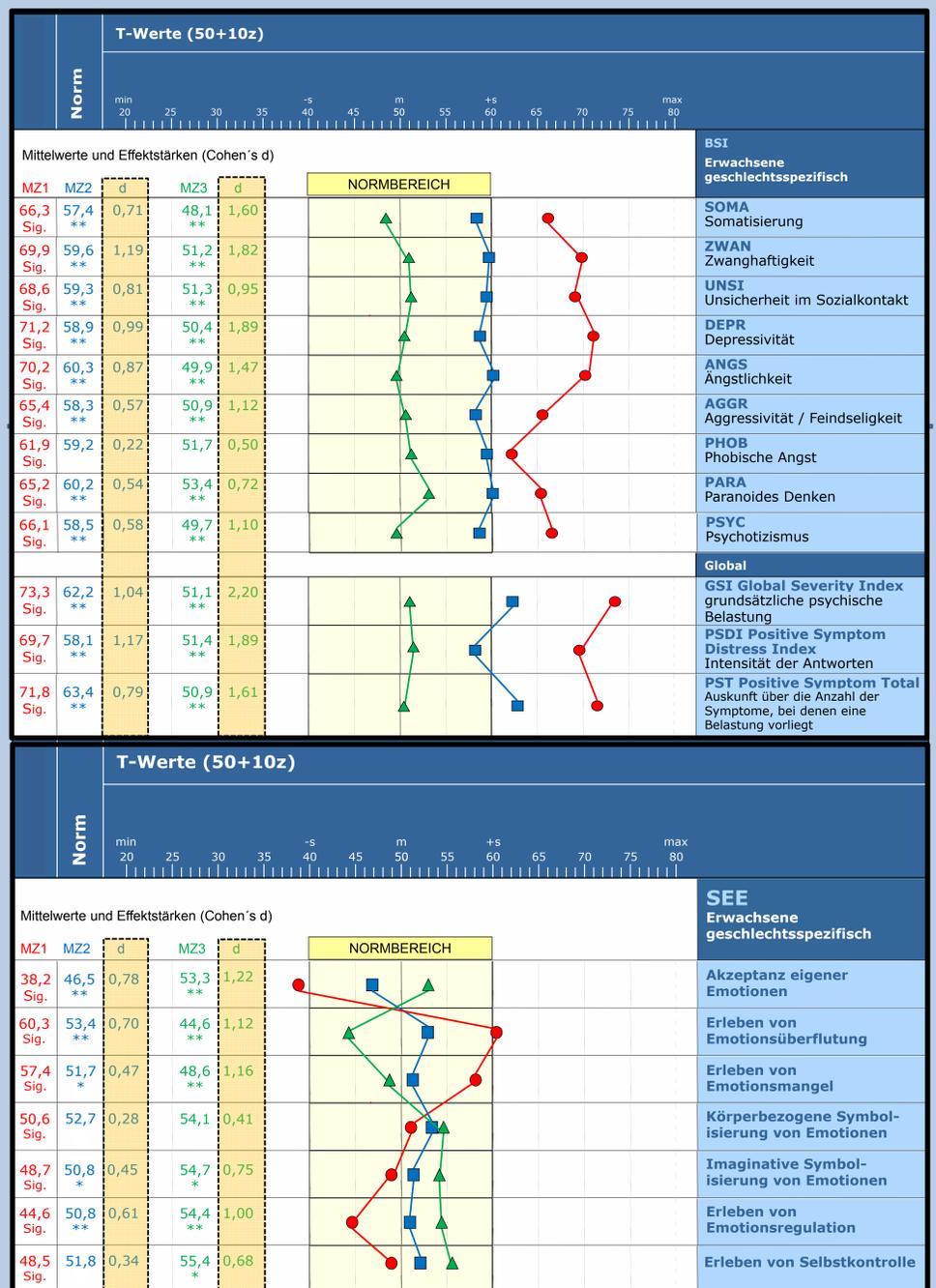
Fragebögen: **BSI - Brief Symptom Inventory** von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90, deutsche Version Franke, 2000). Es handelt sich um ein international anerkanntes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung psychischer Belastung anhand von 53 Items, aus denen sich 9 Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus) und drei globale Kennwerte (GSI Global Severity Index – grundsätzliche psychische Belastung, PSDI Positive Symptom Distress Index – Intensität der Antworten, PST Positive Symptom Total – Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt) ergeben.

