Zur Homepage der Dissertation

Das Image der Psychotherapie

Eine Studie zum Image der Psychotherapie im psychotherapeutischen Kontext

Von der
Fakultät IV: Human- und Gesellschaftswissenschaften
der
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
angenommene

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Philosophie

Peter Fischer
geb. am 26. November.1959 in Wilhelmshaven

Datum der Disputation: 21.11.2007 16.°° - 18.°° Uhr

Erster Referent: Univ. Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Wilfried Belschner
Zweite Referentin: PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Petra Scheibler
Tag der Disputation:

Danksagung

In erster Linie möchte ich Univ. Prof. em. Dr. phil. Dipl.-Psych. Wilfried Belschner für die freundliche Überlassung des Themas, unter denkbar günstigen Voraussetzungen zur Fertigstellung dieser Arbeit, danken. Insbesondere danke ich ihm dafür, dass er mich am Anfang ein wenig „an die Hand nahm“ und mich so auf den Weg brachte, der letztendlich zu dieser Dissertation führte. „Vielen Dank für die vielen Stunden des gemeinsamen empirischen Forschens.“

Für die vielen hilfreichen Kommentare zur Form dieser Arbeit und die wissenschaftliche Beratung und Unterstützung danke ich herzlich Frau PD Dr. phil. Dipl. Psych. Dipl.-Soz. Petra Scheibler.

Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Dorothea Wienand-Kranz (GP)[1] danke ich ganz herzlich für die wissenschaftliche Betreuung während der *Summer School*[2] und die Hinweise zu den Patientenstundenbögen.

Für die vielen Antworten auf meine fachspezifischen Fragen zu Testungen und Auswertungen und die aufbauenden ermutigenden Worte danke ich ganz herzlich Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Jürgen Bantelmann. Insbesondere seine Dissertation war für mich eine große Inspiration für die Datendarstellung und Auswertung.

Zu ganz besonders großem Dank fühle ich mich der Institutsleiterin des Norddeutschen Instituts für Verhaltenstherapie (NIVT), Frau Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Monika Wagner-Haase (PP, SV)[3], und dem Leiter der Ambulanz, Herrn Dr. med. Werner Traub (AP, SV)[4], verpflichtet. Sie haben mir mit großem Vertrauen Zugang zu ihren Patienten und Institutsteilnehmer für diese Studie ermöglicht und mir damit für die Durchführung dieser Studie ein ideales Umfeld bereitet. Ohne sie hätte dieses Forschungsvorhaben nicht so kurzer Zeit und in dieser Qualität fertig gestellt werden können. Vielen herzlichen Dank für die vielen Antworten auf meine Fragen. Viele wissenschaftliche Fragestellungen in dieser Studie wären ohne ihre fachliche Beratung und Expertise nicht umsetzbar gewesen.

---

1 GP = Gesprächspsychotherapeutin.

2 Jährliches Treffen aller Doktoranden von Univ. Prof. em. Dr. phil. Wilfried Belschner mit dem Ziel der/ des gegenseitigen Unterstützung/Erfahrungsaustausches.

3 PP = Psychologische Psychotherapeutin; SV = Supervisor.

4 Ärztlicher Psychotherapeut.

An dieser Stelle auch ein herzliches Dankeschön an Frau Dipl.-Psych. Miriam Früh (PP), die neben Herrn Dr. med. Werner Traub Erstgespräche führte, und mir durch ihre herzliche Art viel Mut bei anfänglichen Problemen zu Beginn der Studie gemacht hat. In diesem Zusammenhang auch vielen Dank an Frau Dipl.-Psych. Monika Schmietenknop, die sowohl als Therapeutin einige Patienten in der Studie therapierte, als auch im späteren Verlauf als psychologische Psychotherapeutin im Auftrag des Institutes Erstgespräche durchführte.

Den Psychotherapie-Experten[5] vielen Dank für die zahlreichen Kommentare und Verbesserungsvorschläge. An erster Stelle möchte ich Herrn Dipl.-Psych. Georg Bürger-Leier (PP, SV) für die Gespräche und Hinweise im Vorstadium der Studie zu gängigen Patientenmeinungen über Psychotherapie danken. Ihm ist es auch zu verdanken, dass ich Kontakt zum NIVT aufgenommen habe.

Herrn Univ. Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jochen Eckert vielen herzlichen Dank für die Hinweise zur Einordnung der gefundenen Ergebnisse bezüglich der gefundenen Übereinstimmungen zwischen Therapeuten und Patienten im Kapitel 4.8.1 (S. 159) und die Nennung des vorzüglichen Artikels zur *Theorie des Therapeuten* als Wirkfaktor (Eckert & Biermann-Ratjen, 1990).

Des Weiteren bedanke ich mich bei den zu Anfang der Studie befragten Psychotherapeuten für die Beratung und Mithilfe bei der Suche nach Itemtexten zu gängigen Psychotherapiemeinungen: Dipl.-Psych. Dipl.-Ing. Rolf-Dieter Becker (PP), Helmut Bertschinger (PP), Dipl.-Psych. Uwe-Purnima Breitkopf (HP), Georg Bürger-Leier (PP, SV), Dipl.-Psych. Brigitte Duck (PP), Dipl.-Psych. Wolfgang Erhardt (PP), Dipl.-Psych. Ute Feyer (HP), Dipl.-Psych. Barbara Greve-Kiehm (PP), Dipl.-Psych. Eckardt Haupt (P), Dipl.-Psych. Elke Hölig (P), Dr. phil. Dipl.-Psych. Helga Knobloch, Dr. med. Dipl.-Psych. Helga Köpper (PP), Dipl.-Psych. Dr. phil. Claudia Kossendey (P), Dipl.-Psych. Gisela Maier (PP, SV), Dipl.-Psych. Thomas Pirke (PP), Dipl.-Psych. Martin Runge (P, BDP). Dipl.-Psych. Trude Schay (P). Dipl.-Psych.

---

5 Als Experte für Psychotherapie innerhalb dieser Studie wurden im engen Sinne mit Priorität alle psychologischen Psychotherapeuten (PP, neue Regelung) und approbierten Psychotherapeuten (P, n. d. alten Regelung) angesehen. Zusätzlich wurden jedoch auch Hinweise von naturheilkundlichen Psychotherapeuten mit Zusatzausbildungen (Gesprächspsychotherapie (GP), etc.) nach dem Heilpraktikergesetz (HP) mit mehrjähriger Therapieerfahrung (>10 J.) und in Kliniken arbeitende Diplom-Psychologen im Umfeld psychotherapeutischer Leistungen (Beratungen, Testungen, etc.) mit einbezogen.

Inge Schmidt-Hollmann (P), Dipl.-Psych. Margarete Schweizerhof (PP), Dipl.-Psych. Hanna Seipelt (P), Dr. phil. Dipl.-Psych. Sylvester Walch (P), Dipl.-Psych. Regina Weiser (PP).

Herrn PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Norbert R. Krischke und Herrn Dipl.-Psych. Dominik Uelsmann danke ich für die anfängliche Unterstützung bei der Weiterentwicklung der in diesem Projekt verwendeten Psychologischen Basisdokumentation (Psy-BaDo) und die Beratung bei der Auswahl der vorgelegten psychometrischen Tests.

Vielen Dank an die Institutsteilnehmer des NIVT, die trotz großer Arbeitsauslastung zusätzlich an diesem Forschungsprojekt mitgewirkt haben: Dipl.-Psych. Regina Bartels, Dipl.-Psych. Christa Bock, Dipl.-Psych. Natalie Bohn, Dipl.-Psych. Marika Büsing, Dipl.-Psych. Annegret Christof, Dipl.-Psych. Luise Eisenkolb, Dipl.-Psych. Axel Enneking, Dipl.-Psych. Nicole Gerken, Dipl.-Psych. Stefanie Gloth, Dipl.-Psych. Jana Görndt, Dipl.-Psych. Helga Gülzow, Dipl.-Psych. Sabine Hartel, Dipl.-Psych. Birthe Hasselmann, Dipl.-Psych. Martina Hein, Dipl.-Psych. Frank Heinze, Dipl.-Psych. Ebba Hoffmann, Dipl.-Psych. Petra Iffland, Dipl.-Psych. Madeleine Kasmai, Dipl.-Psych. Nevriye Kayis, Dipl.-Psych. Viola Knief, Dipl.-Psych. Bernd Lassmann, Dipl.-Psych. Kerstin Lastig, Dipl.-Psych. Susanne Marquordt, Dipl.-Psych. Maren Müller, Dipl.-Psych. Anja Neveln, Dipl.-Psych. André Podziemski, Dipl.-Psych. Angela Porysiak, Dipl.-Psych. Katrin Rautenberg, Dipl.-Psych. Lutz Röpcke, Dipl.-Psych. Klaus Schell, Dipl.-Psych. Maximillian Schiff, Dipl.-Psych. Monika Schmietenknop, Dipl.-Psych. Gerlinde Schneider, Dipl.-Psych. Beate Schretzmann, Dipl.-Psych. Sabine Seebode, Dipl.-Psych. Christa Seidel, Dipl.-Psych. Farah Sepanji, Dipl.-Psych. Katja Sobotta, Dipl.-Psych. Susanne Stelter, Dipl.-Psych. Andreas Stölting, Dipl.-Psych. Ulrich Thomas, Dipl.-Psych. Lina Vaitiekunaite-Köpke, Dipl.-Psych. Oliver Vogel, Dipl.-Psych. Ayçe Yildiray.

Kein Projekt ohne Verwaltung – Herzlichen Dank den Ambulanz-Sekretärinnen Petra Spitzer, Fr. Dammeier, Dipl.-Soz. Cornelia Majeweski, Frau Sel und Frau Friedrich, die stets mit Rat und Tat dafür gesorgt haben, dass ich alle nötigen Informationen und Mittel zur Durchführung der notwendigen Arbeiten innerhalb des Instituts bekam.

Den Autoren der Testsystem-Software Qstests (Dr. phil. Dipl.-Psych. Robert Mestel, Dr. med. Konrad Stauss, Hermann Bürkle) und Psydea (Dipl.-Psych. Berthold Hinz) danke ich ganz herzlich für die kompetente und hilfsbereite Umsetzung meiner vielen Wünsche und die konsequente Weiterentwicklung ihrer Programme zur (für mich) richtigen Zeit zu wissenschaftlich brauchbaren Programmen, die keine Wünsche mehr offen lassen. Ohne diese Programme hätte sich diese Studie in seiner Komplexität nicht so einfach durchführen lassen. Ohne Ihren Rat wäre mir manches Problem ein Buch mit sieben Siegeln geblieben. Außerdem konnte ich auf die Ergebnisse ihrer Forschungen aufbauen und dafür danke ich Ihnen ganz herzlich.

Für redaktionelle Arbeiten bei der ‚Verschriftlichung' der Studie und die englische Übersetzung der Kurzzusammenfassung danke ich herzlich Frau cand. Dipl.-Psych. Nicole Baden.
Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meiner Frau, Brigitte Fischer, die mir stets als kompetenter Partner die ehrliche Meinung gesagt hat und mir in manchen Stunden des Zweifels den Mut gegeben hat, weiterzumachen. „Danke, dass Du an mich geglaubt hast, trotz der nicht endenden Stunden, die dieses Werk verschlang."

Ideale sind wie Sterne:
Man kann sie nicht erreichen,
aber man kann sich an ihnen orientieren.

(Carl Schurz zit. n. Banzhaf, 2003)

Zusammenfassung:

In dieser Dissertation wird mithilfe empirischer Forschung gezeigt, dass Meinungen/ Klischees/ Vorurteile über Psychotherapie den Verlauf und den Outcome einer Psychotherapie beeinflussen. Bisher werden in der therapeutischen Praxis überwiegend therapieinterne Wirkfaktoren (Motivation, Änderungsbereitschaft, Intelligenz, Therapiebeziehung, …) berücksichtigt. Die Ergebnisse dieser Studie weisen allerdings auf die Existenz eines therapieexternen Wirkfaktors hin, der die therapieinternen Wirkfaktoren entscheidend beeinflusst – Das Image der Psychotherapie. Zur Überprüfung der Haupthypothese „Die Akzeptanz der Psychotherapie ist ein Wirkfaktor für den Therapie-Verlauf" wurde zunächst eine Vorversion des Instrumentes ACP-a (Akzeptanz der Psychotherapie) aus Umfragen und Expertenbefragungen konstruiert. Mit der daraus entwickelten Testendversion ACP-a wurde das ‚Image der Psychotherapie' von 342 ambulant behandelten Patienten des Norddeutschen Instituts für Verhaltenstherapie in Bremen (NIVT) bestimmt und mit dem Therapieverlauf und -ergebnis in Beziehung gesetzt. Der Therapieverlauf wurde mit dem dafür konstruierten Therapeuten- und Patientenstundenbogen (ACP-P, kontinuierlicher prozessualer Therapieerfolg), der zu jeder Therapiesitzung vorgelegt wurde, protokolliert. Das Therapieergebnis (Outcome) wurde als Veränderungsmessung mithilfe einer Fragebogentestbatterie (SCL-90, SASB, IIP, …) zu zwei Messzeitpunkten (t_1 = nach Erstgespräch; $t_2 \approx$ nach 20 Therapiesitzungen) ermittelt. Es wird gezeigt, dass Patienten mit einer geringen Akzeptanz für Psychotherapie auch einen schwierigeren/ aufwendigeren Therapieprozess und einen geringeren therapeutischen Outcome haben, als Patienten mit einer hohen Akzeptanz für Psychotherapie. Die gefundenen Ergebnisse geben damit Anlass, dem „gesellschaftlichen Image der Psychotherapie" mehr Aufmerksamkeit zu schenken und die Meinungen sowie das Vorwissen über Psychotherapie in der Bevölkerung in eine positivere Richtung zu verändern, um eine erfolgreichere Therapie zu gewährleisten.

Stichwörter: Akzeptanz der Psychotherapie, Wirkfaktoren, Qualitätssicherung, Therapieverlaufsforschung, Fragebogenkonstruktion, Bewusstseinsforschung.

Abstract:

This dissertation shows empirically that held opinions, clichés, and preconceptions about psychotherapy significantly influence the process and outcome of psychotherapy. Up to date, there has been an emphasis upon therapy-internal effect sizes (as motivation, readiness to change, intelligence, therapeutic relationship, …). However, the results of this study suggest the existence of a therapy-external effect size, which exerts an essential influence on the therapy-internal effect sizes: "The image of psychotherapy". First, a pre-version of the instrument ACP-a (Acceptance of Psychotherapy) was designed from surveys and expert reviews to examine the main hypothesis, that "Acceptance of Psychotherapy is an effect size for the process of therapy". This process developed into the final test-version ACP-a, which served to measure the "Image of Psychotherapy" of 342 out-patients of the "Norddeutschen Institut für Verhaltenstherapie" (Northern German Institute for Behaviour Therapy) in Bremen (NIVT)and was correlated with the therapeutic process and outcome. The therapeutic process was documented through a Therapist- and Patient questionnaire (ACP-P), which was specifically designed for this purpose, and handed out at each therapy session. The therapeutic outcome was assessed as measurement of change at two different measuring times (t1 = after the initial interview; t2 = after 20 therapy sessions) through a combination of questionnaires (SCL-90, SASB, IIP, …). This study demonstrates, that patients with low acceptance of psychotherapy have a more difficult/ intricate therapeutic process and a lower therapeutic outcome, than patients with high acceptance of psychotherapy. According to the results, more attention needs to be paid to the "public image of psychotherapy", in order to change the public opinions and preconceptions about psychotherapy into a more positive direction, and therefore to support the effectiveness of therapies.

Key Words: Acceptance of Psychotherapy, effect size, quality management, research on therapy process, questionnaire construction, consciousness research.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 21
1.1 Phase I – ‚Legitimationsphase' ... 22
1.1.1 Studien zu Phase I ... 23
1.2 Phase II – ‚Konkurrenzphase' ... 24
1.2.1 Studien zu Phase II - Therapievergleichsstudien ... 25
1.3 Phase III – ‚Prozessforschung' ... 33
1.3.1 Generic Model of Psychotherapy ... 34
1.3.2 Das Wirkfaktorenmodell von Grawe ... 34
1.3.3 Weitere Erklärungsmodelle ... 35
1.3.4 Praxisrelevantes Set von Prozessvariablen nach Sulz ... 36
1.4 Interaktionistische Modelle ... 38
1.4.1 Patient (A) ... 38
1.4.2 Therapeutenvariablen (B) ... 42
1.5 CRN-Studie (zu 2) ... 50
1.6 Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse ... 51
1.7 Forschungsfragestellung und zentrale Aussage ... 53
1.7.1 Einordnung der internen und externen Wirkfaktoren in das Mehrebenenmodell (MEM) von Belschner & Kaiser (1995) ... 53
2 Explikation der Darstellung der Forschungssituation ... 55
2.1 Theoretische Vorüberlegungen ... 56
2.2 Einordnung des Themas in den Kontext der Therapieforschung ... 60
2.3 Stand der Forschung zum ‚Image der Psychotherapie' ... 60
2.4 Ähnliche Konstrukte ... 66
2.5 Fragestellung ... 68
2.6 Methode/ Design ... 68
2.7 Vorarbeiten ... 70
2.8 Erwartete Ergebnisse ... 71
3 Empirie ... 73
3.1 Empirisches Modell ... 73
3.2 Hypothesen ... 79
3.3 Skalenkonstruktion ACP-a (Konstruktionsstichprobe) ... 79
3.4 Geplante Stichprobe ... 85
3.5 Ablaufplan der Datengewinnung ... 85
3.6 Beschreibung des QS-Ablaufes ... 88
3.7 Untersuchungsplan ... 90
3.8 Gültigkeit des Untersuchungsplanes ... 92
4 Ergebnisse ... 93
4.1 Deskriptive Analyse der Gesamtstichprobe ... 93
4.1.1 Allgemeine Beschreibung ... 93
4.1.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede ... 99
4.1.3 Altersspezifische Unterschiede (am Median gesplittet; Median = 38 J.) ... 100
4.1.4 Motivationsbedingte Unterschiede ... 102
4.1.5 Medikationsbedingte Unterschiede ... 103
4.1.6 Unterschiede in Abhängigkeit von der Veränderungssensitivität ... 104
4.1.7 Meinungsbedingte Unterschiede (VT = Psychotherapie?) ... 105
4.1.8 Therapievorwissenbedingte Unterschiede ... 105
4.1.9 Häufigkeitsverteilung für die Hauptstörungsgruppen der Gesamtstichprobe (ICD-10) ... 106
4.2 Itemanalyse der neu konstruierten Fragebögen ... 109
4.2.1 Endorsementfrequenzen des ACP-a (t_1 = Therapiebeginn) ... 109
4.2.2 Dimensionalität des ACP-a (t_1 = Therapiebeginn) ... 109
4.2.3 Korrelationen der ACP-a-Skalen und Skalenreaktionszeiten ... 115
4.2.4 Skalenkorrelationen zwischen Erstgespräch (ACP-a) und Zwischenmessung (ACP-z) ... 118
4.2.5 Interkorrelationen und Reliabilität der ACP-Skalen zum Erstgespräch und Zwischenmessung mit Effektstärken ... 119

4.2.6 Dimensionalität des ACP-P (Patientenstundenbogen) ... 121
4.2.7 Skalenkorrelationen Patientenstundenbogen (ACP-P) über 15 Sitzungen gemittelt ... 126
4.2.8 Dimensionalität der Psy-BaDo-Skala Leidensdruck (LD) ... 127
4.3 Mittelwertcharakteristiken der ACP-Skalen (Image der Psychotherapie) nach dem Erstgespräch (t_1, ACP-a) und der Zwischenmessung (t_2, ACP-z) ... 131
4.4 Konstruktvalidität des ACP-a ... 131
4.5 Differentielle Validität: Klinische Stichproben (ICD-10) ... 136
4.6 Berechnung der Personengruppen ... 145
4.7 Deskriptive Beschreibung der beiden Personengruppen IMG+ und IMG- ... 147
4.7.1 Allgemeine Beschreibung ... 147
4.7.2 Altersbedingte Unterschiede ... 155
4.7.3 Schulbedingte Unterschiede ... 156
4.7.4 Motivationsbedingte Unterschiede ... 157
4.7.5 Veränderungsspezifische Unterschiede ... 158
4.7.6 Meinungsbedingte Unterschiede – VTPSY x IMG x Medikamenteneinnahme ... 158
4.8 Prüfung der Hypothesen ... 159
4.8.1 Zusammenhang zwischen Patientenmeinungen über Psychotherapie (ACP-a) und Therapieverlauf (ACP-a; ACP-P) ... 159
4.8.2 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-) ... 169
4.8.3 Zusammenhang zwischen Patientenmeinungen über Psychotherapie (ACP-a) und Therapie-Outcome (Pre-Post-Differenzen) ... 183
4.8.4 Zusammenhang zwischen Patientenmeinungen über Psychotherapie (ACP-a: IMG+/IMG-) und Therapie-Outcome (Direkte Veränderungsmessung) ... 200
4.8.5 Einfluss der biometrischen Daten auf das Image der Psychotherapie ... 203
4.8.6 Zusammenfassung ... 204
5 Diskussion ... 205
6 Ausblick ... 215
7 Namensverzeichnis ... 217
8 Sachverzeichnis ... 219
9 Literaturverzeichnis ... 221
10 Anhang ... 237
10.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe ... 237
10.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe ... 241
10.2.1 Beruf x Geschlecht ... 241
10.2.2 Meistverdienender x Geschlecht ... 242
10.2.3 Jetzige Berufsituation x Geschlecht ... 243
10.2.4 Medikation x Geschlecht ... 244
10.2.5 Therapievorwissen x Geschlecht ... 245
10.3 Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe ... 246
10.3.1 Familienstand x Altergruppe (Median = 38 J.) ... 246
10.3.2 Partnersituation x Altersgruppe (Median = 38 J.) ... 246
10.3.3 Haushaltssituation x Altersgruppe (Median = 38 J.) ... 247
10.3.4 Schulabschluß x Altersgruppe (Median = 38 J.) ... 248
10.3.5 Medikamenteneinnahme x Altersgruppe (Median = 38 J.) ... 249
10.4 Motivationsbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe ... 250
10.4.1 Partnersituation x Motivation ... 250
10.4.2 Schulabschluß x Motivation ... 251
10.4.3 Veränderungssensitivität x Motivation ... 252
10.4.4 Therapievorwissen x Motivation ... 253
10.5 Medikationsbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe ... 254
10.5.1 Jetzige Berufssituation x Medikation ... 254
10.5.2 Partnersituation x Medikation ... 255
10.6 Unterschiede in der Gesamtstichprobe in Abhängigkeit von der Veränderungssensitivität ... 256