SEE - Skalen zum Erleben von Emotionen (Behr & Becker, 2004). „Die Skalen zum Erleben von Emotionen stellen ein theoriegeleitetes multidimensionales Instrument zur Erfassung zentraler Konstrukte der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie ... dar“ (ebda, S. 7). Die Subskalen 1 - Akzeptanz eigener Emotionen, 2 – Erleben von Emotionsüberflutung und 3 – Erleben von Emotionsmangel repräsentieren das Konstrukt „Kongruenz“, die Subskalen 4 und 5 (körper- bzw. imaginative Symbolisierung von Emotionen) fragen nach Symbolisierungsprozessen. Die Subskalen 6 – Erleben von Selbstkontrolle und 7 – Erleben von Emotionsregulation beziehen sich auf Konzepte zur emotionalen Intelligenz.

Ergebnisse

Beim BSI zeigten sich zum Meßzeitpunkt 2 (nach 15 Stunden) bei 8 von 9 Subskalen (außer Phobische Angst) und bei allen drei globalen Kennwerten signifikante (t-Test für abhängige Stichproben; $p < 0.01$) Verbesserungen. Beim SEE finden sich höhere Werte bei der Akzeptanz eigener Emotionen (Skala 1; $p < 0.01$), ein geringeres Maß an Emotionsüberflutung (Skala 2; $p < 0.01$) sowie niedrigere Werte bei Emotionsmangel (Skala 3; $p < 0.05$). Auch bei der imaginativen Symbolisierung von Emotionen ($p < 0.05$) und beim Erleben von Emotionsregulation ($p < 0.01$) zeigten sich signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Therapiebeginn. Die Effektstärken der signifikanten Skalenwerte sind durchwegs als „groß“ bis „sehr groß“ einzuschätzen (vgl. Abbildung 1). Auch zu Therapieende sind diese Effekte noch stark ausgeprägt und nicht nur von statistischer, sondern auch klinischer Relevanz (alle Testwerte im statistischen Normbereich).

Abbildung 1. Testwerte BSI und SEE (mit Mittelwerten, Signifikanzen und Effektstärken)



Schlussfolgerung

Die Ergebnisse belegen die Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie bereits nach einer Therapiedauer von 15 Stunden (MZ 2). Symptomverbesserungen waren auf 8 der 9 BSI Skalen nachweisbar. Beim SEE weisen die Veränderungen auf den ersten drei Subskalen (Akzeptanz eigener Emotionen, Erleben von Emotionsüberflutung, Erleben von Emotionsmangel) auf eine Organisation der Persönlichkeit in Richtung zunehmender Kongruenz hin. Bezüglich der Symbolisierung (körper- bzw. imaginative Symbolisierung) von Emotionen wurden jedoch lediglich geringfügige Veränderungen sichtbar. Während sich bei der körperbezogenen Symbolisierung von Emotionen keine systematische Veränderung ergab, deutet die Skala „imaginative Symbolisierung von Emotionen“ eine leichte (statistisch signifikante) Verbesserung an. Bei Therapieende liegen die Testwerte der KlientInnen in beiden Fragebögen durchwegs im standardisierten Normbereich, womit bedeutsame „klinische Signifikanz“ angedeutet ist.

Nach Vorliegen weiterer Daten (vor allem eine größere Anzahl von Therapieabschlüssen) sind weitere Detailanalysen geplant. Zudem wird überlegt, diese quantitativen Methoden zur begleitenden Qualitätssicherung in den Fachspezifika der ÖGwG zu implementieren.

Zusammenfassend belegt die vorliegende Untersuchung die Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie nicht nur auf der Symptomebene, sondern auch auf der Persönlichkeitsebene der KlientInnen. Die beeindruckenden Effektstärken unterstreichen die Robustheit der Ergebnisse.

Psychotherapiestudie zur Wirksamkeit der Katathym Imaginativen Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogenen Psychotherapie

Christian Sell, Heidi Möller & Svenja Taubner

Einleitung & Forschungsansatz

Im Rahmen einer Längsschnittstudie soll die therapeutische Wirksamkeit der ambulanten tiefenpsychologischen Verfahren Katathym Imaginative Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogene Psychotherapie untersucht werden. Um detaillierte Aussagen zu Verlaufsscharakteristika und differentieller Indikation der Verfahren zu ermöglichen, werden dabei zusätzlich zur Symptomatik der PatientInnen auch Faktoren im Zusammenhang mit Persönlichkeit, Lebenszufriedenheit und Beziehungsgestaltung erhoben.

Die Studie ist als prospektiv-naturalistische Untersuchung konzipiert: Die Erhebung erfolgt in Zusammenarbeit mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen in der *Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie* (ÖGATAP). Als Kontrollgruppe wird eine vergleichbare Stichprobe in der ärztlichen Allgemeinversorgung erhoben. Die PatientInnen werden während und nach der ambulanten Therapie insgesamt über 2,5 Jahre begleitet, der Verlauf der Behandlung wird dabei alle 6 Monate erhoben.

Ziele der Studie:

1. Nachweis der therapeutischen Effektivität der Verfahren
2. Untersuchung von Verlaufs- und Patientencharakteristika (differentielle Indikation)
3. Identifizierung von Faktoren, welche Einfluss auf den Verlauf und den Erfolg der Therapie haben (Moderatorvariablen)

Stichprobe: Einschlusskriterien

- Alter: 18-65 Jahre
- Klinische F-Diagnose nach ICD-10
- Keine akute psychotische Symptomatik, keine Suchterkrankung als Hauptdiagnose, keine hirnrorganische Störung, keine schwere neurologische Erkrankung
- Ausreichende Deutschkenntnisse
- ‚informed consent‘

Erhebungsmethoden

Klinische Diagnose nach ICD 10 / DSM-IV

- **Klinische F-Diagnose nach ICD-10:** Wird durch die TherapeutInnen vergeben.
- **Gesundheitsfragebogen für Patienten, PHQ** (Gräfe et al. 2004): Erfasst die Art der Störung und die Schweregrade hinsichtlich "Depressivität", "somatischer Symptome", "Stress" und „Funktionseinschränkung durch psychische Symptome“.
- **Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, ADP-IV** (Doering et al. 2007): Erfasst die Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV.

Symptomatik & psychosoziales Funktionsniveau

- **Brief Symptom Checklist, BSCL** (Franke, 2000): Die Kurzform der Symptom-Checkliste-90-R; ein bekanntes Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (z. B. Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit, Feindseligkeit, psychotisches Erleben).
- **Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme, IIP** (Horowitz et al. 2000): Das IIP ist ein verbreitetes Instrument zur Selbsteinschätzung interpersoneller Probleme. Es hat sich als besonders sensitiv für die Erfassung von spezifischen Veränderungen durch psychodynamische Therapien erwiesen.
- **Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, FLZ** (Huber et al. 1988, Henrich & Herschbach 2000): Erfasst multidimensional die allgemeine subjektive Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen, jeweils getrennt nach subjektiver Wichtigkeit und subjektiver Zufriedenheit.
- **Inventar zur Persönlichkeitsorganisation, IPO-16** (Zimmermann et al. in Press): Das IPO erhebt die psychische Struktur nach dem Persönlichkeitsorganisationsmodell von Otto Kernberg.
- **Fremdbeurteilung durch den Therapeuten:** Anhand der **Clinical Global Impression, GCI** (Guy, 2000) und der Einschätzung des **Globalen Funktionsniveaus, GAF** (APA, 2000) erfolgt durch die behandelnden TherapeutInnen und ÄrztInnen eine Fremdbeurteilung der PatientInnen hinsichtlich der Schwere ihrer Symptomatik.