10.6.1 Nationalität x Veränderungssensitivität ... *256*
10.6.2 Therapievorwissen x Veränderungssensitivität ... *257*
10.7 Meinungsbedingte Unterschiede (VT = Psychotherapie?) in der Gesamtstichprobe ... 258
10.7.1 Rentenverfahren x Meinung (VT = Psychotherapie?) ... *258*
10.8 Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe ... 259
10.8.1 Schulabschluß x Therapievorwissen ... *259*
10.8.2 Motivation x Therapievorwissen ... *260*
10.8.3 Veränderungssensitivität x Therapievorwissen ... *261*
10.8.4 Schulabschluß x IMG+/IMG- ... *262*
10.8.5 Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Alter (mediangesplittet) ... *263*
10.8.6 Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Altersschichtung ... *264*
10.8.7 Unterschiede in Abhängigkeit vom Meistverdienenden – Meistverdienender x IMG x Schulabschluß ... *265*
10.8.8 Berufssituative Unterschiede in Abhängigkeit vom Schulabschluß – Berufssituation x IMG x Schulabschluß ... *265*
10.8.9 Motivationsunterschiede – Medikation x IMG x Motivation ... *266*
10.8.10 Unterschiede in Abhängigkeit von der Änderungssensitivität – Partnersituation x IMG x Änderungssensitivität ... *267*
10.8.11 Meinungsbedingte Unterschiede – VTPsy x IMG x Medikamenteneinnahme ... *268*
10.8.12 Geschlechtsspezifische Unterschiede der ICD-10-Klassifikationen – ICD-10 x Geschlecht ... *269*
10.8.13 Gruppenspezifische Unterschiede (IMG+/IMG-) – Therapiemotivation (Erfahrungen/Erwartungen bzgl. Psychotherapie) ... *270*
10.9 Itemanalyse ACP-a ... 271
10.9.1 Faktorenanalyse der Vorversion des ACP-a (Konstruktionsstichprobe) ... *271*
10.9.2 Faktorenanalyse des ACP-a – ‚Image der Psychotherapie' – (n=342; NIVT Bremen) ... *272*
10.10 Differentielle Validität des ACP-a – ICD-10 (Mehrfachvergleich Teil 1 - 6) ... 274
10.11 Itemanalyse ACP-P ... 277
10.11.1 Faktorenanalyse des ACP-P (Patientenstundenbogen; n=2830; NIVT Bremen) ... *277*
10.12 Itemanalyse Leidensdruck (LD) ... 279
10.13 Bestimmung der Personengruppen ... 280
10.13.1 Clusteranalyse der Personengruppen IMG+ und IMG- ... *280*
10.14 Korrelationen ... 282
10.14.1 Korrelationen – ACP-a mit FIG-50 ... *282*
10.14.2 Korrelationen – ACP-a mit IIP ... *282*
10.14.3 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 1) ... *283*
10.14.4 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 2) ... *283*
10.14.5 Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Vermeidungsmotivation) ... *284*
10.14.6 Korrelationen – ACP-a mit IVS-39 ... *284*
10.14.7 Korrelationen – ACP-a mit SASB ... *285*
10.14.8 Korrelationen – ACP-a mit SCL-90 (Annäherungsmotivation) ... *285*
10.14.9 Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ ... *286*
10.14.10 Korrelationen – ACP-a mit VDS (1. Teil) ... *286*
10.14.11 Korrelationen – ACP-a mit VDS (2. Teil) ... *287*
10.14.12 Korrelationen – ACP-a mit VDS (3. Teil) ... *287*
10.14.13 Korrelationen – ACP-a mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz) ... *288*
10.14.14 Korrelationen – ACP-a mit IIP (Pre-Post-Differenz) ... *288*
10.14.15 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil1) ... *289*
10.14.16 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil 2) ... *289*
10.14.17 Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Pre-Post-Differenz, Vermeidungsmotivation) ... *289*
10.14.18 Korrelationen – ACP-a mit IVS-39 (Pre-Post-Differenz) ... *290*
10.14.19 Korrelationen – ACP-a mit SASB (Pre-Post-Differenz) ... *291*
10.14.20 Korrelationen – ACP-a mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz) ... *291*
10.14.21 Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ (Pre-Post-Differenz) ... *292*
10.14.22 Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 1) ... *292*
10.14.23 Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 2) ... *293*
10.14.24 Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 3) ... *293*
10.14.25 Korrelationen – ACP-a mit FMP und FPTM (Pre-Post-Differenz) ... *294*

10.14.26 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz) ... *294*
10.14.27 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IIP (Pre-Post-Differenz) ... *294*
10.14.28 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 1 (Pre-Post-Differenz) ... *295*
10.14.29 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 2 (Pre-Post-Differenz) ... *295*
10.14.30 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 3 (Pre-Post-Differenz) ... *295*
10.14.31 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IVS-39, LOT und SOC-13 (Pre-Post-Differenz) ... *296*
10.14.32 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit RSQ (Pre-Post-Differenz) ... *296*
10.14.33 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SASB (Pre-Post-Differenz) ... *296*
10.14.34 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz) ... *297*
10.14.35 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 1 (Pre-Post-Differenz) ... *297*
10.14.36 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 2 (Pre-Post-Differenz) ... *297*
10.14.37 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 3 (Pre-Post-Differenz) ... *298*
10.14.38 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FMP u. FPTM (Pre-Post-Differenz) ... *298*
10.14.39 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit ACP-a/ACP-z (Pre-Post-Differenz) ... *298*
10.14.40 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit Stundenbogenskalenmittelwerten (über 15 Therapiesitzungen gemittelt) ... *299*
10.15 Hypothesentests ... 300
10.15.1 BKS (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- ... *300*
10.15.2 NE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- ... *302*
10.15.3 TB (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- ... *304*
10.15.4 PKE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- ... *306*
10.15.5 PA (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- ... *308*
10.15.6 Gesamtskala positiv (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- ... *310*
10.15.7 Gesamtskala (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- ... *312*
10.15.8 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen von „Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen“ während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT1 = (BKS [ACP-P] - BKS [ACP-T]) ... *314*
10.15.9 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen „negativer Einflüsse“ während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT2 = (NE [ACP-P] - NE [ACP-T]) ... *316*
10.15.10 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der „Therapiebeziehung“ während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT3 = (TB [ACP-P] - TB [ACP-T]) ... *318*
10.15.11 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der „positiven Kontrollerfahrungen“ während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT4 = (PKE [ACP-P] - PKE [ACP-T]) ... *320*
10.15.12 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der „Problemaktualisierung“ während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT5 = (PA [ACP-P] - PA [ACP-T]) ... *322*
10.15.13 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Gesamtskala „Prozesserfahrungen“ während der Therapiesitzungen (Differenzscore PTG = (Gesamtskala [ACP-P] - Gesamtskala [ACP-T]) ... *324*
10.15.14 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- auf dem Erfolgkriterium EMEK-36 ... *326*
10.15.15 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und Therapieziel 1 (GAS) ... *327*
10.15.16 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und allen Therapiezielen (GAS) ... *328*
10.15.17 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und 'Leidensdruck' (LD) ... *329*
10.15.18 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- bezüglich der Abbruchrate ... *330*
10.16 Verwendete Einstellungen bei Berechnungen ... 331
10.16.1 Faktorenanalyse ... *331*
10.16.2 Clusteranalyse ... *331*
10.17 Neu konstruierte Fragebögen ... 332
10.17.1 Vorversion ACP-a – ‚Die Akzeptanz der Psychotherapie' ... *332*
10.17.2 Testendform ACP-a (Pre- und Zwischenmessung) – ‚Die Akzeptanz der Psychotherapie' ... *335*
10.17.3 Testendform ACP-e (Post-Messung) – „Die Akzeptanz der Psychotherapie“ ... *337*
10.17.4 Patientenstundenbogen (verkleinert abgedruckt) ... *339*
10.17.5 Therapeutenstundenbogen (verkleinert abgedruckt) ... *340*
10.18 Ergebnis einer Pre-Testung (Beispiel) ... 342

10.19 Ergebnis einer Pre-Post-Testung (Beispiel) ... 343
10.20 Verwendete Hard- u. Software ... 344
10.20.1 Hardware ... 344
10.20.2 Software ... 344
10.21 Testbeschreibungen ... 345
10.21.1 GF ... 345
10.21.2 BIA ... 345
10.21.3 ACP-a (Therapiebeginn) / ACP-e (Behandlungsende) ... 346
10.21.4 FMP ... 346
10.21.5 FPTM ... 346
10.21.6 SCL-90R ... 347
10.21.7 VDS-90 ... 347
10.21.8 BDI ... 348
10.21.9 FIG-50 ... 348
10.21.10 INK ... 349
10.21.11 LOT-R ... 349
10.21.12 SOC-13 ... 350
10.21.13 RSQ ... 350
10.21.14 SASB ... 350
10.21.15 IIP-D ... 351
10.21.16 IVS-39 ... 351
10.21.17 VEV-K ... 351
10.22 Psychologische Basisdokumentation (Psy-BaDo) ... 353
10.22.1 Patienten-Psy-BaDo (verkleinert abgedruckt) ... 353
10.22.2 Therapeuten-Psy-BaDo (verkleinert abgedruckt) ... 358

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zusammenhang zwischen therapieinternen- und therapieexternen Wirkfaktoren 55
Abb. 2: Theoretische Modellannahme 57
Abb. 3: Empirisches Modell 73
Abb. 4: ACP-Konstruktionsstichprobe mit benannten Faktoren und Markeritems 82
Abb. 5: Schematischer Ablauf des QS-Systems beim NIVT in Bremen 87
Abb. 6: Altersgeschichtete Fallzahlen der Normstichprobe 94
Abb. 7: Familienstand 94
Abb. 8: Partnersituation 94
Abb. 9: Haushaltssituation 95
Abb. 10: Schulabschluß 95
Abb. 11: Berufsabschluß 96
Abb. 12: Rentenantrag 96
Abb. 13: Medikamenteneinnahme 96
Abb. 14: Zuletzt ausgeübter Beruf 96
Abb. 15: Beruf des Meistverdienenden 97
Abb. 16: Berufssituation 97
Abb. 17: Motivation 98
Abb. 18: VT = Psychotherapie? 98
Abb. 19: Therapievorwissen 98
Abb. 20: Berufsituation (nach Geschlecht) 99
Abb. 21: Meistverdienender (n. Geschlecht) 99
Abb. 22: Medikamenteneinnahme (nach Geschlecht) 100
Abb. 23: Therapievorwissen (n. Geschlecht) 100
Abb. 24: Partnersituation (nach Alter) 100
Abb. 25: Haushaltssituation (nach Alter) 100
Abb. 26: Schulabschluß (nach Alter) 101
Abb. 27: Medikamenteneinnahme (n. Alter) 101
Abb. 28: Partnersituation (nach Motivation) 102
Abb. 29: Schulabschluß (nach Motivation) 102
Abb. 30: Veränderungssensitivität (n. Motivation) 103
Abb. 31: Therapievorwissen (n. Motivation) 103
Abb. 32: Berufsituation (n. Medikation) 103
Abb. 33: Partnersituation (n. Medikation) 103
Abb. 34: Berufsituation (nach Veränderungssensitivität) 104
Abb. 35: Berufsituation (nach Veränderungssensitivität) 104
Abb. 36: Berufsituation (nach Meinung) 105
Abb. 37: Schulabschluß (nach Vorwissen) 105
Abb. 38: Motivation (nach Vorwissen) 105
Abb. 39: Veränderungssensitivität (nach Vorwissen) 106
Abb. 40: Diagramm mit den Häufigkeitsverteilungen der Hauptstörungsgruppen nach ICD-10 106
Abb. 41: Vergleich der Personengruppen auf den 6 ACP-a-Faktoren und 5 ACP-P-Skalen (über 15 Therapiesitzungen gemittelt). 146
Abb. 42: Altersgeschichtete Fallzahlen der Personengruppen IMG+/ IMG- 147
Abb. 43: Familienstand (IMG+) 148
Abb. 44: Familienstand (IMG-) 148
Abb. 45: Partnersituation (IMG+) 148
Abb. 46: Partnersituation (IMG-) 148
Abb. 47: Haushaltssituation (IMG+) 149
Abb. 48: Haushaltssituation (IMG-) 149
Abb. 49: Schulabschluß (IMG+) 149
Abb. 50: Schulabschluß (IMG-) 149
Abb. 51: Berufsabschluß (IMG+) 150
Abb. 52: Berufsabschluß (IMG-) 150
Abb. 53: Rentenantrag (IMG+) 150
Abb. 54: Rentenantrag (IMG-) 150
Abb. 55: Medikamenteneinnahme (IMG+) 151

Abb. 56: Medikamenteneinnahme (IMG-) 151
Abb. 57: Zuletzt ausgeübter Beruf (IMG+) 151
Abb. 58: Zuletzt ausgeübter Beruf (IMG-) 151
Abb. 59: Beruf d. Meistverdien. (IMG+) 152
Abb. 60: Beruf des Meistverdien. (IMG-) 152
Abb. 61: Berufssituation (IMG+) 152
Abb. 62: Berufssituation (IMG-) 152
Abb. 63: Motivation (IMG+) 153
Abb. 64: VT = Motivation (IMG-) 153
Abb. 65: Veränderungssensitivität (IMG+) 154
Abb. 66: Veränderungssensitivität (IMG-) 154
Abb. 67: VT = Psychotherapie? (IMG+) 154
Abb. 68: VT = Psychotherapie? (IMG-) 154
Abb. 69: Therapievorwissen (IMG+) 155
Abb. 70: Therapievorwissen (IMG-) 155
Abb. 71: Wohnsituation (IMG+) x Alter (am Median gesplittet) 155
Abb. 72: Wohnsituation (IMG-) x Alter (am Median gesplittet) 155
Abb. 73: Wohnsituation (IMG+) nach Altersschichtung 156
Abb. 74: Wohnsituation (IMG-) nach Altersschichtung 156
Abb. 75: Meistverdienender (IMG+) x Schulabschluß 156
Abb. 76: Meistverdienender (IMG-) x Schulabschluß 156
Abb. 77: Berufssituation (IMG+) x Schulabschluß 157
Abb. 78: Berufssituation (IMG-) x Schulabschluß 157
Abb. 79: Medikation (IMG+) x Motivation 157
Abb. 80: Medikation (IMG-) x Motivation 157
Abb. 81: Partnersituation (IMG+) x Änderungssensitivität 158
Abb. 82: Partnersituation (IMG-) x Änderungssensitivität 158
Abb. 83: VTPSY (IMG+) x Medikamenteneinnahme 158
Abb. 84: VTPSY (IMG-) x Medikamenteneinnahme 158
Abb. 85: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 1 (BKS) 159
Abb. 86: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 1 'Negative Einflüsse' (NE) 161
Abb. 87: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 'Positive Therapiebeziehung' (PTB) 162
Abb. 88: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 'Positive Kontrollerfahrung' (PKE) 163
Abb. 89: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 'Problemaktualisierung' (PA) 164
Abb. 90: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala Gesamtwert positiv 165
Abb. 91: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala Gesamtwert 166
Abb. 92: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich 'Bewältigungs-/Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' im Therapieverlauf 170
Abb. 93: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich 'Negativer Einflüsse' im Therapieverlauf 173
Abb. 94: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Therapiebeziehung' im Therapieverlauf 175
Abb. 95: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Positiven Kontrollerfahrungen' im Therapieverlauf 176
Abb. 96: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Problemaktualisierung' im Therapieverlauf 177
Abb. 97: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Prozesserfahrungen' im Therapieverlauf 178
Abb. 98: Veränderungskompetenz 181
Abb. 99: Erfolgskriterium EMEK-36 mit Konfidenzintervallen 195
Abb. 100: EMEK-36 – Einzelskalen Teil 1 196
Abb. 101: EMEK-36 – Einzelskalen Teil 2 198
Abb. 102: EMEK-36 – Einzelskalen Teil 3 199
Abb. 103: Direkte Veränderungsmaße LD, GAS und VEV-K mit Konfidenzintervallen 202
Abb. 104: Kennwerte der Faktorenanalyse der ACP-Kontruktionsstichprobe 271
Abb. 105: Fragebogen ACP-a (Seite 1) – Vorversion 332
Abb. 106: Fragebogen ACP-a (Seite 2) – Vorversion 333

Abb. 107: Fragebogen ACP-a (Seite 3) – Vorversion 334
Abb. 108: Fragebogen ACP-a (Seite 1) – Pre- und Zwischenmessung 335
Abb. 109: ACP-a – Fragebogen ACP-a (Seite 2) – Pre- und Zwischenmessung 336
Abb. 110: ACP-e – Fragebogen ACP-e (Seite 1) – Post-Messung 337
Abb. 111: ACP-e – Fragebogen ACP-e (Seite 2) – Post-Messung 338
Abb. 112: Patientenstundenbogen ACP-P – Verlaufsmessung 339
Abb. 113: Therapeutenstundenbogen ACP-T (Seite 1) – Verlaufsmessung 340
Abb. 114: Ergebnis einer Pre-Testung (Beispiel) 342
Abb. 115: Ergebnis einer Rückmeldung der Pre-Post-Differenzen (Beispiel) 343
Abb. 116: Patienten-Psy-BaDo (Seite 1/2) 353
Abb. 117: Patienten-Psy-BaDo (Seite 3/4) 354
Abb. 118: Patienten-Psy-BaDo (Seite 5/6) 355
Abb. 119: Patienten-Psy-BaDo (Seite 6/7) 356
Abb. 120: Patienten-Psy-BaDo (Seite 8/9) 357
Abb. 121: Patienten-Psy-BaDo (Seite 10/11) 358
Abb. 122: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 1/2) 359
Abb. 123: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 3/4) 360
Abb. 124: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 5/6) 361
Abb. 125: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 7/8) 362
Abb. 126: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 8a/9) 363
Abb. 127: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 10/11) 364
Abb. 128: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 12/13) 365

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Kreuzklassifikation verschiedener Psychotherapieverfahren mit verschiedenen Messinstrumenten. ...26
Tab. 2: Berner Therapievergleichstudie – Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse....29
Tab. 3: Praxisrelevante Einflussvariablen des Therapieprozesses und -outcomes 37
Tab. 4: Klassifizierung der Therapeutenmerkmale....43
Tab. 5: Defizitskalen....76
Tab. 6: Kompetenzskalen 78
Tab. 7: Korrelationen der ACP-Faktoren (Konstruktionsstichprobe)....81
Tab. 8: Mittelwerte der Testzeiten in Minuten 99
Tab. 9: Häufigkeitsverteilung der Hauptstörungsgruppen nach ICD-10 107
Tab. 10: ACP-a – Faktor 1 – Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft (PEVB)....110
Tab. 11: ACP-a – Faktor 2 – Transpersonales Empowerment (TPE)....111
Tab. 12: ACP-a – Faktor 3 – Inferiore kommunikative Position (IKP)....112
Tab. 13: ACP-a – Faktor 4 – Negative Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE) 113
Tab. 14: ACP-a – Faktor 5 – Pos. Behandlungserwartung (PBE) 114
Tab. 15: ACP-a – Faktor 6 – Positive Outcome-Erwartung (POE) 115
Tab. 16: Korrelationen der ACP-a-Skalen und Skalenreaktionszeiten....116
Tab. 17: Skalenkorrelationen zw. Erstgespräch (t_1, ACP-a) und Zwischenmessung (t_2, ACP-z)....118
Tab. 18: Skalenkorrelation zw. Erstgespräch (t_1, ACP-a) und Zwischenmessung (t_2, ACP-z)....119
Tab. 19: ACP-P – Faktor 1 – Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrung (BKS) 121
Tab. 20: ACP-P – Faktor 2 – Negative Einflüsse (NE) 123
Tab. 21: ACP-P – Faktor 3 – Positive Therapiebeziehung (PTB) 124
Tab. 22: ACP-a – Faktor 4 – Positive Kontrollerwartung (PKE) 125
Tab. 23: ACP-a – Faktor 5 – Problemaktualisierung (PA) 126
Tab. 24: Interkorrelationen der Stundenbogenskalen (ACP-P) zu t_1 127
Tab. 25: 'Leidensdruck' (LD)....129
Tab. 26: Skalenmittelwertcharakteristiken der ACP-Skalen (Image der Psychotherapie) nach dem Erstgespräch (t_1) und der Zwischenmessung (t_2)....131
Tab. 27: Vergleich der Items der ACP-Skala NSW und der FPTM-Skala VH 132
Tab. 28: Vergleich der Items der ACP-Skalen und FMP-/FPTM-Skalen 133
Tab. 29: Vergleich ACP-Skalen mit FIG-50 – F1 (Selbstwirksamkeitserwartung)....134
Tab. 30: Korrelationen ausgesuchter psychometrischer Skalen mit den ACP-a-Skalen (Teil 1) 134
Tab. 31: Korrelationen ausgesuchter psychometrischer Skalen mit den ACP-a-Skalen (Teil 2) 134
Tab. 32: Korrelationen ausgesuchter psychometrischer Skalen mit den ACP-a-Skalen (Teil 3) 135
Tab. 33: Differentielle Validität der ACP-a-Faktoren (N, Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle) – Teil 1 136
Tab. 34: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 1 186
Tab. 35: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 2 187
Tab. 36: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 3 187
Tab. 37: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 4 190
Tab. 38: Korrelationen der Antwortzeiten der ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 1 .191
Tab. 39: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 2 192
Tab. 40: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 3 192
Tab. 41: Beschreibung der Gesamtstichprobe 237
Tab. 42: Beruf x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe....241
Tab. 43: Meistverdienender x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe...242
Tab. 44: Jetzige Berufsituation x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe 243
Tab. 45: Medikation x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 244
Tab. 46: Therapievorwissen x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. .245
Tab. 47: Familienstand x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe....246
Tab. 48: Partnersituation x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe....246
Tab. 49: Haushaltssituation x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe....247
Tab. 50: Schulabschluß x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe....248
Tab. 51: Medikamenteneinnahme x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 249
Tab. 52: Partnersituation x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe....250

Tab. 53: Schulabschluß x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 251
Tab. 54: Veränderungssensitivität x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 252
Tab. 55: Therapievorwissen x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. .253
Tab. 56: Jetzige Berufssituation x Medikation – Medikationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe (Test).....254
Tab. 57: Partnersituation x Medikation – Medikationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 255
Tab. 58: Nationalität x Veränderungssensitivität – Veränderungsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 256
Tab. 59: Therapievorwissen x Veränderungssensitivität – Medikationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 257
Tab. 60: Rentenverfahren x Meinung (VT = Psychotherapie?) – Meinungsbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 258
Tab. 61: Schulabschluß x Therapievorwissen – Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 259
Tab. 62: Motivation x Therapievorwissen – Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 260
Tab. 63: Veränderungssensitivität x Therapievorwissen – Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe. 261
Tab. 64: Schulabschluß x IMG+/IMG-.....262
Tab. 65: Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Alter (mediangesplittet) 263
Tab. 66: Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Altersschichtung 264
Tab. 67: Unterschiede in Abhängigkeit vom Meistverdienenden – Meistverdienender x IMG x Schulabschluß.....265
Tab. 68: Berufssituative Unterschiede in Abhängigkeit vom Schulabschluß – Berufssituation x IMG x Schulabschluß.....265
Tab. 69: Motivationsunterschiede – Medikation x IMG x Motivation 266
Tab. 70: Änderungssensitive Unterschiede – Partnersituation x IMG x Änderungssensitivität 267
Tab. 71: Meinungsbedingte Unterschiede – VTPsy x IMG x Medikamenteneinnahme 268
Tab. 72: Geschlechtsspezifische Unterschiede der ICD-10-Diagnosen – ICD-10 x Geschlecht.....269
Tab. 73: Gruppenspezifische Unterschiede (IMG+/IMG-) – Therapiemotivation (Erfahrungen/Erwartungen bzgl. Psychotherapie) 270
Tab. 74: ACP-a – Kennwerte der Faktorenanalyse zu t1.....272
Tab. 75: ACP-a – Schwierigkeitsindizes, Trennschärfe und Selektionskennwert.....273
Tab. 76: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 1).....274
Tab. 77: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 2).....274
Tab. 78: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 3).....275
Tab. 79: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 4).....275
Tab. 80: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 5).....276
Tab. 81: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 6).....276
Tab. 82: ACP-P – Patientenstundenbogen – Kennwerte der Faktorenanalyse zu t1 277
Tab. 83: ACP-P – Schwierigkeitsindizes, Trennschärfe und Selektionskennwert 278
Tab. 84: LD – Schwierigkeitsindizes, Trennschärfe und Selektionskennwert 279
Tab. 85: Unterschiede der Personengruppen (IMG+/IMG-) auf den ACP-a- und den gemittelten ACP-P-Skalen (über 15 Sitzungen). 280
Tab. 86: Korrelationen – ACP-a mit FIG-50.....282
Tab. 87: Korrelationen – ACP-a mit IIP.....282
Tab. 88: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 1).....283
Tab. 89: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 2).....283
Tab. 90: Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Vermeidungsmotivation).....284
Tab. 91: Korrelationen – ACP-a mit IVS-39.....284
Tab. 92: Korrelationen – ACP-a mit SASB.....285
Tab. 93: Korrelationen – ACP-a mit SCL-90.....285
Tab. 94: Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ 286
Tab. 95: Korrelationen – ACP-a mit VDS (1. Teil).....286
Tab. 96: Korrelationen – ACP-a mit VDS (2. Teil).....287
Tab. 97: Korrelationen – ACP-a mit VDS (3. Teil).....287

Tab. 98: Korrelationen – ACP-a mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz) 288
Tab. 99: Korrelationen – ACP-a mit IIP (Pre-Post-Differenz) 288
Tab. 100: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil1) 289
Tab. 101: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil 2) 289
Tab. 102: Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Pre-Post-Differenz, Vermeidungsmotivation) 289
Tab. 103: Korrelationen – ACP-a mit IVS-39 (Pre-Post-Differenz) 290
Tab. 104: Korrelationen – ACP-a mit SASB (Pre-Post-Differenz) 291
Tab. 105: Korrelationen – ACP-a mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz) 291
Tab. 106: Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ (Pre-Post-Differenz) 292
Tab. 107: Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 1) 292
Tab. 108: Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 2) 293
Tab. 109: Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 3) 293
Tab. 110: Korrelationen – ACP-a mit FMP und FPTM (Pre-Post-Differenz) 294
Tab. 111: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz) 294
Tab. 112: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IIP (Pre-Post-Differenz) 294
Tab. 113: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 1 (Pre-Post-Differenz) 295
Tab. 114: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 2 (Pre-Post-Differenz) 295
Tab. 115: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 3 (Pre-Post-Differenz) 295
Tab. 116: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IVS-39, LOT und SOC-13 (Pre-Post-Differenz) 296
Tab. 117: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit RSQ (Pre-Post-Differenz) 296
Tab. 118: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SASB (Pre-Post-Differenz) 296
Tab. 119: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz) 297
Tab. 120: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 1 (Pre-Post-Differenz) 297
Tab. 121: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 2 (Pre-Post-Differenz) 297
Tab. 122: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 3 (Pre-Post-Differenz) 298
Tab. 123: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FMP u. FPTM (Pre-Post-Differenz) 298
Tab. 124: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit ACP-a/ACP-z (Pre-Post-Differenz) 298
Tab. 125: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit Stundenbogenskalenmittelwerten (über 15 Therapiesitzungen gemittelt) 299
Tab. 126: BKS (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (parametrisch) 300
Tab. 127: BKS (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch) 301
Tab. 128: NE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM) 302
Tab. 129: NE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch) 303
Tab. 130: TB (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM) 304
Tab. 131: TB (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch) 304
Tab. 132: PKE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM) 306
Tab. 133: PKE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch) 307
Tab. 134: PA (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM) 308
Tab. 135: PA (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch) 309
Tab. 136: Gesamtskala positiv (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (parametrisch) 310
Tab. 137: Gesamtskala positiv (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch) 311
Tab. 138: Gesamtskala positiv/negativ (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (parametrisch) 312
Tab. 139: Gesamtskala positiv/negativ (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch) 313
Tab. 140: Differenzscore PT1 = (BKS [ACP-P] - BKS [ACP-T] (parametrisch) 314
Tab. 141: Differenzscore PT1 = (BKS [ACP-P] - BKS [ACP-T]) – parametrisch) 314
Tab. 142: Differenzscore PT2 = (NE [ACP-P] - NE [ACP-T] – parametrisch 316
Tab. 143: Differenzscore PT2 = (NE [ACP-P] - NE [ACP-T] – nicht-parametrisch 316
Tab. 144: Differenzscore PT3 = (TB [ACP-P] - TB [ACP-T] (GLM) 318
Tab. 145: Differenzscore PT3 = (TB [ACP-P] - TB [ACP-T] (nicht-parametrisch) 319
Tab. 146: Differenzscore PT4 = (PKE [ACP-P] - PKE [ACP-T] (GLM) 320
Tab. 147: Differenzscore PT4 = (PKE [ACP-P] - PKE [ACP-T] (nicht-parametrisch) 321
Tab. 148: Differenzscore PT5 = (PA [ACP-P] - PA [ACP-T]) (GLM) 322
Tab. 149: Differenzscore PT5 = (PA [ACP-P] - PA [ACP-T]) (nicht-parametrisch) 322
Tab. 150: Differenzscore PTG = (Gesamtskala [ACP-P] - Gesamtskala [ACP-T]) (parametrisch) 324
Tab. 151: Differenzscore PTG = (Gesamtskala [ACP-P] - Gesamtskala [ACP-T]) – (nicht-parametrisch) 325
Tab. 152: Unterschiede der Personengruppen IMG+ / IMG- auf dem Erfolgskriterium EMEK-36 326

Tab. 153: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und Therapieziel 1 (GAS) 327
Tab. 154: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und allen Therapiezielen (GAS) 328
Tab. 155: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und 'Leidensdruck' (LD) 329
Tab. 156: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- bezüglich der Abbruchrate 330
Tab. 157: Verwendete Einstellungen → Faktorenanalyse → Schaltereinstellungen 331
Tab. 158: Verwendete Einstellungen → Clusteranalyse → Schaltereinstellungen 331
Tab. 159: Zuordnungstabelle ACP-/INIMAG-Items 341

1 Einleitung

Psychotherapie wird im Rahmen einer Vielzahl von Schulen und Theorien gelehrt und ausgeübt, sie ist Gegenstand der Psychologie und der Medizin. Aus historischer Perspektive beginnt die Psychotherapie mit *Freuds Psychoanalyse* (Freud, 1895). *Rogers Klientenzentrierte Psychotherapie* (1942) war unter anderem eine Kritik an der dominanten Rolle des Therapeuten in der Psychoanalyse, denn nach Rogers hat der Klient ein Potential zum Wachstum und zur Empathie. 1958 beginnt mit Wolpes Einführung der *systematischen Desensibilisierung* als Therapiemethode die Ära der Verhaltenstherapie. War die Rolle des Therapeuten in der Gesprächspsychotherapie *nichtdirektiv*, so ist sie in der Verhaltenstherapie überwiegend *direktiv*. 1952 sorgte Eysenck mit seinem Artikel über Psychoanalyse für die erste Provokation der Psychotherapie. Er behauptete, dass Psychotherapie weniger effektiv sei als gar keine Psychotherapie und damit unter der Wirkung von Placeboeffekten liege. Später revidierte er diese Ansicht (1993).

Paradoxerweise führte gerade die durch diese Provokation von Eysenck in Gang gebrachte Psychotherapieforschung zum Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie. 1960 gab der U. S. Kongress eine Studie in Auftrag (Joint Commission on Mental Illness and Health), die die verschiedenen Therapierichtungen miteinander vergleichen sollte. Aus den Ergebnissen der Studie wurde die Forderung nach *kürzeren Therapien* (Kostensenkung) und *Optimierung der Verfügbarkeit* (auch für untere Bevölkerungsschichten, schnellere Hilfe, Versorgungsnotstand eindämmen etc.) abgeleitet. Diese Studie war auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass es als direkte Folge des 2. Weltkrieges zu einer Unterversorgung an Psychotherapie kam, die nur durch nicht spezialisierte Laientherapeuten gedeckt werden konnte. Dies führte zu einem explosionsartigen Wachstum der angebotenen Psychotherapierichtungen. Waren es 1958 über 60 verschiedene, so wurden 1975 schon über 125 und 1986 über 400 verschiedene Psychotherapierichtungen gezählt. Corsini (1983) beschreibt in seinem *Handbuch der Psychotherapie* bereits 68 psychotherapeutische Methoden. Bei Herink (1980) sind es sogar 250 Verfahren. Da diese nicht systematisch untersucht wurden, stellten sich die Therapeuten aus den diversen Richtungen ihre eigene, eklektizistische Auswahl zusammen, die sie für besonders wirksam hielten: *„Man verleibe sich alles ein, was andere psychotherapeutische Methoden zu effektiven macht, bereite es vorher aber so auf, dass die Verdauung keinen Schaden nimmt.“* (Eckert, 1990, S. 274).

Die zweite große provokante These wurde durch die Berner Psychotherapieforscher-Gruppe um Klaus Grawe veröffentlicht (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Mit ihr wurde behauptet, dass die Verhaltenstherapie mit ihren zahlreichen Varianten allen anderen Psychotherapierichtungen, insbesondere der psychoanalytischen Therapie, haushoch überlegen sei. Während

es 19 Jahre dauerte, bis Therapieforscher Eysencks Behauptungen überprüft und widerlegt hatten (Bergin, 1971; McNeilly & Howard, 1991), reagierten sie im Falle der zweiten Provokation durch Grawes Studie wesentlich schneller. Es dauerte nur drei Jahre, bis die in dieser Studie veröffentlichten Behauptungen in vielen Fällen entkräftet werden konnten (s. Tschuschke, 1997). Zum einen lässt sich die zentrale Behauptung – kognitive Verhaltenstherapie sei in *jedem Fall* den anderen Therapieschulen haushoch überlegen – aus Grawes Studie *nicht ableiten* (Csontos, 2000; Tschuschke, 1997; Tschuschke, Heckrath & Tress, 1997). In einer Fülle von Einzeluntersuchungen (experimentelle und statistische Studien, Fallstudien u. a.) wurde seitdem die Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren überprüft. Meta-Analysen dienen dazu, die Ergebnisse vieler Einzeluntersuchungen zusammenzufassen und zu strukturieren. Bei einer Vielzahl von psychischen Störungen, so die Ergebnisse vieler großer Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie, steht die Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Psychoanalytischen Kurzzeitpsychotherapie inzwischen außer Frage. Eingeschränkt gilt dies auch für die psychodynamisch/ psychoanalytischen und humanistischen/ gesprächspsychotherapeutischen Verfahren.

Schwierigkeiten bei Wirksamkeitsstudien zur Psychotherapie, vor allem in der vergleichenden Therapieforschung, entstehen in erster Linie aus der Tatsache, dass die unterschiedlichen therapeutischen Schulen teils sehr unterschiedliche Kriterien für Therapieerfolg postulieren und sehr unterschiedliche therapeutische Wirkmechanismen vermuten. Insofern werden auch die Ergebnisse der genannten Metaanalysen teils leidenschaftlich diskutiert.

Historisch lässt sich die Psychotherapieforschung nach Shapiro (1990) in drei zeitliche Phasen gliedern. Diese sind nicht nur als geschichtlicher Ablauf zu verstehen, sondern auch als Phasen des Erkenntnisgewinns. Somit gehen die Ergebnisse der ersten beiden Phasen in die dritte mit ein: (1) *Legitimationsphase* (Ergebnisforschung; 1930–1970: „Wirkt die Psychotherapie überhaupt?“), (2) *Konkurrenzphase* (Zusammenhang zwischen Prozess- und Ergebnisvariablen; 1960–1980; „Gibt es Unterschiede zwischen den Therapierichtungen?“) und (3) die *Phase der Prozessforschung* (Mikroanalyse des Prozesses/ Klinische Forschung; ab 1980; „Was wirkt eigentlich in der Psychotherapie?“).

1.1 Phase I – ‚Legitimationsphase’

Als Eysenck aus den Forschungsergebnissen von Landis (1937) und Denker (1947) den Schluss zog, dass Psychotherapie nicht über die Wirksamkeit spontaner Remission hinaus käme, war das der Anstoß zur Outcome-Forschung. Sie beschäftigt sich mit den Ergebnissen von Psychotherapie, ihrer Wirksamkeit, ihrer Effektivität in der klinischen Praxis und der Definition und Messung von Therapieerfolg (Hiller, 2004, S. 397). Als Reaktion auf Eysencks provokante Behauptung konnte in der ‚Legitimationsphase’ durch eine Vielzahl von For-

schungen die Wirksamkeit von Psychotherapie nachgewiesen und diese damit als probate Behandlungsmethode bei psychischen Problemen legitimiert werden. Allerdings sorgten die Forschungsergebnisse auch für eine weniger erfreuliche Überraschung – das *Äquivalenzparadox*. Obwohl alle untersuchten Psychotherapieformen wirkten, unterschieden sie sich überraschenderweise nicht in der Wirkung voneinander (Luborsky, Luborsky & Singer, 1975; Grawe, 1994; Äquivalenzparadox, Elliot & Shapiro, 1993). *„Alle haben gewonnen und alle haben einen Preis verdient* (Vogel-Dodo-Verdikt; ‚Alice aus dem Wunderland' [Carroll, 1946])." *„Für alle einen Preis und einen Dämpfer"* (Dieter Zimmer, Artikel in der ZEIT, 1988). Das Paradoxe liegt in der Tatsache, dass verschiedene Therapieschulen mit völlig unterschiedlichen, teilweise diametral entgegengesetzten, therapeutischen Vorgehensweisen (psychodynamisch, lerntheoretisch, psychoanalytisch, humanistisch etc.) und unterschiedlichen Welt- und Menschenbildern gleich gute Therapieergebnisse erzielen. Daraus folgt, dass die spezifischen Methoden allein die Ergebnisvarianz nicht vollständig erklären können. Die Aufgabe der nächsten Phase in der Psychotherapieforschung sollte es deshalb sein, den unbekannten unspezifischen Wirkfaktor zu finden.

1.1.1 Studien zu Phase I

1.1.1.1 Katamnestische Untersuchung von Dührssen (1962)

Dührssen & Jorswiek (1962) konnten mit ihrer Studie an 1004 Patienten der AOK Berlin den Nachweis erbringen, dass die analytisch-psychotherapeutisch behandelten Patienten signifikant weniger Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte benötigten (nach der 5-Jahres-Katamnnese) und sogar weniger als der Durchschnitt der Kassenpatienten. In Anbetracht der hohen Krankenhaustagegeldsätze und der häufigen Arztbesuche neurotischer und psychosomatischer Patienten erschien den Kassen die Kostenübernahme für Psychotherapie als eine ökonomisch sinnvolle Maßnahme. Die Ergebnisse dieser Studie haben deshalb wesentlich dazu beigetragen, dass die Krankenkassen die Kosten für analytisch-psychotherapeutische Behandlung übernehmen.

1.1.1.2 Menninger-Studie

The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation war eine Studie, die hohe empirisch-wissenschaftliche Standards erfüllte. Sie wurde von 1952–1954 durchgeführt und sollte die Wirkungsweise und den Erfolg psychoanalytischer Therapien untersuchen. Dafür wurden 42 Versuchspersonen gemäß klinischen Kriterien entweder einer klassischen Psychoanalyse oder einer supportiven Psychotherapie zugeteilt. Die Patienten wurden zu vier Zeitpunkten untersucht und dabei detaillierte Fallgeschichten und Beschreibungen des weiteren Lebenslaufs erstellt: (1) Aufnahme, (2) Entlassung, (3) Katamnese I (nach 2 Jahren) und (4) Katamnese II (nach 30 Jahren). Als Hauptergebnis wurde festgehalten: Unterstützende thera-

peutische Elemente waren in unterschiedlichem Ausmaß in jeder Therapie, selbst in den Psychoanalysen, enthalten. Die erreichten Therapieerfolge ließen sich weit mehr als erwartet darauf zurückführen.

1.1.1.3 Studie von Smith, Glass & Miller (1980)

Sie kommen nach Sichtung von 375 Erfolgsstudien zur Psychotherapie zu dem Ergebnis, dass 75% der Psychotherapiepatienten im Vergleich zur Kontrollgruppe durchschnittlich besser abschneiden. Landman und Dawes (1982) können diese positive Einschätzung in einer Nachanalyse aus den damals vorliegenden Wirksamkeitsstudien bestätigen.

1.2 Phase II – ‚Konkurrenzphase'

Die zentralen Fragen dieser Forschungsphase sind: Worin unterscheiden sich die diversen Therapieformen? Gibt es einen methodenunspezifischen Wirkfaktor, der das *Äquivalenzparadox* erklären könnte? Dafür war es notwenig zu klären, welche Zusammenhänge es zwischen den Prozessmerkmalen und den Ergebnisvariablen gibt bzw. welche Prozessvariablen und welche Prozessgestaltung mit einem positiven Therapieergebnis korreliert sind.

Um herauszufinden, was außer der angewandten Therapiemethode noch innerhalb einer Therapie wirken könnte, war eine Forschung notwendig, die die Wirkungen verschiedener Therapiemethoden vergleicht. Diese notwendige Vergleichsforschung hat bedauerlicherweise zu einem konkurrierenden Forschungsklima unter den Wissenschaftlern geführt, die einer Art ‚Pferderennen-Mentalität' glich – Wer wird als erster durchs Ziel gehen? Die Auswirkungen dieses ‚Pferderennens' wurden auf die Spitze getrieben, als Grawe (1994) als Ergebnis seiner 13jährigen Forschungsarbeit die *ausnahmslose Überlegenheit* der kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber allen anderen Therapieformen verkündete. Da diese Forschung im Zusammenhang mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) stand, wurde diese Debatte in einer in diesem Bereich bisher unbekannten Heftigkeit und Härte geführt. Ging es doch darum, wer in Zukunft einen Platz im Leistungskatalog der Gesundheitsversorger haben würde. In den Medien wurde aufgrund Grawes Aussage der ‚haushohen' Überlegenheit von Verhaltenstherapie gegenüber allen anderen Therapieformen ein regelrechter Rufmord, insbesondere gegen die psychoanalytisch orientierten Therapierichtungen, betrieben. In der Presse war zum Beispiel zu lesen: *„Schluß mit den alten Psychotheorien."* (Focus 43/1995); *„Vorsicht Psychotherapie – das Geschäft mit der Seele."* (Stern, 27/1995); *„Das Dasein wird seziert."* (Spiegel, 30/1994); *„Schluß mit dem Psycho-Warenhaus."* (Sonntagszeitung, 28. August 1994) (zit. n. Fäh, 1998, S. 20). Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die Ergebnisse der Forschergruppe um Klaus Grawe sehr schnell reevaluiert wurden, und auch hier (wie schon bei Eysenck) stellte sich heraus, dass viele Behauptungen aus methodischer Sicht nicht haltbar waren. Insbesondere der Anspruch der *ausnahmslosen Überlegenheit*

der Verhaltenstherapie konnte nicht aufrechterhalten werden. Somit wurde auch das *Äquivalenzparadox* nicht allgemein widerlegt. Unbestritten ist inzwischen jedoch, dass kognitive Verhaltenstherapie bei einigen spezifischen Störungsbildern wirksamer ist als andere Therapieverfahren (z.B. Angststörungen). Als wichtige Errungenschaft dieser Forschungsphase erwies sich die Einführung von Therapiemanualen. Denn es zeigte sich in einigen Forschungen, dass die von den Therapeuten durchgeführten Therapien nicht immer mit der von ihnen ausgewiesenen Therapierichtung übereinstimmten. Mit Therapiemanualen soll deshalb die Gefahr der Inkonsequenz im laufenden Therapieverfahren gemindert werden. Luborsky (1984, 1988) sowie Strupp und Binder (1984, 1991) konnten belegen, dass auch in der dynamischen Psychotherapie Manuale machbar sind. Weiterhin wurde in dieser variablenorientierten Forschungsphase II immer deutlicher, dass die festgelegten Forschungsbedingungen (randomisierte Zuweisungen der Patienten zu den Kontroll- und Behandlungsgruppen, vorher festgelegte Anzahl der Sitzungen, weitestgehende Annäherung an die Bedingungen des Blindversuches etc.) nicht der klinischen Wirklichkeit entsprachen. Dieses Manko sollte in der nächsten Phase durch die *n=1-Forschung*, die Forschung am klinisch relevanten konkreten Einzelfall, gelöst werden.

1.2.1 Studien zu Phase II - Therapievergleichsstudien

1.2.1.1 Metaanalyse von Wittmann und Matt (1986)[6]

Wittmann und Matt (1986) untersuchten die Effektivität von psychoanalytisch-, klientenzentriert-, verhaltenstherapeutisch orientierter Psychotherapie und Entspannung/ Suggestion. Darüber hinaus wollten sie herausfinden, ob es einen Zusammenhang zwischen der Operationalisierung des Erfolges und den Effektstärken gibt. Sie prüften ebenfalls, ob Qualität und Effektstärke zusammenhängen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse:

6 Wittmann & Matt (1986), in Regli, 2001, *Ergebnisstand Psychotherapieforschung – Metaanalyse*, S. 2.

Tab. 1: Kreuzklassifikation verschiedener Psychotherapieverfahren mit verschiedenen Messinstrumenten[7].

	Psycho-analytisch	Klientzentriert	Verhaltens-therapeutisch	Entspannung/ Suggestion	**ESTI***
Intelligenz- und Leistungstest	.65	.15 (12)	.44 (6)	.14	.25
Persönlich-keitsinventare	.15	.19 (42)	.20 (19)	.40	.20
Standardisierte Angstmessverfahren	.30	.27 (7)	.50 (40)	.36	.44
Globale Befindlich-keitsskalen	.45	.40 (25)	.74 (32)	.41	.55
Fremdrating	.37	.27 (7)	.38 (17)	--	.35
Verhaltens-beobachtung	--	.55 (2)	.45 (22)	.98	.53
Objektive Daten	--	--	.37 (3)	--	.22
Psychophys. Verfahren	--	--	.21 (8)	--	.21
ES (N)	.32	.25	.50	.37	

* Effektstärke (ESTI) der einzelnen Messverfahren, gemittelt über die verschiedenen Psychotherapieverfahren. ES ist die Effektstärke über die verschiedenen Psychotherapieverfahren. In Klammer ist angegeben, wie viele Studien es jeweils gab, bei welchen der Therapieerfolg mit dem betreffenden Messverfahren erfasst wurde.

Die verhaltenstherapeutischen Verfahren schnitten mit einer Effektstärke von ES=.50 am besten ab, gefolgt von Entspannungs- und Suggestionsverfahren (ES=.37), psychoanalytischen Verfahren (ES=.32) und klientenzentrierten Verfahren (.25).

Die scheinbare Überlegenheit der Verhaltenstherapie lässt sich auf zwei Ursachen zurückführen:

(1) Mehr als die Hälfte der in die Metaanalyse eingehenden Studien war verhaltenstherapeutisch orientiert (N=45; psychoanalytisch N=7, Entspannungs- und Suggestionsverfahren N=10, klientenzentrierte Verfahren N=22).

7 Entnommen aus Regli, 2001, *Ergebnisstand Psychotherapieforschung – Metaanalyse*.

(2) Die zur Erfolgsmessung eingesetzten Instrumente waren vom ‚Effektstärkenlevel' der Messmittel nicht vergleichbar. Um diese Unterschiede aufzuzeigen, wurde zusätzlich zur Berechung der Effektstärke für die Therapieformen (ES: Varianzquelle für die Effektstärke ist das Therapieverfahren) die Effektstärke über die einzelnen Messverfahren gemittelt (ESTI = Varianzquelle für die Effektstärke ist das Messverfahren). Dabei zeigte sich, dass die in den verhaltenstherapeutisch orientierten Studien eingesetzten Instrumente grundsätzlich höhere Effektstärken erbringen (globale Befindlichkeitsskalen [ESTI=.55], Verhaltensbeobachtung [ESTI=.53] und standardisierte Angstmessverfahren [ESTI=.44]), als die bei den anderen Therapieformen verwendeten Instrumente (Intelligenz- und Leistungstests [ESTI=.25] oder Persönlichkeitsinventare [ESTI=.20]). Die Überrepräsentation von verhaltenstherapeutischen Studien und die aus therapietheoretischen Überlegungen heraus überrepräsentierte Verwendung von nicht adäquaten Instrumenten zur Messung des Therapieerfolges (bei den anderen Therapieverfahren) dürfte in dieser Metaanalyse zur Übervorteilung der Verhaltenstherapie geführt haben. Wittmann und Matt kommen deshalb zu dem Fazit, das die Art, wie der Erfolg von psychotherapeutischen Verfahren jeweils gemessen wird, einen großen Einfluss auf die Höhe der resultierenden Effektstärke haben kann, was bei der Interpretation der Effektstärken berücksichtigt werden sollte. In Bezug auf die Qualität der Studien und die Höhe der Effektstärken zeigte sich, dass die einzelnen Validitätsbereiche signifikante Varianzanteile zur Höhe der Effektstärke beitragen (externe Validität mit dem Behandlungseffekt = 22.3% gemeinsame Varianz; Konstruktvalidität = 19.6% gemeinsame Varianz). Es lohnt sich in jedem Fall, qualitativ gute Studien durchzuführen, weil die Qualität der Studien deutlich mit der Höhe der Effektstärke korreliert.

1.2.1.2 Berner Therapievergleichsstudie[8]

Viele hoch aufwendige und hoch differenzierte Therapiestudien haben keine Unterschiede in der Wirkung der miteinander verglichenen Therapieformen gefunden. Darum sollte mit der Berner Therapievergleichsstudie schwerpunktmäßig geprüft werden, ob sich mit einer besseren Auswertungsmethodik, die die Therapieeffekte breit und differenziert genug misst, nicht doch Unterschiede zwischen den Therapieformen zeigen lassen. Dazu wurden vier verschiedene Therapiebedingungen (Interaktionelle Einzel- und Gruppentherapie [IVT], Breitspektrumsverhaltenstherapie [BVT] und Gesprächspsychotherapie [GT]) und der Einfluss von

8 Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990), in Regli, 2001.