Therapeutische Beziehung & Haltungen

- **Working Alliance Inventory, WAI-SR** (Wilmers et al., 2008): Erhebt die vom Patienten wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung.
- **Fragebogen zur Therapeutischen Haltung, ThAt** (Sandell, et al., 2002): Erfasst Einstellungen, Werthaltungen und Überzeugungen der TherapeutInnen in Verbindung mit ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit.
- **Comparative Psychotherapy Process Scale, CPPS** (Hilsenroth et al., 2005, modifizierte Version): Adhärenzfragebogen; die TherapeutInnen werden gebeten zu Beginn anzugeben, welche Methoden sie in der Behandlung anzuwenden planen und nach der der Behandlung welche Methoden tatsächlich Anwendung fanden. Die Items der CPPS (für Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie allgemein) werden durch weitere Items, welche Spezifika der untersuchten Verfahren abfragen, ergänzt.

Wirtschaftlichkeit

- **Arbeitsfehl- und Krankentage:** Zusätzlich zu allgemeinen Angaben wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Schule/Beruf, Einkommen, Familienstand/Partnerschaft, Wohnsituation etc. werden auch organische Erkrankungen, Inanspruchnahme von Medizinischen Leistungen, Medikamentenverbrauch, Arbeitsfehltag etc. erfasst.

Das Projekt-Team



Prof. Dr. Heidi Möller
Projektleitung



Jun. Prof. Dr. Svenja Taubner
Projektkoordination



Dipl.-Psych. Christian Sell
Projektdurchführung

Literatur

- Beutler LE (1998) Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled vs. naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 115-129.
- Orlinsky, D. (2008) Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *PPmP*, 58: 345-354.
- Westen D. & Morrison K. (2001) A multidimensional meta-analysis for treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirical supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 69 (6): 875-899.

Development of Therapeutic Attitudes: Teaching and Learning in Psychotherapy

DEPARTMENT OF PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOTHERAPY — MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA, AUSTRIA



INTRODUCTION

The individual therapists' characteristics, his or her subjective and objective traits and states, including also attitudes, account for as much as 9% of the variance in therapeutic outcome (Wampold, 2001). Therefore considering the influence of the therapeutic attitude on treatment outcome (Sandell, Lazar, Grant, Carlsson, Schubert, & Broberg, 2007), acquisition of therapeutic identity and attitude, as well as its training (Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar, & Blomberg, 2002) is of importance. Research in the field of formation and development of therapeutic attitudes is sparse. This seems remarkable given that the identification of primary knowledge about therapeutic attitudes is necessary in order to develop further training possibilities.

OBJECTIVES

The aim of this study was to investigate how attitudes of potential trainees (medical students) form to build the basis for further training. We examined how potential trainees differ from regular trainees in a basic psychotherapeutic training in their therapeutic attitudes (Therapeutic Attitude Scales, TASC-2). Furthermore a sample of qualified psychotherapists enrolling in training were surveyed regarding their attitudes and how they differ from potential trainees in their therapeutic attitudes (TASC-2), including also their indirect attitudes (connotations and associations). Therapists were assessed before and after the training in order to evaluate changes in their therapeutic attitudes. content analyses (Mayring, 2003).

TABLE 1 SAMPLE

SAMPLE	POTENTIAL TRAINEES
n	179
age	23 ± 3 age
Sex-Rates	♀ 56 % ♂ 44%
(Psycho-therapeutic) Orientation, Procedure	Medical students (Medical University of Vienna) attending the compulsory lessons of psychotherapy within the framework of the university course lasting for 5 weeks, titled „Psychic functions in health and illness“, were assessed afterwards.
SAMPLE	TRAINEES
n	52
age	31 ± 9 age
Sex-Rates	♀ : 89 % ♂ : 11%
(Psycho-therapeutic) Orientation, Procedure	Trainees attending a basic psychotherapeutic training (Psychotherapeutisches Propädeutikum, University of Vienna) were assessed while attending the compulsory lessons.
SAMPLE	PSYCHOTHERAPISTS
n	61
age	47 ± 8 age
Sex-Rates	♀ : 81 % ♂ : 19%
(Psycho-therapeutic) Orientation, Procedure	psychodynamic (59.5%), systemic (16.5%), humanistic (20.3 %), behavior therapists (3.8%); Participants of an advanced vocational training of the Department of Psychoanalysis and Psychotherapy.

METHOD

- (A) A demographic questionnaire (participants' age and gender; in case of psychotherapists, education and psychotherapeutic direction)
- (B) The psychotherapeutic attitude (ThAt) questionnaire (Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar, & Grant, 2004); this instrument measures attitudes and assumptions towards psychotherapy in three sections (TASC-2 scales: e1, e2, f).
- (C) Connotations regarding the term psychotherapy (ratings on a standard semantic differential; Schäfer, 1983);
- (D) Associations regarding the term doctor-patient-communication in case of students; Associations regarding the term psychoanalytic orientated therapy as well as the individual psychotherapeutic approach in case of therapists.

STATISTICS

Data about sex, age and profession of the participants were extracted using descriptive statistics. Concerning the ThAt data we conducted principal component analyses of the TASC-2 scales with varimax rotation and Kaiser. Next the means of the groups were compared via multivariate analysis. Regarding the connotations, group differences were also checked via multivariate analysis. The participants' associations related to psychotherapy were ranked by frequency and clustered according to the content corresponding to the methods of qualitative content analyses (Mayring, 2003).

RESULTS

Results are reported for the TASC – 2 scales and for indirect attitudes (associations and connotations).

TABLE 2 TASC-2 SCALES - PRELIMINARY RESULTS

CURATIVE COMPONENTS		
POTENTIAL TRAINEES	TRAINEES	PSYCHOTHERAPISTS
Kindness (2.44)	Kindness (2.99)	Kindness (1.57)
Insight (2.68)	Insight (2.78)	Insight (2.87)
Adjustment (2.97)	Adjustment (2.15)	Adjustment (2.40)
STYLE FACTORS		
POTENTIAL TRAINEES	TRAINEES	PSYCHOTHERAPISTS
Supportiveness (2.81)	Supportiveness (2.65)	Supportiveness (2.02)
Neutrality (2.44)	Neutrality (2.66)	Neutrality (2.82)
Self-doubt (1.41)	Self-doubt (0.99)	Self-doubt (1.18)

BASIC ASSUMPTIONS		
POTENTIAL TRAINEES	TRAINEES	PSYCHOTHERAPISTS
Pessimism (2.16)	Pessimism (2.75)	Pessimism (2.64)
Irrationality (1.97)	Irrationality (2.11)	Irrationality (1.81)
Art (2.19)	Art (1.89)	Art (2.70)

Comparing the means of potential trainees and therapists it appears that seven of nine scales show significant differences. Especially six scales (adjustment, supportiveness, kindness, neutrality, self-doubt and irrationality) show high differences. In table 3 the means of students and therapists are presented.

TABLE 3 MULTIVARIATE COMPARISON OF MEANS (TASC-2 SCALES; THAT) N=210

		n	Mean	Standard deviation	Standard error	Significance (p)
I. ADJUSTMENT***	STUDENT	147	2.44	.52	.04	.000
	THERAPIST	61	1.57	.62	.14	
II. INSIGHT*	STUDENT	146	2.68	.61	.05	.043
	THERAPIST	61	2.87	.61	.13	
III. KINDNESS***	STUDENT	149	2.97	.65	.05	.000
	THERAPIST	61	2.40	.58	.11	
IV. NEUTRALITY***	STUDENT	138	2.44	.59	.05	.000
	THERAPIST	61	2.82	.64	.13	
V. SUPPORTIVENESS***	STUDENT	137	2.81	.42	.04	.000
	THERAPIST	61	2.02	.53	.10	
VI. SELF-DOUBT**	STUDENT	138	1.41	.63	.05	.009
	THERAPIST	61	1.18	.60	.09	
VII. IRRATIONALITY***	STUDENT	149	2.16	.74	.06	.000
	THERAPIST	61	2.64	.64	.15	
VIII. ART	STUDENT	149	1.97	.71	.06	.130
	THERAPIST	61	1.81	.73	.16	
IX. PESSIMISM	STUDENT	149	2.19	.43	.04	.000
	THERAPIST	61	2.70	.52	.07	

NOTE: *p<.05; **p<.01; ***p<.001; non-marked significances [concerning the scale (IX)] can't be accepted because their co-variances are inhomogeneous.