Mess- und Auswertungsmethodik (vier Auswertebereiche: Wirkungsspektrum, Veränderungsverlauf, Zusammenhangsmuster, Ausgangsmerkmale des Patienten) auf die inhaltlichen Ergebnisse untersucht. Die 63 Patienten (23 Männer und 40 Frauen, Durchschnittsalter 31) mit neurotischen, Persönlichkeits- und Anpassungsstörungen wurden nach dem Zufallsprinzip auf die 4 Therapiebedingungen verteilt und von 33 Therapeuten (19 Männer, 14 Frauen) behandelt. Als häufigste Probleme nannten sie: Minderwertigkeitsgefühle/ mangelndes Selbstvertrauen (43), Kontaktschwierigkeiten/ Isolation/ Einsamkeit (32), Probleme im Umgang mit Aggressionen und Konflikten (27), Partnerprobleme (22), Schwierigkeiten im Wahrnehmen, Äußern und Realisieren von Konflikten (19), Depressionen (19) und Ängste/ Phobien (18). Die Autoren fanden heraus, dass mit varianzanalytischen Mittelwertsvergleichen keine wichtigen Ergebnisse gefunden werden konnten. Es können jedoch viele klinisch interessante Unterschiede in der nachfolgenden Tabelle aufgezeigt werden, wenn man die Muster der vier Auswertebereiche anschaut:

Tab. 2: Berner Therapievergleichstudie – Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse[9]

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

	Wirkungsspektrum	Veränderungsverlauf	Zusammenhangsmuster	Ausgangsmerkmale
IVG	• am breitesten • Streuung hoch	• sehr rasche Wirkung • keine Spätwirkungen	• Zusammenhang stärker als bei Einzeltherapien • wichtig: Reduktion sozialer Ängste • Besserung in einem Bereich -> Besserung in anderen Bereichen	• geringer Zusammenhang • eher stärkere Störungen
IVT	• besondere Zufriedenheit • Streuung sehr gering • Hauptprobleme stark verändert • Befindlichkeit ++ • Fremdeinschätzungen +	• wirkt erst nach 20. S. -> ev. werden in der ersten Hälfte die Grundlagen geschaffen	• zentral: individuelle Hauptprobleme	• für alle Patienten geeignet
BVT	• Effektmasse ungefähr wie bei IVT • Fremdeinschätzungen nicht +	• nach Therapieende deutliche Verschlechterung bei ursprünglich gutem Erfolg	• Veränderungen in individuellen Hauptproblemen völlig unabhängig von anderen Bereichen	• leichte Störung • sich abhängig machen • sich leiten lassen
GT	• geringer als bei BVT • Kontrollüberzeugung stark verändert	• Krise während Therapie • positive Späteffekte auf Selbstbild	• Veränderungen unabhängig voneinender	• gutes soziales Verhaltensrepertoire • gute Beziehungsfähigkeit • auch bei schwer gestörten Patienten

Die Autoren interpretieren die Ergebnisse der Studie als Zeichen dafür, dass Flexibilität im Beziehungsverhalten und im technischen Vorgehen zu den wichtigsten Qualitäten eines erfolgreichen Therapeuten gehören. In diesen beiden Punkten waren anscheinend die interaktionellen Therapeuten (IVT) denen der BVT (Breitbandverhaltenstherapie) und der GT (Gesprächspsychotherapie) überlegen.

Um zu prüfen, ob sich die Therapieformen in ihrem tatsächlichen Vorgehen unterscheiden (Phase-III-Forschung) wurden folgende fünf Instrumente eingesetzt: (1) Die Heuristik-Rating-Skalen zur Beurteilung der Unterschiede im Therapieprozess, (2) die Interaktionsskalen zur Beurteilung des Interaktionsverhaltens, (3) Beurteilung des Interaktionsverhaltens mit der *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB), (3) Therapeuten-Protokollbogen, (4) Thera-

9 aus Regli (2001) entnommen.

peuten-Stundenbogen und (5) Patienten-Stundenbogen. Mit allen sechs prozessanalytischen Verfahren konnten signifikante, konsistente Unterschiede zwischen den drei Therapiebedingungen aufgezeigt werden, wobei die IVT am besten abschnitt. Die IVT-Therapeuten waren in ihrem technischen Vorgehen flexibler und vielfältiger und in ihrem Beziehungsverhalten aktiver bemüht, den Veränderungsprozess des Patienten zu fördern, was diese ausnahmslos positiv bewerteten. Trotz vieler Unterschiede bei den anderen Therapiebedingungen unterschieden sie sich untereinander kaum.

1.2.1.3 NIMH-Depressions-Studie[10]

Für die Untersuchung von vier verschiedenen Verfahren zur Behandlung von Depression ([1] Kognitive Verhaltenstherapie nach Beck, [2] Interpersonale Psychotherapie nach Klerman und Weissman, [3] Pharmakobedingung (Imipramin) + Clinical-Management, [4] Placebobedingung + Clinical Management) wurde durch das NIMH (*National Institute of Mental Health*) und weitere Förderer ein zu damaliger Zeit für eine Psychotherapiestudie ungewöhnlich hoher Betrag von 6 Millionen Dollar zur Verfügung gestellt. Die Planungsphase der Studie dauerte 3 Jahre (1977–1980), gefolgt von der Pilotphase (1980–1982), Durchführungsphase (1982–1984) und dem Follow-up (1984–1986). Die Studie wurde von drei Universitäten betreut (George Washington University, University of Pittsburg (Pennsylvania), University of Oklahoma) und die Therapien wurden im ambulanten Setting mit 16-20 Sitzungen pro Therapie (16 Wochen) á 50 Minuten durchgeführt. Die 239 Versuchpersonen waren im Alter von 21–60 Jahren, überwiegend weiblich (70%), weiss (89%), verheiratet (40%) und mit College-Abschluss (40%). Die in den entsprechenden Therapieverfahren trainierten 28 Therapeuten (10 Psychologen, 18 Psychiater) hatten eine durchschnittliche klinische Erfahrung von 11.4 Jahren, waren zwischen 30 u. 60 Jahren alt und überwiegend männlich (71%). Der Therapieverlauf und -erfolg wurde durch eine Vielzahl von Messungen geprüft (vor der Behandlung und nach 4, 8, 12 und 16 Wochen, Follow-up-Erhebungen nach 6, 12 und 18 Monaten). Als Messmittel wurden folgende Instrumente eingesetzt: Becks Depressionsinventar (BDI), Hamilton-Bewertungsskala für Depression (HRSD), die allgemeine Symptomatik (HSCL-90), das allgemeine Funktionsniveau und die soziale Anpassung (*Global Assessment Scale*, *Social Adjustment Scale*). Weiterhin wurden therapiespezifische Maße (z.B. dysfunktionale Kognitionen, soziale Anpassung), Persönlichkeitsmaße und Instrumente zur Erfassung

---

10 Elkin, I. (1994), in Regli (2001).

der Persönlichkeit, des Sozialen Netzwerkes und der ‚Live Events' unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven (Patient, Therapeut, nahe Bezugsperson, unabhängiger klinischer Rater) eingesetzt. Die Ergebnisse waren ernüchternd: Alle vier Therapieverfahren bewirkten signifikante Verbesserungen der Symptomatik, jedoch konnte weder ein Unterschied zwischen den Psychotherapieverfahren, noch zwischen den Psychotherapieverfahren und der Referenzbedingung *Imipramin* gefunden werden. Nur die *Interpersonelle Psychotherapie* wirkte signifikant besser als die *Placebobedingung*. Die starke Wirksamkeit der Placebo-Kontrollbedingung, insbesondere bei leicht gestörten Patienten, vermuten die Autoren in der minimalen klinischen Beratung (Clinical Management), die die Placebogruppe erhielt. Die *Kognitiv-Behaviorale-Psychotherapie* schnitt zwar tendenziell etwas schlechter als die anderen beiden Behandlungen ab, erwies sich aber bei den follow-up Untersuchungen als leicht überlegen. Insbesondere für schwerer gestörte Patienten stellen allerdings die hohen Rückfallraten die kurzen Behandlungszeiten in Frage. Da allen Behandlungen common factors zugrunde lagen (clinical management bei der Placebobehandlung und der Pharmakotherapie; z.B. Therapeut-Patient-Beziehung bei den Psychotherapien) könnte das die fehlenden methodenspezifischen Effekte erklären. Andererseits könnte auch ein positiver Rückkoppelungsprozess durch methodenspezifische Effekte in der Anfangsphase der Therapie in Gang gebracht worden sein, die sich dann aber auf die anderen Bereiche des Erlebens und Verhaltens ausweiteten oder generalisierten und dann so bei allen Therapien in allen Bereichen zu Besserungen führte. Aber auch methodische Mängel könnten für die schwachen Ergebnisse dieser Studie verantwortlich sein.

1.2.1.4 Depressionsstudie von Hautzinger und de Jong-Meyer[11]

Die zwei Depressionsstudien (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1996) gelten als Replikationsstudien der NIMH-Studie von Elkin (1989). Die Autoren der Studie wollten sich nicht nur auf die Outcome-Forschung (Therapiewirksamkeit) beschränken, sondern auch Prozessforschung leisten (Stabilität bzw. Veränderungen während der Therapie und der Katamnese auf mehreren Messebenen). In der ersten Studie wurden endogene, in der zweiten nicht-endogene Depressive im Alter von 20 bis 60 Jahren behandelt. Die Therapeuten wurden nach strengen Kriterien ausgewählt, trainiert und supervidiert. Es wurden vier Behandlungsbedingungen durchgeführt: (1) Psychiatrische Pharmakotherapie (Amitriptylin + clinical management), (2)

11 Hautzinger & de Jong-Meyer (1996), in Regli (2001).

Kognitive Verhaltenstherapie nach Beck (1979) und nach (3) Lewinsohn (1974) und (4) Kombinationstherapie (1, 2, 3, ohne clinical management). Neben einer Vielzahl unterschiedlicher Variablen auf der emotionalen, kognitiven, motorischen und sozialen Ebene wurden als Haupterfolgskriterien die *Hamilton Depressionsskala* (Baumann, 1976; Hamilton, 1960, Fremdbeurteilungsmaß) und das *Beck Depressionsinventar* (Beck & Steer, 1987; Hautzinger et al., 1993, Selbstbeurteilungsmaß) vorgelegt. Zu Behandlungsende konnten für alle Therapieverfahren hochsignifikante Veränderungen festgestellt werden, aber keine Unterschiede zwischen den Verfahren. Der additive Effekt der Kombinationstherapie war begrenzt und auch die Schwere der Depression hatte keinen Einfluss auf das Ergebnis. Die ambulante kognitive Verhaltenstherapie war jedoch bei schweren Depressionen beider Diagnosegruppen den anderen Therapiebedingungen überlegen. Während nicht-endogen Depressive schon bessere Resultate nach Therapieende erreichten, verbesserten endogen-depressive sich häufig im Katamnesezeitraum.

1.2.1.5 Bochumer Angststudie[12]

In dieser Studie wurde geprüft, ob die individuelle Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse phobischer Patienten ein Wirkfaktor für Therapieerfolg ist bzw. zumindest die therapeutische Effektivität erhöht. Dafür wurden 120 Patienten auf drei Gruppen zu je 40 Personen aufgeteilt: (1) Versuchsgruppe mit individuell zugeschnittenen beliebigen verhaltenstherapeutischen und kognitiven Verfahren (Höchstdauer von 36 Sitzungen), (2) Kontrollgruppe mit Standardtherapie ohne Passung (festgelegten Dauer von 22 Sitzungen; 18 bei nur einer Angst und 3 Ausblendsitzungen), (3) Gekettete Kontrollgruppe mit Standardtherapie ohne Passung auf Basis eines Therapieprogramms, das bereits in der Versuchsgruppe individuell geplant und durchgeführt wurde (dadurch können Effektivitätsunterschiede lediglich auf fehlende Passung zurückgeführt werden). Die Behandlung wurde von 27 Therapeuten (Diplompsychologen mit verhaltenstherapeutischer Grundausbildung im Alter von 27–39 Jahren) durchgeführt. Zur Messung der Therapieeffekte diente ein Angstfragebogen (6 Messzeitpunkte) und eine Zielerreichungsskala. Am Ende der Therapie wurde vom Patienten und vom Therapeuten ein globales Symptom- oder Erfolgsrating durchgeführt. Überraschenderweise schnitt die Behandlungsgruppe mit standardisierter Behandlung nach Manual ohne Passung am besten ab, insbesondere mit schnelleren Erfolgen. Wie der direkte Vergleich der beiden Kontrollgruppen

---

12 Schulte, Künzel, Pepping & Schulte-Bahrenberg (1991), in Regli (2001).

zeigte (kein Unterschied), scheint die Passung keine Relevanz für die Therapiebehandlung zu haben. Zuviel Passung und Flexibilität erwies sich insbesondere in der Anfangsphase (auch bei erfahrenen Therapeuten) als ungünstig. Auch wenn unter Umständen die angewendete Behandlungsmethode (Reizkonfrontation) die Passung überdeckt haben könnte, so verweisen diverse andere Studien in eine ähnliche Richtung (Jacobson, 1992, Paartherapie; Nelson-Gray et al., 1989, verhaltenstherapeutische Behandlung depressiver Patienten).

1.3 Phase III – ‚Prozessforschung'

Die (variablenorientierte) Ergebnis-/ Prozessforschung der Phase II konnte mit ihren Versuchsplänen die Wirkungsannahmen der traditionellen Therapieschulen nicht bestätigen. Fragen wie – *Welche Therapie, durch wen angewandt, bewirkt bei welchem Klienten unter welchen Bedingungen welche Effekte (differentielle Wirkungsweise)? Wie wirkt Psychotherapie wirklich? Was bewirkte die Veränderung?* – blieben unbeantwortet. Sie konnte zum Beispiel nicht klären, welche Wechselwirkung zwischen der Direktivität des Therapeuten und der Kontrollerwartung des Patienten besteht. Diese Lücke soll nun die (fallorientierte) Prozessforschung der Phase III, als Forschung unter realen klinischen Bedingungen, schließen. Aus der Berner Therapievergleichstudie konnte zum Beispiel abgeleitet werden, dass submissive Patienten von einer direktiven Vorgehensweise des Therapeuten mehr profitieren. Weiterhin zeigte sich die Therapiebeziehung als bedeutsamer Faktor mit dem sich der Therapieerfolg voraussagen lässt (Garfield, 1971; Zimmer, 1983; Gomes-Schwartz, 1978; Malan, 1980; Strupp, 1980 a-d; Buckley et al., 1984; Leuzinger-Bohleber, 1985; Beutler et al., 1994; Garfield, 1994; Gaston et al., 1994; Henry et al., 1994; Orlinsky et al., 1994). Schon nach dem diagnostischen Erstgespräch ließ sich in der Berliner Psychotherapiestudie (Rudolf, 1991) durch die Beurteilung der anfänglichen therapeutischen Arbeitsbeziehung der Behandlungserfolg vorhersagen. Weiterhin zeigte sich, dass die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Therapeuten an die speziellen Vorraussetzungen des Patienten einen besonderen Einfluss hat. Beispiele für Forschungsprogramme im Rahmen der Phase III-Prozessforschung sind z.B. das San Francisco Center for the Study of Neuroses (Program on conscious and unconscious mental processes). Hier stehen inhaltliche Fragen zu Psychotherapieprozessen im Vordergrund, z.B. wie kommt es unter Anwendung bestimmter Interventionen zu Veränderungen im Patienten. In der ‚Psychotherapeutischen Einzelfall-Prozessforschung' (Grawe und Kächele) stehen forschungsmethodische Fragen im Vordergrund. Mithilfe unterschiedlicher Methoden der Prozessanalyse werden zwei Therapieformen auf ihren möglichen Erkenntniswert, die Praktikabilität, ihre Möglichkeiten und ihre Beschränkungen verglichen.

Im Zusammenhang mit der Frage wie Psychotherapie wirklich wirkt, sind zwei Modelle zur Erklärung der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie von besonderem Interesse: Das

Generic Model of Psychotherapy von Orlinsky (1994) und das *Wirkfaktorenmodell von Grawe* (1994).

1.3.1 Generic Model of Psychotherapy

Orlinsky et al. (1994) entwickelten auf der Basis von Prozess-Ergebnis-Studien ein konzeptionelles Rahmenmodell, das *Allgemeine Modell der Psychotherapie* (*Generic Model of Psychotherapy*). In diesem Modell wird, durch die Interpretation von über 1100 bedeutsamen Zusammenhängen zwischen Variablen des Therapieprozesses und des Outcomes, ein therapeutischer Prozess als Form eines Musters mehrerer miteinander in Beziehung stehenden Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis verstanden. Insbesondere der Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenvariablen wurde große Beachtung geschenkt. Es werden drei große Gruppen unterschieden: (1) *Inputvariablen* (alle Ausgangsmerkmale der Therapie), (2) *Prozessvariablen* (*formale* [z.B. therapeutischer Vertrag], *technische*[z.B. therapeutische Maßnahmen], *intra-* [z.B. innere Selbstbezogenheit] und *interpersonale* [z.B. therapeutische Beziehung], *klinische* [z.B. unmittelbare Auswirkungen der Therapiebeziehung] und *zeitliche* Aspekte [z.B. Interaktionsabfolgen] der Therapie). (3) *Outputvariablen* (kurz- und langfristige Konsequenzen der Behandlung). Den *Prozessvariablen* kommt aus der Sicht der Wirkfaktorenforschung besondere Bedeutung zu. Aus ihnen lässt sich ableiten, dass für den Erfolg einer Therapie die Eignung des Patienten für die Therapieform, Persönliches Engagement, Kooperation vs. Widerstand, Offenheit vs. Abwehr und positive Gefühle in der therapeutischen Beziehung von besonderer Bedeutung sind. Deshalb spielt die gegenseitige Verpflichtung, Achtung, Respekt, Sympathie, empathische Resonanz, gegenseitige Bestätigung und Offenheit eine entscheidende Rolle für die Ergebnisvarianz.

1.3.2 Das Wirkfaktorenmodell von Grawe

Das ausdifferenzierte Wirkfaktorenmodell von Grawe (1994) gilt als eines der bedeutendsten Rahmenmodelle von Wirkprozessen innerhalb einer Psychotherapie. Er identifizierte vier allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren: (1) *Aktive Hilfe zur Problembewältigung* (Schwerpunkt der Verhaltenstherapie), (2) *Klärungsarbeit* (Schwerpunkt der humanistischen und psychodynamischen Schulen), (3) *Problemaktualisierung* (Schwerpunkt der Gestalttherapie, beziehungsorientierter Psychotherapie und verschiedener anderer Schulen) und (4) *Ressourcenaktivierung* (Pos. Kontroll- und pos. Selbstwerterfahrungen; Schwerpunkt der systemischen Familientherapie und Hypnotherapie). Darüber hinaus kam der Therapiebeziehung (s.a. Figge & Schwab , 1997, S. 165; Luborsky et al., 1985; Marziali et al., 1981, 1984 [helping alliance]), den pos. Bindungserfahrungen und der Wahrnehmung allgemeiner Therapiefortschritte besondere Bedeutung zu (Regli, 2000; Mestel, 2006, S. 33). Diese Wirkfaktoren überführte Grawe 1999 in fünf Wirkdimensionen: (1) *Ressourcen- vs. Problemperspekti-*

ve, (2) *Intrapersonale- vs. Interpersonale Perspektive*, (3) *Prozessuale vs. inhaltliche Thematisierung*, (4) *Motivationale vs. Potentiale Perspektive* und (5) *Zustands- vs. Veränderungsperspektive* (s. Belschner, 2002, S. 172). Die bisherigen Ergebnisse des *Psychologischen Instituts der Universität Bern* bestätigen diesen Prozessvariablen eine hohe Reliabilität, Validität, Sensitivität für prozessrelevante Veränderungen und eine … prädiktive Qualität im Zusammenhang mit dem Therapieergebnis (Mestel, 2006, S. 34). Wobei in der grundlegenden Philosophie des Berner Prozessforschungsansatzes davon ausgegangen wird, dass die Ergebnis-, Prozess- und Outcomevariablen sequentiell miteinander verbunden sind. Positive oder negative Erfahrungen in der Therapiesitzung schlagen sich im Stundenoutcome nieder. Am Ende der Therapie führen schließlich viele Stundenoutcomes zum abschließenden Therapieergebnis (Grawe, 2004, S. 386, Abbildung *Grundlegende Philosophie des Berner Forschungsansatzes*). Dennoch gibt es auch Studien, die auf einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen diesen Variablen – Therapieverlauf und -ergebnis – hinweisen (vgl. Orlinsky et al., 1994, 2003). Frühe Therapieerfolge können sich z.B. positiv auf die Therapiebeziehung auswirken, was dann wiederum den Therapieverlauf fördert. Dies deutet darauf hin, dass Therapieerfolge auf sehr unterschiedlichem Wege zustande kommen können. Deshalb erscheint in der Praxis eine Trennung von Prozess- und Outcomevariablen, also Prozessanalysen ohne Ergebnisrelevanz, nicht sinnvoll.

1.3.3 Weitere Erklärungsmodelle

Während die vier Prozessvariablen der *Allgemeinen Psychotherapie* der Berner Forschergruppe aus der Analyse der Wirkprozesse verschiedener Therapieansätze hervorgingen, führt Frank (1961, 1971, 1973, 1982, 1984) in seinem *Common Component Model* die Veränderungen durch Psychotherapie und ähnliche Therapieformen auf vier Wirkfaktoren zurück, denen im Wesentlichen ein übergeordnetes Wirkprinzip zugrunde liegt: Die *Veränderung von Erwartungen*. Allen Therapieformen ist dieses psychotherapeutische Wirkprinzip zur positiven Veränderung des Therapieverlaufes/ -ergebnisses gemeinsam und sie nutzen dieses Potential zum Beispiel, indem sie den *demoralisierten* Patienten Hoffnung auf Besserung induzieren. Die vier Wirkfaktoren im Einzelnen sind: (1) Eine als Therapiebeziehung definierte Beziehung zwischen einem Hilfeempfänger und einem sozial sanktionierten Hilfegeber mit einer speziellen Ausbildung, die ihn für diese Tätigkeit qualifiziert und in den Augen des Patienten kompetent erscheinen lässt. (2) Ein formalisiertes Behandlungsangebot in einem gewissen institutionellen Rahmen wie einer Klinik, einer Beratungsstelle, Ambulanz, Praxis usw. Das Setting selbst trägt nach Frank schon zur Erwartung bei, kompetente Hilfe zu bekommen. (3) Ein bestimmtes Behandlungsrationale, das den Patienten eine bestimmte Auffassung von ihrem Zustand vermittelt, aus der sich wiederum ein bestimmtes Behandlungsvor-

gehen ableitet. (4) Die Durchführung eines mit dem Behandlungsrationale konsistenten Behandlungsrituals oder Behandlungsvorgehens (Frank, zit. n. Grawe, 2000, S. 21). Goldfried (1980) ergänzt dieses Modell um bewusstseinspsychologische Komponenten: … die Förderung eines ganzheitlichen Gewahrwerdens und Gewahrseins … das Erproben neuer Wege des Denkens, Fühlens und Handelns … die Förderung neuer Erlebnisse und Erfahrungen (zit. n. Belschner, 2002, S. 170).

1.3.4 Praxisrelevantes Set von Prozessvariablen nach Sulz

Allgemein gilt, dass die Eingangmerkmale des Patienten weniger Relevanz für Therapieverlauf/ -ergebnis besitzen, als die im Verlauf der Behandlung erhobenen prozessbezogenen Merkmale (s. Paar, 1997, Strauß et al., 1995). Kanfer et al. (1996) tragen dem Rechnung, indem sie vier wichtigen Veränderungsprozessen innerhalb der Therapie zentrale Bedeutung schenken: (1) geändertes Verhalten, (2) geänderte Wahrnehmungen/ Einstellungen, (3) geänderte Umwelt und (4) das Tolerieren der Unveränderbarkeit der eigenen Person oder der Umwelt (s. Hiller et al., 2004, S. 119). Sulz (2001) bezieht in sein Modell für veränderungsrelevante Prozesse die aktuellen Psychotherapieforschungsergebnisse von Grawe et al. (1995, Grawe, 1999), Kanfer et al. (1996) und Sulz (2001) mit ein und stellt in seinem Artikel zur Qualitätssicherung zwanzig prozess- und praxisrelevante Variablen vor, die den Therapieverlauf entscheidend beeinflussen. Dort unterscheidet er fünf Gruppen von Prozessvariablen:

(1) Variablen der Klärungs- und Motivierungsphase [1-10],
(2) der Änderungsphase [11-20],
(3) des Aufbaus [11-13],
(4) der Stabilisierung [14-17] und
(5) des Abschlusses der Therapie [18-20].

Die nachfolgende Tabelle benennt diese 20 Prozessvariablen als Schritte des Therapieprozesses, die überwiegend empirisch belegt sind oder aus klinischer Erfahrung extrahiert wurden:

Tab. 3: Praxisrelevante Einflussvariablen des Therapieprozesses und -outcomes

1	Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg) (Grawe, 2000).
2	Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen (Schulte, 1996; Kohlenberg et al., 2000).
3	Aufbau von Therapiemotivation (Kanfer, 1996).
4	Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition) (Greenberg, 2000).
5	Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen (Beck et al., 1981; Ellis, 1972)
6	Herstellen von Akzeptanz (Jacobson & Christensen, 1996; Hayes et al., 2003; Linehan, 1996a, b).
7	Ressourcenmobilisierung (Grawe, 1998; z.B. kognitiv bei Beck et al., 1981; interpersonal bei Klerman et al., 1984).
8	Herstellen einer Änderungsentscheidung.
9	Fördern von Loslassen des Alten, Trauer (Sulz, 1994, 2002).
10	Bewältigung der Angst vor Veränderung und vor Neuem (Sulz, 1994, 2002).
11	Veränderung des Verhaltens und Erlebens (Grawe, 1998).
12	Erfahrung von Selbsteffizienz (Bandura, 1977).
13	Umgang mit Niederlagen.
14	Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens (Kanfer, 2000).
15	Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens (Kanfer, 2000; Sulz, 2002).
16	Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens (Kanfer, 2002).
17	Bahnung weiterer Selbstentwicklung (Kegan, 1986).
18	Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie (Sulz, 1994, 2002).
19	Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate).
20	Vorbereiten auf die Zukunft.

Die obigen Prozessvariablen sind in der Reihenfolge angeordnet, wie sie in der Regel zur Geltung kommen. Die Eigenschaft dieser Variablen ist es, dass sie oft implizit zur Geltung kommen und nicht direkter Gegenstand der therapeutischen Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten sind. Dennoch sollte der Therapeut ein Bewusstsein für die hinter diesen Variablen stehenden Prozesse entwickeln und diese benennen können.

Neben diesen Prozessvariablen gibt es nach Sulz (2001, S. 51) darüber hinaus folgende vier ungünstige Ereignisse, die den Verlauf der Therapie negativ beeinflussen können:

(1) Neue belastende Ereignisse im Leben des Patienten (z. B. Tod des Partners, Verlust des Arbeitsplatzes etc.),

(2) unerwünschte Ereignisse in der Therapie (Patient kommt nur unregelmäßig in die Therapie oder bricht die Therapie ab etc.),

(3) zwischenzeitliche Erkrankungen (Suizidversuche, schwere Rückfälle in die alte Symptomatik etc.),
(4) ungünstige Ereignisse nach der Therapie (Trauma, sehr belastendes life event etc.).

1.4 Interaktionistische Modelle

In interaktionistischen Modellen finden sich drei Variablen, die das Therapiegeschehen bestimmen: (A) Patient, (B) Therapeut und (C) die Beziehung zwischen beiden (Interaktion). Nachfolgend soll nach dem Stand der derzeitigen Forschung genauer beschrieben werden, welche Merkmale (traits) und Verhaltensweisen (states) der Patienten und Therapeuten eine Bedeutung für eine erfolgreiche Psychotherapie haben.

1.4.1 Patient (A)[13]

Patienten bringen eine Vielzahl von Merkmalen (Ressourcen) in die Therapie mit ein, die die Ergebnisvarianz beträchtlich beeinflussen. Eine erfolgreiche Therapie steigt und fällt mit der Fähigkeit des Patienten, die *Interpretationen* des Therapeuten zu verstehen und seinen *Instruktionen* zu folgen. Weiterhin spielt das *Profil der Patienten* eine Rolle – kommen sie freiwillig in die Therapie, oder werden sie z.B. als Auflage eines Strafverfahrens geschickt – verweigern sie die Therapie oder erweisen sie sich als besonders therapiegeeignet. Patienten, die eine Therapie freiwillig aufsuchen, sind häufig *demoralisiert* und leiden unter mehr Hilflosigkeit, sozialer Isolation, dem Gefühl zu versagen und Wertlosigkeit, als Patienten die keine Therapie aufsuchen. Dabei zeigte sich, dass die *klinischen Symptome* der Patienten allein keine ausreichende Motivationsgrundlage bilden, eine Psychotherapie zu machen. Bezüglich des *sozialen Status* stehen die Variablen Bildung, Beschäftigung, Alter, Rasse und Diagnose im engen Zusammenhang mit der Art der erhaltenen Behandlung. Patienten mit weniger als 12 Jahren Ausbildung, geringerer Beschäftigungsrate, über 39jährige und ‚Schwarze' erhalten überproportional häufig Gruppentherapie, stationäre und Medikamentenbehandlung. Ein nicht unerheblicher Teil lehnt Psychotherapie aufgrund *unzureichender Motivation*, *Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit* (Widerwillen, anzuerkennen, dass man Hilfe braucht, um persönliche Schwierigkeiten zu lösen) und *diversen Ängsten* ab (Therapieängste – z.B. das herausgefunden würde, man wäre verrückt oder hätte Angst vor Stigmatisierung und/ oder signifikanten Veränderungen der Lebenssituation).

---

13 Aus Garfield, S. L. (1994), in Regli (2001).

1.4.1.1 Patientenvariablen und Therapieerfolg

Der Therapieerfolg des Patienten hängt nicht ausschließlich vom therapeutischen Verfahren ab. Garfield (1986) konnte fünf Einflussfaktoren für den Therapieerfolg herausarbeiten: (1) therapeutisches Verfahren, (2) Patientenmerkmale, (3) Therapeutenmerkmale, (4) die Interaktion zwischen dem Therapeuten und dem Patienten sowie (5) Ereignisse außerhalb der Therapie. In Studien fanden sich für die Verhaltenstherapie 70 Patientenmerkmale, die im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg standen. Diese ließen sich grob in sechs Kategorien einteilen: (1) Demographische Merkmale, (2) Merkmale im Zusammenhang mit der Diagnose, (3) zusätzliche Störungen, (4) soziale Angepasstheit, (5) Persönlichkeitsmerkmale und (6) Lebensereignisse. Die Ergebnisse der Forschung zu diesen Patientenmerkmalen weisen darauf hin, dass das Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus, Sozialverhalten und Bildungsstand einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben können. Jüngere, weibliche, länger verheiratete, sozial aktive und höher gebildete Patienten haben eine bessere Prognose.

1.4.1.2 Patientenvariablen und Therapieabbrüche

Ein Problem bei der Erforschung von Therapieabbrüchen ist hauptsächlich die Definition dieses Begriffes. Garfield und Kurz (1952) definierten einen Therapieabbruch wie folgt: „*A dropout from psychotherapy is one who has been accepted for psychotherapy, who actually has at least one session of therapy, and who discontinues treatment on his or her own initiative by failing to come for any future arranged visits with the therapist* (Garfield, 1994, p.195).“ Ein Therapieabbrecher ist somit ein Patient, der für eine Psychotherapie zugelassen wurde, wenigstens an einer Therapiestunde teilnahm und die Therapie ohne Zustimmung des Therapeuten beendet. Während Garfield in seiner Studie von 1952 noch erhebliche Therapieabbruchraten verzeichnete (Median = Abbruch nach dem 6. Interviews, ≈ zwei Drittel = Abbruch nach weniger als 10 Therapiesitzungen, nur 9% erreichten 25 oder mehr Interviews), zeigen neuere Forschungen, dass die Abbruchrate bei *zeitlich unlimitierten* Therapien höher ist als bei Kurzzeittherapien (Sledge et al., 1990)[13]. Die meisten Therapien werden zwischen der vierten und zehnten Therapiesitzung abgebrochen (Phillips, 1985)[13]. Auch die demographischen Variablen haben einen Einfluss auf Therapieabbrüche.

1.4.1.3 Interaktionseffekte zwischen Patientenvariablen und Therapieabbrüchen

Während *Alter*, *Geschlecht*, *Bildung*, *Psychiatrische Diagnose* und *Rasse* der Patienten einen sehr geringen bzw. keinen Einfluss auf Therapieabbrüche haben, ist dieser bei der *sozialen Klasse* umso größer – Je tiefer die soziale Schicht, desto mehr frühzeitige Abbrüche. Dieser Nachteil für tiefere Schichten scheint ein *Interaktionseffekt* zwischen den *Attributen* und *Erwartungen* des ‚lower-class’-Klienten und der Haltung des ‚middle-class’-Therapeuten zu sein (Brill & Storrow, 1960)[14]. Die ‚lower-class’-Klienten erhofften sich mehr Symptomer-

leichterungen, verstanden oft den Therapieprozess nicht und hatten wenig Lust zur Psychotherapie, während die ‚middle-class'-Therapeuten gegenüber diesen Patienten wenig positive Gefühle entwickelten und diese als für die Psychotherapie ungeeignet ansahen. Die Folge ist ein *Selektionsprozess*, der die gebildeteren, intelligenteren und gesünderen Klienten bevorzugt und die tieferen sozialen Schichten, die dringend psychotherapeutische Hilfe brauchen, ausschließt. Dieses Problem sollte durch *vortherapeutisches Training* gelöst werden. Variiert auch das Ergebnis bezüglich dieser Variable von Studie zu Studie, so werden jedoch recht häufig signifikant positive Verbesserungen durch vortherapeutisches Training berichtet. *Enttäuschte Patientenerwartungen* bezüglich der tatsächlichen Therapiebehandlung spielen eine erhebliche Rolle in Bezug auf Therapieabbrüche oder -erfolge. Diese *Inkongruenz* wird deutlich, wenn man sich einige Ergebnisse der Studie von Garfield und Wolpin (1963)[14] vor Augen führt: über 30% glaubten, die Therapie würde nur 30 Minuten dauern, 73% erwarteten Verbesserungen bis zur dritten Sitzung und 70% glaubten, dass die Therapie insgesamt nur bis zur 10. Sitzung dauern würde. Obwohl viele Therapeuten (insbesondere psychodynamisch orientierte) eine Langzeittherapie bevorzugen, wünschen nur die wenigsten Patienten sich eine solche (z.B. Garfield, 1989)[14].

1.4.1.4 Patientenvariablen und Therapieergebnis

Es gibt Hinweise für einen Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und *sozioökonomischem Status* und *Symptombelastung* bei kurzen psychoanalytisch orientieren Psychotherapien. Patienten mit höherem Einkommen und geringen pathologischen Symptomen erzielten bessere Ergebnisse, als solche mit niederem Einkommen. Dieser Unterschied konnte bei der verhaltenstherapeutisch orientieren Vergleichsgruppe nicht gefunden werden (Sloane, 1975). Das *Alter* des Patienten hat keinen Einfluss auf den Outcome. In Bezug auf das *Geschlecht* konnten nur bei Vergewaltigungsopfern Hinweise gefunden werden. Bei weiblichen Opfern haben sich Therapeutinnen mehr bewährt (z.B. Dye & Roth, 1990)[14]. Ein höherer *Grad der Störung* erbringt schlechtere Therapieergebnisse. Kognitiv-behaviorale Therapien sind erfolgreicher bei weniger *kognitiven Dysfunktionen*, interpersonelle Therapien bei weniger *sozialen Dysfunktionen* (Stotsky et al., 1991)[14]. *Ängstlichkeit* der Patienten in Bezug auf die momentane Situation wirkt sich positiv auf die Verbesserung der Symptome Ängstlichkeit und Depression aus (Frank, 1974). Es gibt einen *Minimallevel an Intelligenz*, der für eine erfolgreiche Therapie erforderlich ist. Dieser ist in der Psychoanalyse höher als in der Verhaltenstherapie. Die Rolle der *Motivation* in Bezug auf den Therapieerfolg ist innerhalb der Forschung noch nicht eindeutig geklärt. Obwohl sie eine wichtige Variable ist, scheint es keinen Unterschied zu machen, ob die Patienten selbst für die Therapie aufkommen müssen oder die Krankenkasse diese bezahlt. *Anfängliche Besserungserwartungen* des Patienten (Behandlungserfolgser-

wartung zu Therapiebeginn) hat nur einen geringen Einfluss auf den therapeutischen Prozess und das Therapieergebnis (Thurer & Hursh, 1981)[14]. Sie hilft jedoch, den Patienten am Anfang in die Therapie zu involvieren. Die *Besserungserwartung*, die der Patient *während des Behandlungsprozesses* entwickelt, hat jedoch einen wichtigen Einfluss auf den Therapieerfolg (Perotti & Hopewell, 1980)[14]. *Neuronale Prozesse*, z.B. abnorme Schlafprofile bei depressiven Patienten (Thase et al., 1997) oder höherer Blutfluss im orbitofrontalen Kortex bei Patienten mit Zwangsstörungen (Brody et al., 1998), können auch als Prädiktoren für den Therapieerfolg herangezogen werden.

1.4.1.5 Interaktionseffekte zwischen Patientenvariablen und Therapieergebnis

External kontrollierte depressive Patienten sind erfolgreicher in einer direktiven Therapie (z.B. Patienten in der kognitiven Verhaltenstherapie), während depressive Patienten mit einem *internalen Kontrollmodus* mehr von einer nondirektiven Therapie wie z.B. der ‚supportive self-directed therapy' profitieren (Abramowitz et al., 1974; Meinster, 1980)[14]. Die Ergebnisse zur *Attraktivität* des Patienten und dem Therapieergebnis sind widersprüchlich, weil *Attraktivität* mit vielen anderen Variablen konfundiert ist (Intelligenz, Bildung, Einstellungen gegenüber der Therapie). Es könnte sein, dass Patienten die in der Therapie Fortschritte machen, von ihren Therapeuten eher als vorteilhaft angesehen und mehr verstärkt werden. Dies gilt auch für die *Klienten-Therapeuten-Ähnlichkeit*. Im Zusammenhang mit der bereits wichtigen Prozessvariable Therapiebeziehung sprechen die Ergebnisse mehrerer Studien dafür, dass die *Beteiligung des Klienten* (*patient involvement*) und *Offenheit* (*patient self-relatedness*, Orlinsky & Howard, 1986) in einem engen Zusammenhang mit dem Therapieresultat stehen (z.B. Kolb et al., 1985). Insbesondere eine *frühe Veränderungserfahrung* in der Therapie, die wiederum zu einer besseren Beteiligung in der Therapie führt, scheint ein Indikator für den Therapieerfolg zu sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Vorsicht bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs der Patientenvariablen mit dem Therapieerfolg angesagt ist, da die Forschungsergebnisse zum Teil widersprüchlich bzw. schwer vergleichbar sind. Klar ist jedoch, dass es nicht besonders erfolgreich ist, Vorhersagen für den Therapieerfolg nur aufgrund von Patientenvariablen zu machen, sondern auf jeden Fall der frühe Therapieprozess – die Interaktion zwischen Patient und Therapeut – mit berücksichtigt werden muss. Die frühe

---

14 vgl. Regli, 2001.

Wahrnehmung der Reaktionen des Patienten ist von großer Wichtigkeit für die Dauer und den Erfolg der Therapie.

1.4.2 Therapeutenvariablen (B)[15]

Werden in der Psychotherapieforschung sehr viele Patientenvariablen als therapeutisch relevante Einflussfaktoren erfasst und definiert, so erschöpfen sich die Therapeutenvariablen sehr oft nur in der Unterscheidung nach Geschlecht, Erfahrung und Ausbildungsrichtung/-status des Therapeuten (s. Margraf, 2000, S. 53). Dass die Therapeutenvariablen, insbesondere die Kompetenz der Therapeuten, auf den Therapieprozess als auch auf die Outcome-Varianz einen entscheidenden Einfluss haben, ist gut belegt (Beutler et al., 2003; Caspar, 1997). Bedauerlicherweise konnte die Psychotherapieforschung noch keine Antworten darauf geben, welche Eigenschaften ein idealer Therapeut haben müsste. Inwiefern spielen hier seine Wesenzüge eine Rolle und in welchem Umfang sind Kompetenzen erlernbar, die zu erfolgreichen Therapieprozessen und Ergebnissen führen? Inwieweit kann Training und Selbsterfahrung die ‚Therapeutenvariable' verbessern?

Statistische Analysen unterstützen die Annahme, dass der Therapieerfolg in einem engeren Zusammenhang zu den Therapeutenvariablen steht, als zur Therapiemethode (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Luborsky et al., 1986)[14]. Weiterhin wird der erhebliche Einfluss der ‚Therapeutenvariable' dadurch deutlich, dass einige Therapeuten konsequent positive Effekte erzielen, während andere konsistent negative Effekte erwirken.

Die Therapeutenvariablen lassen sich auf zwei Dimensionen abbilden: *objektiv – subjektiv* und *trait – state*. Während objektive Eigenschaften direkt von außen durch externe Beurteiler beobachtbar sind, müssen die subjektiven indirekt durch Selbsteinschätzungen der Therapeuten erschlossen werden. Weiterhin kann zwischen Merkmalen, die über mehrere Situationen hinweg stabil sind, unterschieden werden (*traits*, Wesenszüge) und therapiespezifischen Merkmalen (*states*). Während die *traits* ziemlich stabil sind und nicht kurzfristig verändert werden können, ist es möglich, die *states* durch Training systematisch zu verbessern und damit den Therapieerfolg zu erhöhen.

---

15 Beutler, L. E., Machado, P. P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994), in Regli (2001).

Tab. 4: Klassifizierung der Therapeutenmerkmale

		Objektive Charakteristika			
Cross-Situationale Traits	1	Alter Geschlecht Ethnie	Beruflicher Hintergrund Therapeutischer Stil	3	Therapie-spezifische States
	2	Persönlichkeit Coping-Muster Emotionales Wohlbefinden Einstellungen	Therapeutische Beziehung Sozialer Einfluss Erwartungen Therapeutische Orientierung	4	
		Subjektive Charakteristik			

1 Objektive, Cross-Situationale Traits: Bezüglich des *Alters* der Therapeuten lässt sich kein Zusammenhang zum Therapieergebnis bzw. Therapieabbrüchen finden (Beck, 1988; Greenspan & Kulish, 1985)[14]. Während Atkinson und Schein (1986)[14] keinen Zusammenhang zwischen *Altersähnlichkeit* und Therapieerfolg fanden, konnte Beck (1988) zeigen, dass die schlechtesten Therapieergebnisse in seiner Studie von Therapeuten erreicht wurden, die 10 Jahre jünger als ihre Klienten waren. Der von Billingley (1977)[14] oder Kaplan (1985) behauptete *hemmende Effekt* von männlichen Therapeuten auf weibliche Klienten (*Geschlechtsinkongruenz*) fand in den meisten Studien keine Unterstützung (Atkinson & Schein, 1986)[14]. Auch für die These der *Geschlechtskongruenz* für erfolgreichere Therapien gibt es keine unterstützenden Hinweise. In Bezug auf die *Ethnie* zeigen naturalistische Studien, dass es häufiger Therapieabbrüche von Minderheiten gab, wenn der Therapeut ‚weiss' war (Atkinson & Schein, 1986)[14].

2 Subjektive, Cross-Situationale Traits: Einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben die Therapeutenvariablen *Offenheit* und *Flexibilität* (Weinstock-Savoy, 1986)[14], *Kontrollüberzeugungen* (bei übereinstimmender Kontrollwahrnehmung zwischen Therapeut und Patient am Ende der Therapie), ein *ähnlicher Denkstil* (leichtere Aufrechthaltung der Therapie und leichtere Beschleunigung anfänglicher Verbesserungen), *emotionale Gesundheit* (Lambert & Bergin, 1983)[14], *Selbstsicherheit* (Williams & Chambless, 1990)[14], *Anwendung von Manualen* (durch Vermindung des Distress bei Therapeuten), *Religiosität des Therapeuten* (bei religiösen Patienten), *Ähnliche Einstellungen* zwischen Therapeut und Patient bezüglich Weisheit, Ehrlichkeit und intellektueller Ausrichtung (Arizmendi, Beutler, Shanfield, Crago & Hagaman, 1985)[14]. Einen negativen Einfluss auf das Therapieergebnis

haben *Dominanz* und *Dogmatismus* (Henry, Schacht & Strupp, 1990)[14]. Die Rolle der persönlichen Therapie bei Therapeuten (*Selbsterfahrung*) bleibt in den Forschungen uneindeutig.
Eckert (1990) weist darauf hin, dass die *Identität des Therapeuten* ein heimlicher Metawirkfaktor für erfolgreiche Therapieprozesse und -ergebnisse ist (s.a. Erickson, 1999). Mit *Identität* meint Eckert hier die Theorie des Therapeuten hinsichtlich seiner Therapieform bzw. seine Erklärungsmodelle zur Entstehung, Behebung und Wirksamkeit der von ihm durchgeführten Therapie, mit der er sich *identifiziert* und aus der heraus er ein Beziehungsangebot an seinen Patienten macht. Der Therapieerfolg hängt davon ab, in wieweit der Patient die Theorie des Therapeuten übernehmen bzw. sich darin wiederfinden kann. Eckert bezeichnet dieses Prozessmerkmal als *Ansprechbarkeit des Patienten auf das therapeutische Beziehungsangebot* (Eckert, 1990, S. 283). Darunter wird verstanden, dass der Patient sich vom Beziehungsangebot des Therapeuten emotional angesprochen fühlen und als Reaktion darauf eine emotionale und/ oder kognitive Veränderung bei sich registrieren muss (Eckert et al., 1977; Eckert et al., 1979 a+b; Eckert & Biermann-Ratjen, 1985, S. 91 und S. 117 ff.). Auch die Verwendung spezifischer Methoden, wie z.B. der systematischen Desensibilisierung, hängen damit zusammen, wie gut der Patient auf diese Methoden anspricht (z.B. Plausibilität der Methode). Es ist zu bedenken, dass sich nicht jeder Patient gleich gut auf jedes therapeutische Beziehungsangebot einlassen kann. Unterschiedliche Therapeutenidentitäten führen zu unterschiedlichen therapeutischen Beziehungsangeboten mit qualitativ unterschiedlichen Therapieeffekten (Grawe, 1976; Plog, 1976; Eckert, 1990, S. 282). Die Konsequenz daraus ist die Berücksichtigung der geeigneten *Passung zwischen Patient und Therapeut* als wichtiger Einflussfaktor für erfolgreiche Therapien.