- (c) The therapeutic attitudes of qualified psychotherapists changed during the course of training. There were significant findings for the factor Supportiveness (before training: m = 2.15; after training: m = 1.85) and the factor Kindness (before training: m = 2.40; after training: m = 2.12).

TABLE 4 EFFECTS OF TRAINING ON THERAPEUTIC ATTITUDES OF QUALIFIED PSYCHOTHERAPISTS

SOURCE	Dependent Variable	Qsquare of Typ III	df	mean	F	Sig
Corrected Modell	ADJUSTMENT	.912 ^a	1	.912	2,457	.122
	INSIGHT	1,079 ^b	1	1,079	3,040	.086
	KINDNESS*	1,397 ^c	1	1,397	4,321	.042
	NEUTRALITY	.465 ^d	1	.465	1,145	.289
	SUPPORTIVENESS*	1,391 ^e	1	1,391	5,374	.024
	SELF-DOUBT	.114 ^f	1	.114	.315	.577
	IRRATIONALITY	1,101 ^g	1	1,101	2,724	.104
	ARTISTRY	.579 ^h	1	.579	1,098	.299
	PESSIMISM	.016 ⁱ	1	.016	.061	.805

NOTE: ^a–ⁱp<.05

- (d) Connotations regarding the term psychotherapy: Comparing the means of potential trainees and therapists of the semantic differential, not all co-variances are homogeneous. Thus, this matters in the scales (2), (3), (5) and (7) – hence the significance in these scales is not marked. Figure 1 gives an overview of the means of students and therapists.

FIGURE 1 SEMANTIC DIFFERENTIAL-BASED CONNOTATIONS OF PSYCHOTHERAPY/DOCTOR-PATIENT-COMMUNICATION N=225

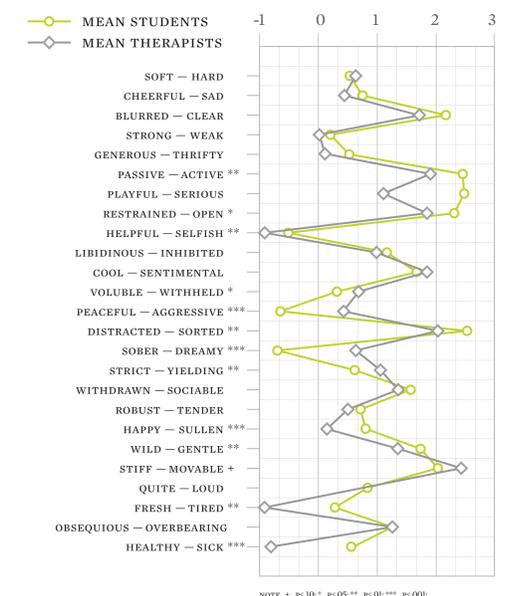


TABLE 5 ASSOCIATIONS REGARDING THE TERMS DOCTOR-PATIENT-COMMUNICATION AND PSYCHOTHERAPY:

STUDENTS' ASSOCIATIONS	LEADING ASSOCIATIONS	CLUSTERS
In total: 400	"Empathy" (22%)	"Positive therapeutic attitude" (57%)
	"Confidence" (5%)	"Setting" (34%)
	"Openness" (3%)	"Negative associations" (10%)
THERAPISTS' ASSOCIATIONS	LEADING ASSOCIATIONS	CLUSTERS
In total: 405	"Transference" (5%)	"Psychotherapeutic techniques" (48%)
	"Unconscious" (3%)	"Unspecific efficacy factors" (36%)
	"Interpretation" (3%)	"Negative associations" (10%)
		"Setting" (6%)

DISCUSSION

The performance of the potential trainees on the TASC-2-scales implies that a general education in the therapeutic field (medical curriculum) serves to form the base for establishing a therapeutic attitude. Potential trainees tend to a coping perspective and a more humanistic oriented approach. Psychotherapists tend to a clarification perspective. Trainees seem to show a mixed pattern of therapeutic attitudes. The therapeutic attitudes of qualified therapists changed during the course of training. The reported findings demonstrate the interference of therapeutic attitudes via teaching and may indicate a process of systematic change of therapeutic attitudes of potential trainees, trainees, and qualified therapists during the period of learning in the psychotherapeutic field.