3 Subjektive, therapiespezifische States: Interessanterweise kommt es schon innerhalb der ersten Therapiesitzungen zu Verbesserungen, obwohl noch nicht viel Therapie geleistet wurde. Nicht … selten erleben wir, dass bereits ab dem ersten Kontakt mit dem Therapeuten die Beschwerden deutlich nachlassen, obwohl noch keine Therapie erfolgt (Sulz, 2001, S. 52; Grawe, 2000, S. 19). Grawe erklärt dies zum einen mit der Induktion einer Besserungserwartung, die zu einer positiven Rückkopplungsschleife führt (Grawe, 2000, S. 19; Howard, et al., 1989, … deutliche Verbesserungen in der Therapie schon in der allerersten Stunde …): Durch die Induktion einer Besserungserwartung fühlt sich der Patient besser, kann sich leichter öffnen und macht im Laufe der Therapie weitere selbstwertverstärkende Erfahrungen. Der Therapeut wiederum nimmt die positiven Veränderungen des Patienten wahr bzw. wird evtl. durch positive Äußerungen des Patienten über die Therapie direkt verstärkt und ist im Gegenzug im weiteren Verlauf der Therapie engagierter und motivierter,

usw. Zum anderen führt Grawe die schnellen Verbesserungen in den ersten Therapiestunden auf die positive Therapiebeziehung zurück: „… *nach meiner Erfahrung zu so schnellen Besserungen nur dann kommt, wenn ich mit dem Patienten eine gute, vertrauensvolle Therapiebeziehung herstellen konnte, soweit man davon nach wenigen Therapiesitzungen schon reden kann.“* (Grawe, 2000, Psychologische Psychotherapie, S. 17). Inzwischen ist der schulenübergreifend positive Einfluss der *Therapeut-Patient-Beziehung* auf das Therapieergebnis unumstritten ((Tryon & Winnograd, 2001; Margraf & Brengelmann, 1992; Zimmer, 1988). Schon bei Rogers galt diese *besondere Haltung* des Therapeuten als notwendige und hinreichende Bedingung für eine erfolgreiche Therapie. Sie zeichnete sich durch *Nichtdirektivität*, *Empathie*, *Echtheit*, *Kongruenz Wärme* und *Wertschätzung* des Therapeuten aus. Durch eine einfühlende nicht wertende *Reflexion von Gefühlen* soll der Selbstreflexionsprozess des Patienten gefördert werden, mit dem Ziel … *die Inkongruenz zwischen Ist- und Sollwert durch eine Anpassung des Selbst aufzuheben* (Grawe, 2000). Carl Rogers formulierte es so: *„Eine Atmosphäre des Akzeptierens, des Respekts und des tiefen Verstehens ist ein gutes Klima für persönliches Wachsen, und deshalb ist sie für unsere Kinder, für unsere Kollegen und Studenten ebenso geeignet wie für unsere Klienten.“* (Gordon, Patientenkonferenz, 1999). Weiterführende Forschungen zur Therapiebeziehung in den 80ger Jahren konnten zeigen, dass die Beziehungsqualität über die Zeit stabil bleibt und somit ein guter Prädiktor für den Therapieerfolg ist (Horvath & Symmonds, 1991). Diese Qualitäten betreffen allerdings nicht nur den Therapeuten, sondern auch den Patienten (Gruman, 1977)[14]. In der gegenwärtigen Literatur finden sich Hinweise darauf, dass die therapeutische Beziehung nicht ausschließlich eine Therapeuten-Qualität ist, sondern ein Set von Prozessen, die sowohl vom Therapeuten, als auch vom Patienten abhängen. Zwischen *Erfahrenheit*, *Attraktivität* und *Vertrauenswürdigkeit* des Therapeuten konnten mäßige bis starke Zusammenhänge bezüglich der Zufriedenheit mit der Therapie gefunden werden (Heppner & Heesacker, 1983; McNeil, May, & Lee, 1987; Zamosttny, Corrigan & Eggert, 1981)[14]. Faller (1999) fand, dass Indikationsentscheidungen stark vom patientenseitigen emotionalen Erleben des Therapeuten beeinflusst sind, was als Beleg für einen engen Zusammenhang zwischen Therapiebeziehung in inhaltlicher Gestaltung im Therapieverlauf spricht. Es gibt weiterhin Forschungen von Prochaska und Norcross (2002), die mit ihrem Stufen-Modell der Motivationsentwicklung für therapeutische Veränderungen nach Prochaska und DiClemente zeigen, dass sich ein Wechsel des Beziehungsstils während der Therapie vorteilhaft auf den Verlauf auswirkt. In der frühen Phase der Therapie scheint ein nichtdirektiver Stil vorteilhafter zu sein, während z.B. die verhaltenstherapeutischen Interventionen in der Aktionsphase mehr von einem direktiven Stil profitieren. Auch im dualen Modell nach Schulte (1998; Schulte & Eifert, 2002) wird eine tragfähige Therapie-

beziehung für eine Durchführung der Therapie vorausgesetzt. Insbesondere bei interaktionell schwierigen Patienten gestaltet sich der Aufbau einer Therapiebeziehung äußerst schwierig (Caspar, Unmüssig & Schramm, 2004). Jammert ein Patient zu oft in der Therapie, könnte tröstende Zuwendung (evtl. sogar intermittierend) das Problem verstärken. Stehen hinter dem Jammern bewusste oder nichtbewusste Ziele, könnte ein Nichtbeachten des Patienten (als *Löschung* des Verhaltens gedacht) zu vermehrter Anstrengung des Patienten führen (*Mehr-Desselben-Prinzip*). Gerade in solchen Situationen schlagen Grawe (1998) und Caspar (1996) die komplementäre Beziehungsgestaltung vor. In diesem Modell wird ein Eingehen des Therapeuten auf die wichtigsten individuellen Motive eines Patienten vorgeschlagen. Ziel dieser Vorgehensweise ist es, die Patientenziele möglichst weit zu sättigen. Mit der komplementären Beziehungsgestaltung wird ganz im Sinne des dualen Modells von Schulte die Arbeitsfähigkeit des Patienten gefördert und erhalten. Sie ist … *in einzelnen schwierigen Therapien der Schlüssel, um überhaupt inhaltlich therapeutisch arbeiten zu können* (Caspar, 2007, in Kosfelder, 2007, S. 275). Die vielen Forschungen im Zusammenhang mit der Therapeut-Patient-Beziehung zeigen, dass die besten Therapieergebnisse von Patienten erreicht werden, die ihren Therapeuten als gute Bindungsperson wahrnehmen können, also als *einfühlsam-empathisch*, *verständnisvoll*, *akzeptierend*, *an ihrem Wohlergehen interessiert*, *vertrauenswürdig*, *zuverlässig*, *warm*, *unterstützend* und als *kompetent* (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Bohart, Elliot, Greenberg & Watson, 2003; Horvath & Bedi, 2003; Lambert & Barley, 2003). Erfolgreiche Therapien hängen somit unabhängig von der Therapieform und angewandten Technik von den positiven Erfahrungen des Patienten hinsichtlich seines Bindungsbedürfnisses ab. Grawe geht diesbezüglich von einem direkten kausalen Einfluss auf Therapieverlauf und -outcome aus (Grawe, 2004, S. 404; Kosfelder, S. 299, unten). Das … *kann man deswegen sagen, weil sich nach vielen empirischen Befunden schon sehr früh im Verlauf einer Therapie entscheidet, wie der Therapeut vom Patienten wahrgenommen wird, und diese Wahrnehmungen den späteren Therapieerfolg hochsignifikant voraussagen* (Grawe, 2004, S. 404). Im strengen Sinn lässt sich jedoch die Annahme, dass eine gute Psychotherapiebeziehung für ein gutes Therapieergebnis unabdingbar sei, nicht ausnahmslos aufrechterhalten (Caspar, 2003a). Denn es können gute Therapieergebnisse ohne eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut zustande kommen und vice versa (Alexander, 1976, zit. n. Zimmer, 1983, S. 8). Caspar geht davon aus, dass der nachgewiesene Zusammenhang zwischen Beziehung und Outcome recht konstant ist, jedoch vom Ausmaß her oftmals überschätzt wird – aber eindeutig zu bedeutsam ist, um vernachlässigt zu werden (Caspar, 2005, S. 267). Denn Vernachlässigung könnte bedeuten, dass die Therapeuten unter Umständen aus einem persönlich motivierten Vermeidungsverhalten heraus handeln. Wird die Therapiebeziehung vom Therapeuten

überbetont, z.B. durch zuviel Zuwendung, könnte dass ein Hinweis darauf sein, dass der Einsatz von anderen Quellen für den Therapieerfolg zu wenig beherrscht wird (Caspar, 2005, S. 268). Ein Teil der Outcome-Varianz wird nach Caspar (2005, S. 278) durch die richtige Art der Beziehungsgestaltung und die tatsächlich erfüllten *Erwartungen des Therapeuten* erwirkt (Martin & Sterne, 1975; Martin, Moore & Sterne[14], 1977; Martin, Sterne & Hunter, 1976)[14]. Die *therapeutische Philosophie/ Orientierung* hatte jedoch kaum einen Einfluss auf das Therapieergebnis (Luborsky et al., 1985). Kanfer (1996, S. 12ff.) berichtet Belege für seinen Selbstmanagementansatz, der für Therapeuten folgende sechs *strategische Grundhaltungen* vorschlägt, die viel mit einer *therapeutischen Philosophie/ Orientierung* gemeinsam haben (Anm. Verf.): denke (1) … *verhaltensorientiert* (think behavior), (2) … *lösungsorientiert* (think solution), (3) … *positiv* (think positive), (4) … *in kleinen Schritten* (think small stepps), (5) … *flexibel* (think flexible) und (6) … *zukunftorientiert* (think future) (s. Kanfer, 2000, S. 365).

Belschner (1999, 2005, 2007) weist mit seinem Wirkfaktorenmodell darauf hin, dass bei den aktuellen Wirkfaktorenforschungen eine Dimension völlig vergessen wird – das Bewusstsein. In seinem bewusstseinspsychologischen Wirkfaktorenmodell geht er davon aus, dass positive Therapieeffekte bzw. Gesundheit ganz allgemein davon abhängen, inwieweit sowohl der Therapeut also auch der Patient dazu in der Lage sind, zwischen drei verschiedenen Bewusstseinhaltungen – (1) *algorithmischer Präsenz*, (2) *empathischer Präsenz* und (3) *nondualer Präsenz* – frei zu *modulieren*. In (1) wird das Handeln von Regeln geleitet, die Autorität verlangen. In dieser Bewusstseinshaltung glaubt der Therapeut an eine Professionalität, die durch die Planbarkeit seines therapeutischen Handelns bestimmt wird. In (2) will der Therapeut für die Bedürfnisse des Klienten frei werden. Obwohl in dieser Haltung eine große soziale Nähe entstehen kann, wird noch eine deutliche Trennung von Ich und Du, von Subjekt und Objekt wahrgenommen. In der nondualen Bewusstseinhaltung (3) sieht sich der Therapeut als Werkzeug. Der therapeutische Effekt wird nicht durch den Therapeuten bewirkt, sondern durch eine Bewusstseinshaltung des *Loslassens*, die Raum lässt für den Kontakt mit einer umfassenderen Ordnung, die … *nicht identisch mit den Normen und Selbstverständlichkeiten der Kultur* (ist), *in die der Patient und der Psychotherapeut eingebettet sind. Es ist vielmehr eine Ordnung, die jenseits der relativen Standards einer bestimmten Kultur liegt* (i.e. ‚transpersonsal'; Belschner, 2002, S. 189-190). Eine Vielzahl von Forschungsarbeiten

deutet darauf hin, dass insbesondere zwei zentrale Kompetenzen des psychotherapeutischen, medizinischen, pädagogischen, beraterischen und heilenden Handelns für Gesundungs- und Heilungsprozesse von ausschlaggebender Bedeutung sind: Die Fähigkeit zwischen diesen drei Dimensionen[16] (1) *unterscheiden* und (2) *navigieren* zu können (Belschner, 2007b, S. 1–2).
In den Kontext der Bewusstseinforschung gehört auch ein weiterer Wirkfaktor, der immer mehr ins Blickfeld der Forschungen rückt – Achtsamkeit. Diese wird im therapeutischen Kontext definiert als …*Bewusstsein und Aufmerksamkeit gegenüber der Fülle gegenwärtiger Erfahrung* (Bohus, 2006, S. 229). Viele Menschen sind mit Ihren Gedanken überall, nur nicht in der Gegenwart. Sie erschweren sich mit dem ständigen Analysieren der Vergangenheit und den dauernden Vorwegnehmen von möglichen Zukunftsschwierigkeiten den Genuss des Augenblicks. Durch Konzentration auf das *Hier und Jetzt* kann das *gedankliche Rauschen* gestoppt werden und es lassen sich in der dann eintretenden *Stille* die Schönheiten und Möglichkeiten des Augenblicks wahrnehmen. Die *Praxis der Achtsamkeit* zielt – ähnlich wie Meditationstechniken – darauf ab, dass durch Übung das Bewusstsein auf das *Hier und Jetzt* gelenkt wird, damit der umherirrende Geist beruhigt wird. Dadurch kann sich der Übende des jeweiligen Augenblicks gewahr werden und lernen, in unmittelbarem Kontakt mit den alltäglichen Geschehnissen und den Herausforderungen des Lebens zu sein. Tiefe *Versenkung* und die Konzentration auf sich selbst können zu einem Erleben von Harmonie und Wohlbefinden führen (s.a. Mück, 2005). Die Integration von achtsamkeitsbasierten Komponenten bezeichnet Hayes (2006) als ‚dritte Epoche in der Evolution der Verhaltenstherapie'. In der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) spielt Achtsamkeit als Wirkfaktor bereits eine große Rolle. Es wurde vielfach beobachtet, dass durch die achtsamkeitsbasierte Psychotherapie die Lebensqualität chronisch somatisch Erkrankter verbessert und die Rückfallquote bei Depressionen (rezidivierend) signifikant reduziert werden kann. Offensichtlich enthält achtsamkeitsbasierte Psychotherapie wirksame Elemente, die über die reinen störungsspezifischen Wirkfaktoren hinausgehen. Dass es sich bei Achtsamkeit nicht nur um eine Theorie handelt, sondern auch um eine Übungspraxis, zeigen die Trainingsmethoden zur Achtsamkeit (*Mindfulness-Based-Stress-Reduction* (MBSR, Jon Kabat-Zinn, 1992); *Transzendenztraining* (Belschner, 2007a); etc.). Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Forschungsarbeiten, die dem Achtsamkeitstraining einen therapierelevanten Einfluss bescheinigen (Kabat-Zinn et al., 1992; Belschner, Büsing,

16 *algorithmische-*, *empathische-* und *nonduale Präsenz.*

Piron & Wienand-Kranz, 2007; Heidenreich & Michalak, 2006; Linehan, 1993; Huppertz, 2006; Bohus, 2006; etc.).

4 Objektive, therapiespezifische States: Berücksichtigt man die Konfundierung der Variable *Professionalität* mit dem Alter, dann haben *professionell trainierte Therapeuten* bezüglich des Therapieerfolgs bei längeren Therapien keinen systematischen Vorteil gegenüber nicht-professionellen Therapeuten (Berman & Norton, 1985). Sie sind jedoch im Vorteil bei relativ kurzen Therapien und bei schwer gestörten Patienten. Weiterhin sind sie signifikant effektiver darin Patienten in der Therapie zu halten (Stein & Lambert, 1984). Die Stärke der *Angleichung des Verbalen Stils* zwischen Therapeuten und Patienten wirkt sich positiv auf die Verbesserung des Klienten und Aufrechterhaltung der Therapie aus. Der Einfluss eines *non-verbalen Stils* auf das Therapieergebnis ist derzeit noch nicht geklärt. Der Gebrauch von *Manualen* erhöht zwar die technische Professionalität und erleichtert die Outcome-Forschung, geht aber zu Lasten der Therapiebeziehung. Ein zu verfrühtes Abweichen vom Therapiemanual (und dieses zum falschen Zeitpunkt) kann jedoch den Verlauf der Therapie ungünstig beeinflussen (Schulte & Eifert, 2002). Auch zeigte sich, dass die Eingangsmerkmale der Patienten und das Therapieangebot zu einander passen müssen. Ist der Therapeut in der Lage, auf die Bedürfnisse des Patienten in der Therapie direkt zu reagieren – *Responsiveness* (Stiles et al., 1998; Clarkin & Levy, 2003) – kann er problematische Patientenmerkmale wahrnehmen und dadurch den negativen Einfluss dieser Merkmale auf das Therapieergebnis reduzieren (Grawe et al., 1990, inhaltlich zit. n. Hiller, 2004, S. 399). Henry et al. (1993) weisen ebenfalls darauf hin, dass die therapeutische Effizienz erhöht werden kann, wenn Therapeuten darauf trainiert werden, bei unterschiedlichen Klienten unterschiedliche Behandlungsmodelle anzuwenden (*Anpassung der Behandlungsmodelle*). Das *Trainieren therapeutischer Fertigkeiten* steht im Zusammenhang mit mehr Effizienz (Shaw & Dobson, 1988)[14] und dem Level der Compliance (Bootzin & Ruggill, 1988). Bei psychodynamischen Therapien wirkt sich ein *direktiver Therapiestil* eher negativ aus (Svartberg & Stiles, 1991). Bei depressiven Patienten ist jedoch ein *direktiver Stil* effektiver (Beutler, Engle et al., 1991; Beutler, Mohr, Grawe, Engle & McDonald, 1991). *Persönliche Öffnungen des Therapeuten* (Self-Disclosure) werden vom Patienten (in Abhängigkeit von der Ethnie) positiv bewertet und auch erwidert (Watkins, 1990). Die *Interpretation des Therapeuten* hatte in der Studie von Crits-Christoph, Cooper & Luborsky (1988) dann einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis, wenn die Interpretation nahe an der unabhängig gewonnenen klinischen Formulierung lag.

Zusammenfassend lässt sich zu den Patienten- und Therapeutenvariablen sagen, dass der Therapieerfolg durch die Ähnlichkeit zwischen Therapeuten und Klienten (objektiv, cross-

situational), eine warme und unterstützende therapeutische Beziehung (subjektive traits und states, ES (r)=.26) und ähnliche Einstellungen gefördert wird.

1.5 CRN-Studie[17] (zu 2)

In dieser Studie wurden 2376 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mit dem CCQ-Fragebogen (Common Core Questionaire) nach ihren theoretischen *Orientierungen* befragt. Ziel war es Gemeinsamkeiten und Unterschiede der unterschiedlichen Therapierichtungen im Setzen von Therapiezielen herauszufinden. Insgesamt wurden mit dem CCQ drei Teile erfasst:

(A) acht *theoretische Orientierungen* (rein analytisch, modifiziert analytisch, kognitiv-behavioral, humanistisch, systemisch, analytisch-humanistisch, breitspektrum, eklektisch),

(B) *Therapieziele* (Selbstwertgefühl, Realistisch über die Bedeutung von Ereignissen im Leben nachzudenken, …) und

(C) *Entwicklung der Psychotherapeuten* (z.B.: *Wie möchten Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit idealerweise sein?*).

Wie die Auswertung des CCQ zeigte, ist der theoretische Hintergrund vieler Therapeuten breit gefächert, denn es konnten nur 53% (1255 von 2376) der Therapeuten und Therapeutinnen den Orientierungsmustern klar zuordnet werden. Von den 16 erfassten Therapiezielen waren die wichtigsten vier:

(1) ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben,

(2) eine neue Sicht der Gefühle, Motive und/oder Verhaltensweisen zu entwickeln,

(3) die Qualität von sozialen Beziehungen zu verbessern und

(4) den Mut zu entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen.

Als für eine erfolgreiche Therapie weniger relevant erachtet wurden die folgenden fünf Therapieziele:

(1) realistisch über die Bedeutung von Ereignissen im Leben nachzudenken,

(2) zu lernen, übermäßige, unangemessene oder irrationale Gefühlsreaktionen zu mindern,

(3) sinnvoller über mögliche Konsequenzen des eigenen Verhaltens nachzudenken,

(4) sich selbst realistisch einzuschätzen und

---

17 Ambühl, Orlinsky & Collaborative Research Network (1997), in Regli (2001).

(5) emotionale Konflikte in der Beziehung zum Therapeuten zu lösen.

Dies zeigt, dass es über alle theoretischen Orientierungen hinaus Gemeinsamkeiten gibt bezüglich der Eigenschaften rezeptiv, vorsichtig, sorgend, beschützend, zurückhaltend, permissiv und mit Autorität. Sie alle wollten in der Beziehung zu Patienten nicht kühl sondern akzeptierend, freundlich, effizient, engagiert und beteiligt sein. Nur wenige wollten neutral und/oder distanziert sein. Unterschiede gab es lediglich bei analytisch-psychodynamisch oder humanistisch orientierten Therapeuten in Bezug auf die drei Beziehungsmerkmale: Sie waren weniger direktiv, fordernd und herausfordernd. Geht man davon aus, dass der sicherste Prädiktor für den Therapieerfolg die Therapiebeziehung ist, dann könnten die großen schulenübergreifenden Übereinstimmungen der Therapeuten bezüglich der Wichtigkeit und Unwichtigkeit von zu realisierenden Therapiezielen eine Erklärung für das von Stiles (1986) beschriebene *Äquivalenzparadox* der gleichen Wirksamkeit von Psychotherapien trotz unterschiedlicher Interventionsmethoden sein.

1.6 Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse

Folgende neun Schlussfolgerungen können aus der bisherigen Psychotherapieforschung (Phase I - III) gezogen werden. Therapien sind …

(1) … erfolgreicher als Spontanremissionen,
(2) … wirksamer als Placeboeffekte,
(3) … abhängig von Therapeuten- und Klientenvariablen und
(4) … abhängig von der Therapiebeziehung,
(5) … in diversen Fällen gleichwertig,
(6) … bei spezifischen Störungen unterschiedlich wirksam (z.B. Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber anderen Therapieformen bei Angststörungen),
(7) … im allgemeinen erfolgreich bzw. üben einen positiven Einfluss aus.
(8) Laien können offenbar recht gute Psychotherapeuten sein (Durlak, 1979).
(9) Die Prozessforschung konnte jene Variablen identifizieren, die einen positiven oder negativen Einfluss auf den Therapieverlauf bzw. das -ergebnis ausüben.

Zusammenfassend lässt sich somit sagen, *„Psychotherapieforschung hat zum Ziel, unterschiedliche Behandlungsformen besser zu verstehen und die Mechanismen zu erkennen, die ihre Wirksamkeit ausmachen. Diesem Ziel dient auch die Methodologie. Je besser die methodische Qualität einer Untersuchung ist, desto valider und reliabler sind auch ihre Resultate. Die große Anzahl an Theorien und Formen der Psychotherapie verlangt auch nach einer entsprechend differenzierten und anspruchsvollen Methodik.“* (Regli, Sommersemester, 2001, S. 8).

1.7 Forschungsfragestellung und zentrale Aussage

In den vorherigen Kapiteln wurde der derzeitige Stand der Psychotherapieforschung referiert und es stellt sich die Frage, ob die in den drei Phasen geleistete Forschung vollständig ist oder ob es eine bisher übersehene Lücke gibt. Aus den vorherigen Ausführungen ergibt sich folgende Forschungssituation, die bislang noch nicht bearbeitet ist: In den zuvor beschriebenen drei Phasen der Psychotherapieforschung handelt es sich überwiegend um enge interaktionistische Modelle, die der Autor für nicht ausreichend hält, weil sie den in dieser Arbeit postulierten externen Wirkfaktor – Das ‚Image der Psychotherapie' (ACP) – nicht berücksichtigen bzw. sich dieser dort nicht einordnen lässt. Zwar wird das ‚Image der Psychotherapie' in dieser Forschungsarbeit dadurch gemessen, dass den Patienten der Fragebogen ACP-a vorgelegt wird. Dabei wird jedoch lediglich der Teil des (gesellschaftlichen) Psychotherapieimages gemessen, der im Patienten präsent ist. Dieser Teil ließe sich als Patientenvariable deklarieren. Das Gesamte jedoch, das gesellschaftliche ‚Image der Psychotherapie', ist weder eine Patienten- oder Therapeutenvariable, noch eine Interaktion der beiden. Somit findet sich in den interaktionistischen Modellen kein geeigneter Platz für eine Einordnung des Wirkfaktors ACP. Es ist deshalb eine Modellannahme erforderlich, die interaktionistische Modelle mit ihren internen Wirkfaktoren so erweitert, dass auch externe Wirkfaktoren eingeordnet werden können. Dieses gelingt mit dem Mehrebenenmodell von Belschner & Kaiser (1995).

1.7.1 Einordnung der internen und externen Wirkfaktoren in das Mehrebenenmodell (MEM) von Belschner & Kaiser (1995)

Beim Versuch ein psychologisches Erklärungsmodell zu konstruieren, das interne und externe Wirkfaktoren in einem Modell unterbringen kann, stieß der Autor auf das Mehrebenen-Modell (MEM) von Belschner & Kaiser (1995; s.a. Abb. 1, S. 19). Im MEM sind die interaktionistischen Modelle und ihre Variablen (Patient, Therapeut, Interaktion der beiden) auf der *Mikroebene* einzuordnen. Auf der *Meso-Ebene* wird die Psychotherapie als Institution verstanden und es stellt sich die Frage, ob die dort etablierten Regeln einen Einfluss auf den Therapieprozess bzw. -outcome haben. Beeinflussende Größen könnten hier z.B. die Einteilung der Therapiesitzung in 45 Minuten oder die Frequenz pro Woche, ambulant vs. stationär, die Freiwilligkeit des Patienten (oder muss er als Auflage wegen eines Strafverfahrens kommen) sein. Auf der *Makroebene* geht es um gesellschaftliche und gesetzgebende Faktoren. Hier könnte man fragen, welchen Einfluss die gesellschaftliche Anerkennung der Psychotherapie auf ihren Verlauf/ Outcome hat. Sie sollte mit dem Psychotherapeuten-Gesetz von 1999 eigentlich gegeben sein, denn die Psychotherapie wurde dadurch zu einer gesellschaftlich anerkannten Leistung, die aus öffentlichen Mitteln finanziert wird. Auch ließe sich fragen, welchen Einfluss die Präsentation der Psychotherapie in den Medien (insbesondere das Fern-

sehen) auf den Therapieverlauf und -outcome hat. Der Autor konnte durch Recherchen in einer elektronischen Fernsehprogrammzeitschrift innerhalb von einem Monat eine Vielzahl von medizinisch ausgerichteten Fernsehsendungen finden (Informationssendungen: *Visite*; *Der Gesundheitsscheck*; *Die Sprechstunde*; *Hauptsache Gesund*; *Genug gelitten – der Umgang mit dem Schmerz*, ; *Menschen, Tiere & Doktoren*; *Die Rettungsflieger*, etc., Fernsehserien: *Die Schwarzwaldklinik*; *Emergency Room*; *In aller Freundschaft*; *Dr. Stefan Frank – der Arzt, dem die Frauen vertrauen*; *Scrubs – die Anfänger*; *Grey's Anatomy*; etc.), jedoch nicht eine nennenswerte Sendung, ob informativ oder als Film, über Psychotherapie. Fernsehsendungen (z.B. Werbung) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Imagebildung. Bei der Vielzahl von medizinischen Sendungen, die in großem Stile die Bevölkerung mit ‚Informationen' versorgen, ist es nicht verwunderlich, wenn auf diese Weise Wünsche geweckt werden. Für jedes Problem, für jede Erkrankung gibt es eine (medizinische) Lösung – so die Werbung – und die lautet wie folgt: *Egal um welche Erkrankung es sich handelt, wir sind in jedem Fall die richtigen Ansprechpartner*. Es leuchtet schon im Vorfeld ein, dass diese meinungsbildenden medizinischen Informationssendungen und die emotionsaktivierenden ‚Seifenopern' (Chefarzt X rettet Patient U) umsatzfördernd wirken (durch ein positives Image). Das liegt zum Teil auch daran, dass viele Fernsehzuschauer den Inhalt solcher Sendungen für wahr halten.[18] Wie die Studien im Abschnitt 1.3 (Stand der Forschung zum ‚Image der Psychotherapie') zeigen, ist das Image der psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung überwiegend negativ (insbesondere bei Menschen, die noch keine Psychotherapie hatten). Psychisch krank meint im ‚Volksempfinden': die Person ist verrückt etc., und ein solches Stigma will man vermeiden. In dieser Studie soll mithilfe von Prozess- und Outcomeforschung untersucht werden, in wie weit das ‚Image der Psychotherapie' ein ebenfalls wichtiger Wirkfaktor für den Verlauf und das Ergebnis der Therapie ist, der unter Umständen in der Psychotherapie bisher ‚sträflich' vernachlässigt wurde.

---

18 Der Schauspieler Klausjürgen Wussow (✝ 19.07.2007) alias Prof. Brinkmann in der Schwarzwaldklinik berichtets in einer Talkshow darüber, dass er oft sogar auf der Straße mit Prof. Brinkmann angesprochen und um medizinische Hilfe gebeten werde.

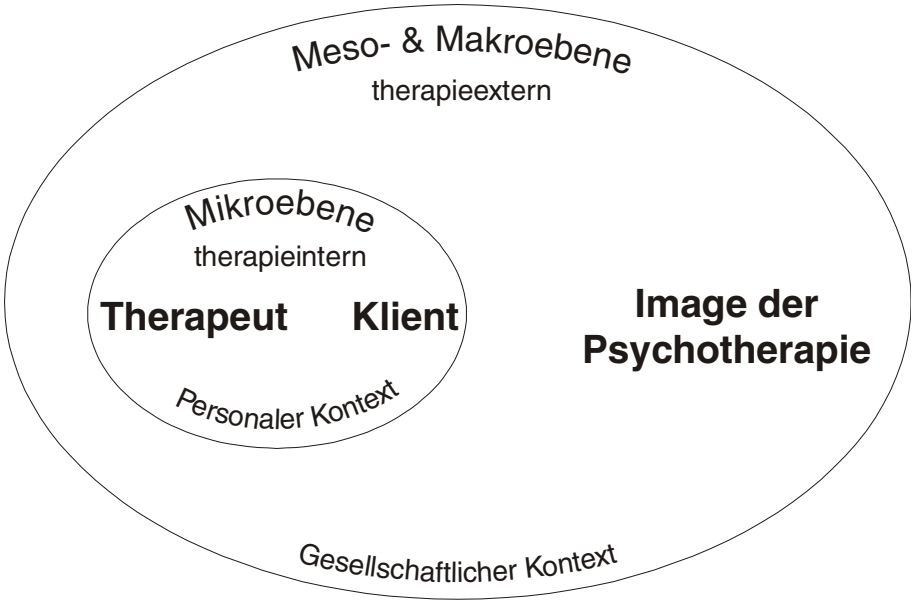
2 Explikation der Darstellung der Forschungssituation

Gegenstand dieser Dissertation ist die folgende Fragestellung:

„Spielt es für den Verlauf bzw. Erfolg der Psychotherapie eine Rolle, was wir von ihr halten?“

Der im Titel verwendete Begriff ‚Wirkfaktor' soll einen Bezug zu Grawes Modellbildung über Wirkfaktoren der Psychotherapie herstellen (s. Kapitel 1.3.2, S. 34). Grawe stellt mit seinem Instrument INK (Inkongruenzfragebogen; Holtforth & Grawe, 2004) einen Katalog von Items vor, mit denen er Wirkfaktoren der Psychotherapie operationalisiert. Der Verfasser dieser Dissertation stellt sich nun die Frage, ob diese von Grawe angenommen ‚Wirkfaktoren' vollständig sind, oder ob Wirkfaktoren fehlen, die unter Umständen sogar eine hohe Varianzaufklärung liefern? Wäre es möglich, dass es einen therapieexternen Meta-Wirkfaktor gibt, der die therapieinternen Wirkfaktoren dominiert? Deshalb soll in dieser Studie überprüft werden, ob eine Voreinstellung z.B. im Sinne von selbstwertdienlichen oder selbstwertundienlichen Attributionen nicht ebenfalls bedeutungsvoll ist. Bei Grawe handelt es sich im Prinzip um therapieinterne Wirkfaktoren. Die Überlegung ist nun, ob es nicht nur therapieinterne sondern auch therapieexterne Wirkfaktoren geben könnte. Zur Überprüfung dieser Aussage wird die Neukonstruktion und Anwendung eines Instrumentes zur Erfassung des ‚Images der Psychotherapie' dienen. Zur weiteren Veranschaulichung des Zusammenhangs zwischen therapieinternen- und therapieexternen Wirkfaktoren soll das folgende Modell von Belschner (2004a) dienen (s. a. Mehrebenenmodell primärer Prävention; Belschner & Kaiser, 1995):

Abb. 1: Zusammenhang zwischen therapieinternen- und therapieexternen Wirkfaktoren



Auf der Mikroebene sind Therapeut und Klient interaktiv miteinander verbunden, gleichzeitig sind beide auf der Makroebene in einen größeren Kontext gestellt, der ebenfalls Einflüsse ausübt. Einer dieser Einflüsse ist das gesellschaftliche Image der Psychotherapie. Dieses ist

zwar nicht direkt messbar, wirkt jedoch auf den Patienten[19], hat damit als kulturelle Komponente einen Einfluss auf das psychotherapeutische Geschehen. Es zeigt sich für den Patienten auf der Dimension Akzeptanz vs. Ablehnung (von Psychotherapie). Der aktuell wirksame Kontext wird in Abhängigkeit von der jeweiligen Kultur, in der die Therapie stattfindet, unterschiedlich bedeutsam sein. Gegenstand dieser Arbeit soll das Image der Psychotherapie in einer spezifischen Kultur - dem deutschsprachigen Kulturkreis - sein. Die entscheidende Fragestellung lässt sich zusammenfassend wie folgt formulieren:

Hat das Ausmaß der Akzeptanz von Psychotherapie einen entscheidenden Einfluss auf den Therapieverlauf bzw. -Outcome?

2.1 Theoretische Vorüberlegungen

Wenn auch nicht primär von psychologischen Konstrukten ausgegangen bzw. regel- und theoriegeleitet konstruiert[20] wurde (wie später noch genauer erläutert; s. Methode/ Design, S. 68), so gibt es dennoch eine theoretische Vorannahme, die bereits in einer der Vorarbeiten (Bartz, 2004, Diplomarbeit ‚Das Image der Psychotherapie') postuliert wurde: Ein Zusammenhang zwischen Psychotherapieimage und *Selbstwirksamkeitserwartung*[21]. Es wird davon ausgegangen, dass Patienten über Psychotherapie selbstwertdienliche und -undienliche Aussagen machen und darüber ihren eigenen Selbstwert erhöhen oder vermindern können (vgl. Kanfer, 1977; 2000). Wurde bei Bartz noch der Zusammenhang zwischen genereller Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977) und Patientenmeinungen über Psychotherapie geprüft, so wird in dieser Arbeit (unter anderem) im Zusammenhang mit dem ‚Image der Psychotherapie' von einer speziellen Selbstwirksamkeitserwartung ausgegangen, die es dem Patienten ermöglicht, für sich positive Veränderungen durch eine Psychotherapie zu erwirken. Dafür werden den

---

19 Der sprachlichen Einfachheit halber ist die gesamte Dissertation konsequent in der männlichen Form verfasst – es wird von Therapeut und Patient gesprochen – natürlich sind beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen. Weiterhin wird vereinfachend generell von Therapeut gesprochen, obwohl es sich genau genommen um Diplompsychologen handelt, die als Ausbildungsteilnehmer eine Therapie unter strenger Supervision von erfahrenen Therapeuten und Therapeutinnen durchführen.

20 Deshalb wurden auch nicht ausschließlich z.B. Items zur Erhöhung bzw. Vermindung des persönlichen Selbstwertes durch positive/ negative Aussagen über Psychotherapie konstruiert, sondern mit der Zielsetzung der theoretischen Offenheit alle angebotenen Aussagen über Psychotherapie mit aufgenommen.

21 Selbstwirksamkeitserwartung meint hier die Überzeugung, dass man selbst unter widrigen Umständen über ausreichende Kompetenzen verfügt, ein erwünschtes Verhalten ausführen zu können (vgl. Schwarzer, 1992; Bandura, 1977).

Patienten im neukonstruierten ACP-a-Fragebogen (Image der Psychotherapie) eine Vielzahl von Items angeboten, mit denen sie angeben können, ob Psychotherapie ihre Selbstwirksamkeit bzw. ihr Selbstwertgefühl eher erhöht oder vermindert. Die folgende Abbildung soll die Modellannahme verdeutlichen:

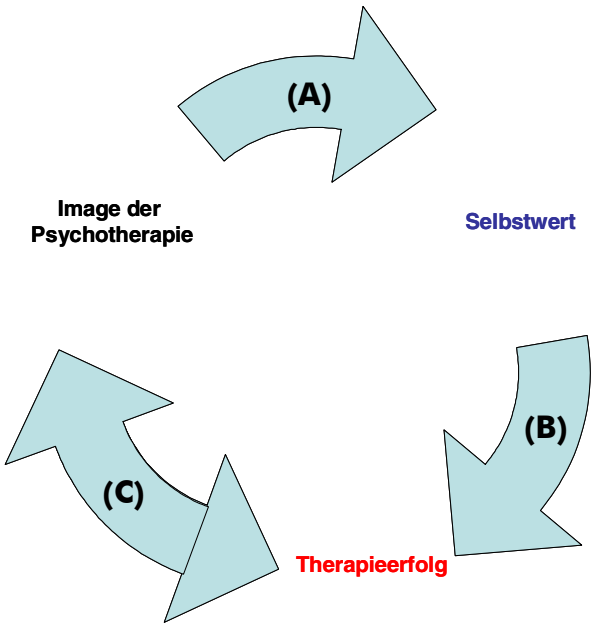


Abb. 2: Theoretische Modellannahme

Innerhalb der Modellannahme – *Die Akzeptanz der Psychotherapie ist ein Wirkfaktor für den Therapieerfolg* – tauchen drei Schlagworte auf, die für sich betrachtet erst einmal verbindungslos im Raum stehen: *Image der Psychotherapie*, *Selbstwert* und *Therapieerfolg*. Erklärt werden soll nun, auf Basis welcher theoretischen Vorüberlegungen diese drei Konstrukte vom Autoren miteinander verbunden werden. Die Pfeilrichtung innerhalb des Diagramms kann genauso gut andersherum gedacht werden, bei den folgenden Erklärungen gehe ich jedoch in Pfeilrichtung (rechtsherum). Für die Verbindung A (Zusammenhang zwischen ‚Image der Psychotherapie' und ‚Selbstwert') wurde vom Autoren das Forschungsinstrument ACP-a (Akzeptanz der Psychotherapie, a = Aufnahme der Patienten = t_1) entwickelt. Ausgehend davon, dass es ein gemeinsam geteiltes Wissen über Psychotherapie innerhalb der Gesellschaft gibt, wurden Aussagen über Psychotherapie durch Umfragen und durch Literaturstudium gesammelt. Daraus wurde der ACP-a konstruiert.

Verbindung (A): Die Verbindung zwischen dem gesellschaftlichen ‚Image der Psychotherapie' (links oben) und dem ‚Selbstwert des Patienten' (rechts oben) wird dadurch hergestellt, dass der Patient positive und negative Meinungen über Psychotherapie mit selbstwertdien-

lichen Aussagen verknüpft, die ihm mithilfe des ACP-a angeboten werden. Über diese Items kann der Patient der Psychotherapie positive oder negative Eigenschaften zuweisen, die für ihn als Nutzer der Psychotherapie förderliche oder hinderliche Konsequenzen haben können. Er kann damit seine Hoffnungen oder Befürchtungen zum Ausdruck bringen – „Wird mir die Therapie helfen oder schaden?“[22]

Verbindung (B): Viele Forschungsergebnisse weisen auf eine Verbindung zwischen Selbstwert und Therapieerfolg hin. Collani (2003) konnte zeigen, dass die Erhöhung des Selbstwertes die Selbstwirksamkeit steigert. Die Erhöhung der Selbstwirksamkeit führt zu gesundheitsförderlichen Therapieergebnissen. Z.B. bei Bandura: Bei erfolgreichen Therapien darf eine Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy) und damit zusammenhängend eine Hebung des Selbstwertgefühls angenommen werden (Bandura, 1987). Ein weiterer Lernprozess ist der Erwerb von Selbstwirksamkeit, der ein entscheidendes Meta-Prinzip vieler therapeutischer Lernvorgänge darstellt. Der Klient erfährt im Umgang mit seinen negativen Gefühlen und Kognitionen (und im Umgang mit sich selbst), dass er in der Lage ist, sich ihnen zu stellen, sie zu ertragen, und dass er selbst der Angelpunkt von Veränderungen ist (Bandura, 1977). Im Funktionsmodell des psychischen Geschehens (Grawe, 1998) ist Selbstwerterhöhung eine der vier Grundbedürfnisse des Menschen, neben Kontroll-

---

22 Beispiel für ein positives ACP-a-Item: „Mit der Psychotherapie kann ich einen Anfang machen, um für mich unbefriedigende Umstände zu ändern.“ Dieser Satz enthält zwei Satzaussagen: Erstens wird in diesem Satz unterstellt, dass es möglich ist, über Psychotherapie etwas Neues zu beginnen (Zuweisung einer positiven Eigenschaft) und zweitens kann der Patient für sich unbefriedigende Umstände verändern, was als positiv, als selbstwertdienlich zu verstehen ist.

Beispiel für ein negatives ACP-a-Item: „Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist ein Zeichen dafür, dass ich unfähig bin mit meinem eigenen Leben fertig zu werden.“ Es wird unterstellt, dass man bei Problemen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen kann. Eine solche Inanspruchnahme wird jedoch für sich selbst als Schwäche, als negativ und (selbst)abwertend gedeutet.

bedürfnissen, Lust-/ Unlustvermeidung, und Bindungsbedürfnissen durch die das allgemeine Wohlfinden verbessert werden kann. Weiterhin schreibt Grawe (1998, S. 412): „In der Psychotherapie wäre an erster Stelle Alfred Adler (1920, 1927) zu nennen, der das Streben nach Überwindung eines Minderwertigkeitsgefühls[23] als wichtigste Motivationsquelle des Menschen ansah.“ Wenn eine Erhöhung des Selbstwertes zu erhöhter Selbstwirksamkeit (SW) führt, und dadurch SW zu einem größeren Therapieerfolg, so kann auch davon ausgegangen werden, dass eine Steigerung des Selbstwertes den Therapieerfolg erhöht.

Verbindung (C): Patienten, die mit einem positiven ‚Image von Psychotherapie' ihre Therapie begonnen haben und deren Therapie erfolgreich verläuft, werden am Ende der Therapie weiterhin positive oder dann sogar sehr positive Meinungen über Psychotherapie haben. Hat ein Patient zu Beginn seiner Therapie eine sehr negative Einstellung gegenüber Psychotherapie, so wird sich das vermutlich im positiven Sinne verändern, wenn auch die Psychotherapie erfolgreich verläuft.

Diese mögliche Rückübertragung des persönlich erlebten Therapieerfolges auf das ‚Image der Psychotherapie' würde statistisch auf eine Nullkorrelation oder einen nur sehr kleinen Effekt hinauslaufen. Deshalb wurde aus dieser anfänglichen Überlegung heraus der Hauptfokus dieser Arbeit nicht, wie ursprünglich geplant, auf den therapeutischen Outcome gelegt, sondern auf den Verlauf der Therapie. Es ist eher zu erwarten, dass ein negatives Image zu schwierigeren Prozessverläufen führt, als zu großen Veränderungen im Ergebnis. Der Pfeil der Verbindung (C) im Diagramm weist in beide Richtungen. Das ‚Image der Psycho-

23 Minderwertigkeitsgefühl als geringes Selbstwertgefühl verstanden.

therapie' hat ebenfalls einen Einfluss auf den Therapieerfolg, was in dieser Studie empirisch belegt werden soll.

2.2 Einordnung des Themas in den Kontext der Therapieforschung

Es gibt bislang nur wenige Forschungsstudien, die die allgemeine Voreinstellung des Patienten zur Psychotherapie untersuchen. Bei den etablierten Anbietern von psychologischen Tests (Hogrefe, Psychologie Verlags-Union, Huber Verlag, Wiener Testsystem, …) findet sich nicht ein einziger Test, der sich diesem Thema nähert.

Ausgehend davon, dass die Akzeptanz von Psychotherapie ein Wirkfaktor ist, könnte die Qualität der Psychotherapie optimiert werden, indem vor Beginn der Psychotherapie versucht wird, die Einstellung des Patienten gegenüber Psychotherapie durch dieses Instrument zu messen und diese gegebenenfalls durch geeignete Maßnahmen für den weiteren Therapieverlauf positiv zu verändern.

2.3 Stand der Forschung zum ‚Image der Psychotherapie'

Bei Recherchen im Internet (PsyIndex, Medline, Online-Zeitschriften der Universität Oldenburg) konnten keine Publikationen bzw. Studien gefunden werden, die bevölkerungsrepräsentativ ganz allgemein nach der Meinung über Psychotherapie geforscht haben. Jedoch ließen sich einige Publikationen mit einer eingegrenzten Fragestellung auf eine bestimmte Zielsetzung hin (z.B. die Gründe für eine mögliche Inanspruchnahme von Psychotherapie) sichten. In diesen Studien wurde nicht explizit nach Meinungen/ Klischees und Vorurteilen über Psychotherapie gefragt (wie in dieser Studie), woraus sich das Image über Psychotherapie hätte direkt ableiten lassen. Deshalb wurden die Ergebnisse dieser Studien auch nicht für die Konstruktion des in dieser Studie verwendeten Instrumentes – dem ACP-a (‚Image der Psychotherapie')[24] – verwendet (bis auf einige Items aus Halders Studie, 1977). Weil sich jedoch aus diesen Studien Teileinblicke über vorherrschende Meinungen über Psychotherapie ablei-

---

24 Der Fragebogen ACP-a wurde mehrfach zu verschiedenen Zeitpunkten vorgelegt. Die jeweiligen Versionen wurden unterschiedlich benannt: ACP-a (t_1 = nach dem Erstgespräch), ACP-z (t_2 = Zwischenmessung um die 20. Therapiestunde herum), ACP-e (t_3 = Behandlungsende). Für die Version zum Behandlungsende (ACP-e) wurden die Items stilistisch geringfügig angepasst.

ten lassen, werden als Einführung in das Thema therapieimagerelevante Ergebnisse einiger dieser Studien nachfolgend genannt.

In einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage des Bielefelder EMNID-Instituts (1992), in der 2000 west- und ostdeutsche Bürger nach den Gründen für eine Inanspruchnahme von Psychotherapie befragt wurden, hatten …

… 84% schon einmal etwas von Psychotherapie gehört;

… 30% waren gut bis sehr gut über Psychotherapie informiert;

… 12% hatten bereits persönliche Erfahrung mit Psychotherapie;

… 93% waren der Ansicht, dass Probleme ohne körperliche Ursachen psychologisch/ psychotherapeutisch behandelt werden sollten, etc.

Während z.B. Experten bei Schizophrenie eine pharmakologische Behandlung der Patienten und eine psychoanalytische Behandlung bei dieser Störung ablehnen würden, bevorzugt die Bevölkerung eher keine medikamentöse Behandlung und zieht die Psychoanalyse der Verhaltenstherapie vor (Angermeyer, Matschinger & Holzinger, 1998). Diese Meinungen der Befragten bezüglich der Behandlung waren weniger durch tatsächliches Wissen über die Erkrankung bestimmt, sondern hauptsächlich durch die vorherrschenden Einstellungen zur Psychotherapie. Hessel, Geyer und Brähler (2000) fanden heraus, dass die durchschnittliche Latenzzeit, bis Patienten mit psychischen Problemen vom Allgemeinmediziner in eine Psychotherapie kommen, bei 6-8 Jahren liegt (s. a. Meyer et al., 1991; Bürger-Leier, 2003, S. 13, 2. Absatz von unten). „Statt früh und ambulant, kommt es spät und dann meist stationär zur Psychotherapie (Meyer u. a., 1991, zit. n. Frohburg, 1995, S. 8).“ Dies erhöht das Risiko, dass die psychischen Erkrankungen dann bereits einen chronischen Verlauf haben und nicht mehr so leicht zu behandeln sind. Sie fanden auch heraus, dass viele Patienten eine Psychotherapie ablehnten. Auf die Frage, ob sie eine Psychotherapie machen würden, antworteten 39% mit «bestimmt nicht» und 28% waren der Meinung, dass es keinen Berufstand gibt, der bei seelischen Problemen helfen könnte. Nur 36% wollten eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Mathias Franz (1993) hat diese negative Akzeptanz bzw. ihre bestimmenden Faktoren in seiner Studie genauer untersucht. Dabei zeigte sich, dass viele Patienten eine Ablehnung der Psychotherapie vordergründig im Sinne einer unverfänglichen, konfliktmeidenden sozialen Erwünschtheit mit rein sachlich-organisatorischen Gründen und der fehlenden Notwendigkeit für eine Psychotherapie bei ihren Problemen begründeten. Sie empfanden die Psychotherapie als wenig hilfreich, zu mühselig und berichteten auch von schlechten Erfahrungen damit. Nach genauerer intensiver Nachfrage über die Gründe der Ablehnung kam jedoch heraus, dass sie sich eigentlich davor fürchteten, sozial diskriminiert zu werden (s. a. Breuer, 1979, Stigmatisierung), durch die Psychotherapie ihre Beziehung zu gefährden und dass ihr Problem

sich nur noch verschlimmern könnte. Sie hatten zudem Angst vor der Gruppensituation (Gruppenpsychotherapie). Und diese Furcht hat durchaus handfeste Gründe. All zu oft werden Menschen, die eine Psychotherapie machen, von der Bevölkerung als geisteskrank, verrückt, übergeschnappt, schwachsinnig und durchgedreht etikettiert, obwohl sie sich selbst eher als nervös, mit den Nerven fertig und deprimiert bezeichnen würden (Faust, 1981). Insbesondere die unteren Bevölkerungsschichten assoziieren Psychologen mit dem schlechten Ruf der Psychiatrie – Bedrohlichkeit, Anstalt, Zwangsjacke, Elektroschocks, Entmündigung, defizitorientierten Diagnosen, Verlust von Kontrolle und Selbstbestimmung (Lehr, 1996). Diese Ausgrenzung psychisch Kranker durch die Bevölkerung folgt einem Muster: Die soziale Distanz nimmt hier mit dem Grad der Intimität zu. Einen psychisch Kranken kann man eher als Nachbarn oder Arbeitskollegen akzeptieren; aber Bekannte, Untermieter, Eingeheiratete oder Kindermädchen mit solchen Problemen sind doch eher unerwünscht. Wobei deutlich zwischen den Krankheitsbildern unterschieden wird. Am meisten wird Alkoholkrankheit abgelehnt, gefolgt von schizophrenen Erkrankungen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, Major Depressiven und Panikstörungen. Es gibt somit sehr divergierende Meinungen zwischen (nicht betroffenen) Laien und Betroffenen bezüglich der möglichen Bedrohung durch Kranke. Angermeyer und Matschinger (1996) gehen jedoch davon aus, dass sich solche Einstellungen / Ressentiments durch den Kontakt mit Kranken abbauen ließen bzw. meint Faust (1981, zit. n. Gruppe, 2001, S. 6), dass es helfen würde, „die Kooperationswilligkeit und Toleranz der Öffentlichkeit zu erweitern und zu stützen, um den Betroffenen den Einstieg in ein Leben ohne Stigmatisierung zu ermöglichen; es bedeutet aber auch eine vermehrte Berücksichtigung dessen, was Kranke denken und fühlen, wenn Gesunde für sie Pläne entwickeln.“. Ging es im Vorhergesagten um die Ablehnung von Kranken, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, durch die Bevölkerung, so stellt sich nachfolgend die Frage, welche Unterschiede es zwischen Befürwortern (Annehmern) einer Psychotherapie und Ablehnern gibt. Franz (1990) fand anfänglich nur die Dimension ’Offenheit’[25] als Unterscheidungsmerkmal zwischen Psy-

25 Zur besseren Unterscheidung werden Skalen in einfache hoch stehende Anführungszeichen eingefasst – z.B. ’Skala 1’; Skalenausprägungen bzw. Kategorien einer Skala werden in doppelte eckige Klammern eingefasst – z.B. «Organische Störungen» als eine Kategorie der in dieser Dissertation verwendeten ICD-10-Hauptstörungsgruppen; einfache Hervorhebungen werden in einfache Anführungszeichen eingerahmt mit Häkchen unten beginnen und Häkchen oben endend – z.B. ‚Imagepositive’. Nur wörtliche Rede wird mit doppelten Anführungszeichen gekennzeichnet – z.B. „Diese Worte dienen der weiteren Erklärung …“.

chotherapieannehmern und –ablehnern, konnte aber in einer späteren Untersuchung (1997) zeigen, dass sich die Annehmer und Ablehner einer Psychotherapie nicht im Leidensdruck (wie oft angenommen), sondern in ihren Persönlichkeitsstrukturen unterscheiden. Annehmer haben stärker ausprägte internale Kontrollüberzeugungen, sind stärker beeinflusst durch soziale Dominanz, ein mangelndes Selbstwertgefühl und eine erniedrigte Frustrationstoleranz. Ablehner dagegen zeichnen sich durch einen vermeidenden, unoffenen Interaktionsstil aus. Sie orientieren sich stark an sozial erwünschten Normen und sind nur sehr eingeschränkt in der Lage, ihre mit affektiven Inhalten besetzten Konflikte mitzuteilen. Diese Erkenntnisse werden auch durch die Voraussetzungen für eine Akzeptanz von Psychotherapie untermauert, die Faller und Lang (1997) herausarbeiten konnten. Dazu gehörte, dass Patienten in der Lage sein müssen, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen, ihr eigenes Verhalten in Frage stellen zu können, ein eigenes Interesse an Verhaltensveränderungen zu haben, sich Schwächen eingestehen zu können (Introspektion/ Offenheit; Conte u. a. 1990; Appelbaum 1973; Wolitzky & Reuben, 1974; Dollinger u. a., 1983; Farber, 1989), die Beobachtung auf sich selbst richten zu können (psychologische Sensibilität, auch ‚Psychological Mindedness') sowie die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung zu besitzen. Um diese genannten Persönlichkeitseigenschaften psychotherapeutisch nutzbar zu machen, entwickelten McCallum und Piper (1996) die PMAP (Psychological Mindedness Assessment Procedure) zur therapeutischen Erfolgsmessung. Damit soll herausgefunden werden, ob die Patienten in der Lage sind, konflikthafte Komponenten in ihrem Erleben und die Wirkung ihrer Abwehrmechanismen zu identifizieren. Halder (1977), aus deren Arbeit einige Items für den ACP-a (Image der Psychotherapie) übernommen wurden, verweist auf die Diskrepanz zwischen einer falsch verstandenen Eigenverantwortlichkeit (sie nennt es Autoritarismus: „Jemand, der einen starken Charakter hat, kann seine Schwierigkeiten auch alleine, ohne psychologische Beratung lösen."), die zu einer negativen Einstellung gegenüber Psychotherapie führt und unzureichender Eigenbereitschaft zur Psychotherapie mit wenig Vermutungen über Erfolgsaussichten („Ich glaube, mir selbst würde eine Psychotherapie nützen, wenn ich einmal seelische Konflikte habe."). Sie sieht die Ursache dieser Diskrepanz in zu wenig Transparenz und Kontrollierbarkeit der psychotherapeutischen Arbeit, die in der Bevölkerung eine ungenaue Vorstellung über psychologisches/ psychotherapeutisches Handeln hinterlassen (Lehr, 1996). Weiterhin sieht sie ein Manko in unzureichenden Rückmeldungen bezüglich der Emotionen und Reaktionen der Patienten, ausgelöst durch die Handlungen der Therapeuten. Diese zuvor genannten Vorbehalte gegen Psychologen und Psychotherapeuten schüren ein hohes Misstrauen in Psychotherapie (Condrau, 1974), dem bedaulicherweise in Deutschland kaum durch eine geeignete Medienarbeit begegnet wird. Dieses Misstrauen ist verständlich – werden doch mit der Psychotherapie unheim-

liche seelische und geistige Erkrankungen behandelt, die unangenehme Empfindungen und Abwehrhaltungen (wie unterstellte Willens- und Charakterschwäche bei Inanspruchnahme von Psychotherapie) in der Allgemeinheit hervorrufen können. Dies wird noch zusätzlich dadurch verstärkt, dass im Vergleich zu den physischen Zusammenhängen der Naturwissenschaft, die psychischen Zusammenhänge viel schwieriger eindeutig zu messen sind. Während die Einnahme von Medikamenten wenig aktive Teilnahme erfordert, muss für eine Psychotherapie Zeit und Geld investiert werden. Dagegen hat die ärztliche Heilkunde, die im Altertum eine Geheimwissenschaft war, es durch erhebliche Öffentlichkeitsarbeit mit viel Transparenz in den Medien geschafft, ihrem Berufsstand zu einer beträchtlichen Akzeptanz in der Öffentlichkeit zu verhelfen.

Oelsner (1994) konnte durch 174 nach dem Ansehen von Psychotherapeuten befragte West- und Ostberlinern herausfinden, dass der Beruf „Psychotherapeut“ in der Bevölkerung anerkannt ist. Diese Akzeptanz von Psychotherapie als Behandlungsangebot galt für West- und Ostbürger gleichermaßen. Bedenklich war jedoch, dass der errechnete Mittelwert gerade noch im Mittelfeld und damit unter dem Ansehen anderer akademischer Berufe (Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker) lag. Ärzte genießen, den Ergebnissen dieser Studie gemäß, ein weit größeres Ansehen, als Psychotherapeuten. Das nur etwa jeder dritte psychotherapeutisch Behandlungsbedürftige in eine Psychotherapie findet (Franz, 1990) schreibt Oelsner (1994) jedoch dem sehr oberflächlichen Wissen über Psychotherapie in der Bevölkerung zu. Zu wenig weiß der ‚Normalbürger’ über die Indikationsbereiche, Zielvorstellungen, Behandlungsformen und -bedingungen von Psychotherapie. Darüber hinaus bezweifelt jeder vierte psychotherapeutisch Behandlungsbedürftige die Erfolgschancen einer Psychotherapie. Die hohe Skepsis findet ihre Ursachen vor allem in der Angst vor zuviel Offenheit, Durchschautwerden und/oder Verletztwerden. Jeder zweite ist so mißtraurisch, dass er Psychotherapeuten für *Pfuscher*, *Scharlatane* und *Machtbesessen* hält, die selber einen Tick haben (Froburg, 1995, S. 16). Bei einer so hohen Skepsis in der Bevölkerung gegenüber Psychotherapeuten verwundert es nicht, das West-Berliner Psychotherapeuten sich von Patienten, von Ärzten und auch von der Öffentlichkeit wenig anerkannt fühlen (Albert, 1993; Bauch, 1993; Kretzschmar, 1994). Um die Anerkennung der Psychotherapie aus der Blickrichtung von Allgemein-Mediziner zu untersuchen, befragte Panzer (1994) 47 Berliner Allgemein-Mediziner. „Das sind die niedrigsten Werte, die wir in allen relevanten Teilstichproben erhalten haben. Und das Resultat ist so fatal, dass es einem fast die Sprache verschlägt (Frohburg, 1995, S. 17).“ Nur 28% der befragten Ärzte konnten als eher psychotherapiefreundlich eingestuft werden. Der größere Anteil der Ärzte war psychiatrisch (39%) oder mehr somatisch (33%) orientiert. Frohburg (1995) sieht darin das von Meyer (1991) im Forschungsgutachten zum Psycho-

therapiegesetz festgestellte unzureichende Überweisungsverhalten von Ärzten erneut bestätigt: „… ihre Kenntnisse sowohl über Indikationsbereiche zur Psychotherapie als auch über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten erwiesen sich zudem oft als sehr gering (Frohburg, 1995, S. 18).“ Interessanterweise kooperierten die 47 befragten Berliner Allgemein-Mediziner in erster Linie (zu 30%) mit Gesprächspsychotherapeuten, die in den seltensten Fällen von den Krankenkassen bezahlt werden. Verhaltenstherapeuten wurden nur zu 22%, Tiefenpsychologen gar nur zu 17% bevorzugt.

Bartz (2004) entwickelte aufbauend auf die Forschungen von Grupe (2001) ein Instrument zur Erfassung des Images der Psychotherapie (INIMAG). Mithilfe des INIMAG befragte sie in einer viermonatigen Online-Befragung im Internet insgesamt 166 Teilnehmer. Eine Faktorenanalyse der Daten erbrachte drei valide Faktoren: ’Selbstwertdienliche-, Selbstwertundienliche Attributionen’ und ’Generalisierte Selbstwirksamkeit’ (vgl. Bandura, 1977). Damit lässt sich zeigen, dass die Fähigkeit, Psychotherapie mit selbstwertdienlichen bzw. positiven Zuschreibungen zu belegen, eine Ressource – ein Prädiktor für den Therapieerfolg ist. Ausgehend von diesen Forschungsergebnissen spricht sich Bartz (2004, S. 148) deshalb für eine erweiterte Sichtweise der Möglichkeiten von Psychotherapie aus: „Psychotherapie ist auch Mittler zur Erschließung neuer Ressourcen …“ und Psychotherapeuten sind in diesem Sinne „…Wegweiser und Manager zur Regenerierung neuer Ressourcen“ (S. 148).

Jacob, Eirmbter und Hahn (1999) kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass „… dem Gesundheitssystem kein uneingeschränktes Vertrauen entgegengebracht wird, sondern von großen Teilen der Bevölkerung eine z. T. recht drastische Kritik vorgebracht wird (S. 117, Schlussbemerkungen, 1. Absatz).“ Sie sprechen von einem sehr geringen Systemvertrauen und generalisierten Negativerwartungen, die der Adherence des Patienten eher abträglich sind. Die befragten Patienten wollen nicht als *Nummer*, als irgendein Bestandteil wahrgenommen werden, sondern sie wünschen sich vom professionellen Heiler, dass er auf den Menschen als Ganzes eingeht. Die Patienten möchten Trost und Rat – wollen, dass ihnen möglichst umfassend geholfen wird. Dass die bisherige Behandlungspraxis dem entgegen steht hängt auch zum Teil mit der gängigen Vergütungspraxis zusammen. Einen weiteren Grund für dieses Missverhältnis zwischen Patientenerwartungen und Behandlungsrealität sehen die Autoren in der stark naturwissenschaftlichen Ausbildung in den Heilberufen, die

sich „… an einer vom konkreten Patienten losgelösten Diagnose und Therapie bestimmter Krankheitsbilder orientiert (S. 118, 1. Absatz).“ So geben die Autoren zu bedenken, dass der Behandlungserfolg nicht nur von rein naturwissenschaftlichen Fakten, sondern auch von der Adherence[26] der Patienten abhängt. In ihrem Resümee schlagen die Autoren Ergänzungen in der Grundausbildung und der berufsbegleitenden Weiterbildung der Ärzte/Therapeuten vor.
Gordon und Edwards (1997) bestätigen ebenfalls in ihrer Studie die große Patientenunzufriedenheit hinsichtlich der Beziehungen zu den Vertretern der Heilberufe. Sie sehen es für die professionellen Heiler als dringend notwendig an, das „Verhältnis zu den Patienten zu humanisieren, indem sie sowohl heilen als auch Beistand leisten (S. 40).“ Die Autoren können am Beispiel ausgewählter Forschungsarbeiten zeigen, dass „Unzufriedenheit auf Seiten der Patienten den Heilerfolg beeinträchtigt (S. 40).“ Gordon und Edwards kommen wie Jacob, Eirmbter und Hahn (1999) zu einem ähnlichen Resümee, indem sie vorschlagen, die Ausbildung der professionellen Heiler um Gesprächsführung und Kommunikationstechniken zu erweitern.

2.4 Ähnliche Konstrukte

Durch die Studien von Bartz (2004) und Grupe (2001) liegen bereits Instrumente (INIMAG) zur Erforschung des ‚Images der Psychotherapie’ vor. Sie konstruierten und evaluierten ihr Instrument an einer Normalstichprobe, die keine Aussage zur klinischen Relevanz der Ergebnisse ermöglicht. Deshalb sollen die Daten dieser Studie aus einer Patienten- und Therapeutenstichprobe bestehen. Weiterhin soll in dieser Arbeit geklärt werden, ob das bereits vorhandene Instrument (INIMAG; Bartz, 2004) vollständig ist bzw. noch ergänzt werden kann. Im Vorfeld vermutet der Autor, dass einige bereits gut etablierte Konstrukte in der Psychologie mit dem ‚Image der Psychotherapie’ (ACP) in Zusammenhang stehen könnten. Dies sind:

- Psychotherapiemotivation (in dieser Studie verwendete Tests: FMP, Schneider/ Basler/ Beisenherz, 1989; s. a. Anhang, FMP, S. 346; FPTM, Schulz/ Lang/ Koch, 2002; Screening-Items in Psy-BaDo, s. S. 360).
- Optimismus (Scheier & Carver, 1985; in dieser Studie verwendeter Test: Life Orientation Test (LOT), s. a. Anhang, S. 349)
- Kompetenz/ Kontrollüberzeugung (Schwarzer & Jerusalem, 1983; Mielke, 1982; Lohaus

26 Gleichbedeutend mit Patienten-Compliance – die Befolgung von Therapierichtlinien, Ratschlägen und Maßnahmen, also das ‚Mitmachen’ des Patienten. Dabei wird die partnerschaftliche aktive Auseinandersetzung zwischen Therapeut und Patient betont.

& Schmitt, 1989; Krampen, 1981, 1982; in dieser Studie verwendeter Test: Inkongruenzfragebogen (INK), Teilskala Kontrollüberzeugungen, s. a. INK, S. 349).

- Patienten-Adherence (in dieser Studie verwendeter Test: Screening-Items in Psy-BaDo; Item 9 im Patienten- u. Therapeutenstundenbogen (ACP-P, ACP-T), s. S. 339, S. 340).

Inwiefern die oben genannten Konstrukte mit dem ‚Image der Psychotherapie' (so wie mit dem für diese Studie neu konstruierten Instrument ACP-a operationalisiert) zusammenhängen bzw. der Fragebogen (ACP-a) etwas Eigenes darstellt, soll empirisch geklärt werden (s. Kapitel 3, ab S. 73).

Einen weiteren Ansatz zur Erforschung des ‚Images der Psychotherapie' bietet die ‚Theorie der sozialen Repräsentationen' (Moscovici, 1961; Harré, 2003). Dieser Erklärungsansatz geht davon aus, dass jeder einzelne Mensch ein subjektives Wissen über Psychotherapie hat. Darüber hinaus ist der Wissensbestand über Psychotherapie vielen Menschen gleichzeitig zueigen und kann in diesem Sinne als das gesellschaftliche ‚Image der Psychotherapie' gesehen werden. Moscovici (1991) untersuchte vor dem Hintergrund der ‚Theorie der sozialen Repräsentationen' in seiner Studie die Verbindung zwischen Experten- und so genannten Laienwissen in der Psychoanalyse. Er fand heraus, dass es Übereinstimmungen bezüglich der Wissensbestände im Expertenteam der Psychoanalyse gibt und dem, was sich in den Köpfen der ‚Alltagsmenschen' befindet. Begriffe bzw. Redewendungen wie z.B. Ödipuskomplex, Verdrängung, Unterbewusstsein und „… dann geh doch auf die Couch" ließen sich wiederfinden. Das zeigt natürlich, dass der ‚Alltagsmensch' eine bestimmte Idee hat, was man unter Tiefenpsychologie versteht, was die Menschen daraus machen und wie das funktioniert. Dies ist natürlich auch ein Teil des ‚Images von Psychotherapie'. Da die Menschen mit diesen Vorstellungen in die Psychotherapie gehen, lassen sich hier durchaus Parallelen ziehen. Die ‚Theorie der sozialen Repräsentation' bietet einen breiten Rahmen, um eigene Konstrukte einzubauen. Würde es in dieser Studie oder bei weiterführenden Fragestellungen um den kollektiven Diskurs gehen mit dem Fokus – „Wie verändern sich die Einstellungen zur Psychotherapie im Wandel der Zeit?" oder „Gruppen haben ein bestimmtes Wissen über Psychotherapie, es handelt sich nicht um Einzelwissen" – dann würde die Theorie der sozialen Repräsentationen einen breiten Forschungsrahmen zur Verfügung stellen. Z.B. könnte man an einzelnen Punkten, bei denen in dieser Studie offene Fragen entstehen, nachschauen, wie konstruiert eine kleine Gruppe von Patienten im Vergleich zu Experten die Arbeitsweise von Psychotherapie oder was haben sie für eine Idee zu einer spezifischen Psychotherapie. Langfristig gesehen unterliegt das ‚Image der Psychotherapie' gesellschaftlichen Normen und Einflüssen. Ginge es um diese Veränderungen, dann böte die ‚Theorie der sozialen Repräsentationen' eine breiten Forschungsrahmen. Zur Erforschung des ‚Images der Psychotherapie' bietet sie jedoch

keinen konkreten Weg, noch gibt es im Kontext der ‚Theorie der sozialen Repräsentationen' explizite Forschung, die den bereits vorhandenen Forschungsstand integrieren könnte. In der vorliegenden Arbeit liegt der Schwerpunkt in der Weiterführung des aktuellen Forschungsstandes, der direkt und konkret in dieses Feld ‚Therapieimage' weist. Damit ist die Forschungsstrecke konkret vorgeebnet. Es wird ein quantitativer Forschungsansatz mit konkreter Forschungsfrage verfolgt, dem Forschungsfragen zu Grunde liegen, die für bestimmte Items bereits vorliegen.

Als Forschungsansatz wurde ein in der klinischen Forschung übliches Verfahren auf Basis von Expertenurteilen (s. Kapitel 2.6, S. 68, 2. Absatz) gewählt. Es kann darum im wissenschaftlich korrekten Sinne nicht von dem ‚Image der Psychotherapie', als gesellschaftlich repräsentative Meinung über Psychotherapie, gesprochen werden. Dennoch wurde dieser Titel für die Forschungsarbeit aus plakativen Gründen beibehalten. Der Richtigkeit halber wurde aus diesen Gründen ein ausführlicher Untertitel gewählt, der der geleisteten Forschungsarbeit eher entspricht.[27] Wird in dieser Arbeit im weiteren Verlauf von ‚Image der Psychotherapie' gesprochen, so ist dies letztendlich immer im engeren Sinne der mit dem Untertitel verfassten Definition zu verstehen.

2.5 Fragestellung

Beeinflusst die Einstellung der Patienten zur Psychotherapie den Behandlungserfolg bzw. den Therapieverlauf? Wenn das der Fall ist, dann wäre die Akzeptanz der Psychotherapie durch den Patienten und damit letztendlich das ‚Image der Psychotherapie' ein externer psychotherapeutischer Wirkfaktor.

2.6 Methode/ Design

Der qualitative Teil dieser Studie besteht in der Erfassung der inneren Struktur der Person hinsichtlich ihrer Annahmen über das Zustandekommen des Outcomes. Wie sieht die Wirklichkeit des Klienten aus? In dieser Wirklichkeit lassen sich im Vorfeld zwei Dimensionen ausmachen:

---

27 Die Akzeptanz der Psychotherapie (ACP) im deutschen Sprachraum aus der Perspektive von Psychotherapie-Experten als Wirkfaktor für den Therapieprozess/-erfolg der Patienten des Institutes für Verhaltenstherapie (NIVT) in Bremen.

Motivation/ Wissen

Im Wissens- bzw. motivationalen Gefüge stellt sich die Frage: „Was weiß der Klient über Psychotherapie, in Bezug auf seine Symptomatik“.

Intelligenz/ Änderungskompetenz

Mit einer hohen Änderungs- bzw. Wandlungskompetenz zeigt der Klient, dass er intelligent genug ist und über genug Ressourcen verfügt, um sich zu verändern.

Aus zeitökonomischen Gründen wurde das gesellschaftliche ‚Image der Psychotherapie' nicht durch eine sozialwissenschaftliche Umfrage erfasst und die Items für den Fragebogen ACP-a nicht aus den Ergebnissen der (sich anschließenden) Inhaltsanalyse konstruiert (regelgeleitet). Eine Konstruktion des ACP-a auf Basis einer der gängigen psychologischen Theorien schien auch nicht sinnvoll, weil im Vorfeld nicht abzuschätzen war, welche Theorien im Zusammenhang mit dem ‚Image der Psychotherapie' beteiligt sein würden. Deshalb wurde ein rein empirischer Forschungsweg auf Basis von klinischem Expertenwissen bevorzugt. Dafür wurden Experten[28] für Psychotherapie 104 Items vorgelegt, die sich wie folgt zusammensetzen:
Aufbauend auf die Arbeit von Bartz (2004) wurden die 12 Items ihres geschaffenen Instrumentes INIMAG übernommen. Weitere Items wurden durch Telefonbefragungen und aus diversen Literaturfundstellen recherchiert. Die daraus anfänglich gewonnenen 104 Items wurden analysiert und redundante bzw. wenig zweckdienliche Items selegiert. Die verbliebenen 77 Items wurden mit entsprechenden Instruktionen an Experten[28] im Bereich der Psychotherapie versandt, um sie auf ihre inhaltliche Relevanz bzw. die praktische Verwertbarkeit im klinischen Alltag zu überprüfen und gegebenenfalls weitere Items hinzufügen. Aus den Ergebnissen der Expertenbefragung wurde eine Vorversion des ACP-a konstruiert und einer Konstruktionsstichprobe von 92 Probanden vorgelegt (vgl. Skalenkonstruktion ACP-a [Konstruktionsstichprobe], S. 79). Aus diesen Daten wurde die Testendform des ACP-a konstruiert. Diese Testendform wurde den Patienten des NIVT in Bremen vorgelegt. Damit Therapieeffekte gemessen werden können, wurde zusätzlich eine Testbatterie (s. a. Abschnitt 10.21, Testbeschreibungen, S. 345) zu zwei bis drei Messzeitpunkten (t_1 = vor der Therapie; $t_2 \approx 20$.

28 Siehe auch Skalenkonstruktion ACP-a (Konstruktionsstichprobe), S. 79, Fußnote 39.

Therapiestunde[29] bzw. in Einzelfällen t_3 = nach Behandlungsende[30]) vorgelegt. Damit mittlere Effekte (Eta = .25 bei Varianzanalysen) bei einer Teststärke von 80% und einem Signifikanzniveau von 5% ermittelt werden können, sollte die Stichprobe mindestens 128 vollständige Fälle[31] umfassen (Bortz 1995, S. 575, Tabelle 47: optimale Stichprobenumfänge). Wünschenswert wären größere Stichprobenumfänge, um einen mittleren Effekt bei einer Teststärke von 90% und einem Signifikanzniveau von 1% zu erreichen (vgl. Dubben/ Beck-Bornholdt, 2004, S. 411, „Ein Pragmatischer Verbesserungsvorschlag"). Dafür wären allerdings Stichprobengrößen von mindestens n=242 nötig.[32] Aufgrund der hohen zeitlichen Dynamik des Therapieverlaufes ließ sich nicht genau vorausberechnen, wann die NIVT-Stichprobe 128 vollständige Fälle erreichen würde (Abbrecher, flexiblere Zeitgestaltung zum Behandlungsende hin, Urlaub, etc.). Es wurden deshalb wesentlich mehr als 128 Patienten in die Studie aufgenommen.

2.7 Vorarbeiten

Das Instrument ACP-a ist eine Weiterentwicklung des Instrumentes von Bartz (2004, INIMAG), die ihrerseits Forschungsergebnisse von Grupe (2001) verwendete. Sie liefert damit bereits eine Vorversion der neuen Skala ACP-a – ‚Image der Psychotherapie'. Der zusätzlich verwendete neu konstruierte Patienten- und Therapeutenfragebogen (ACP-P) basiert auf dem Berner Stundenbogen 2000 für Patienten (Grawe & Regli, 2000). Für diese

---

29 Da es aus organisatorischen und situativen Gründen nicht möglich war, jeden Patienten exakt zur 20. Therapiesitzung zu testen, wurden Abweichungen in Kauf genommen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass geringfügige Abweichungen tolerabel sind.

30 In der Regel wurden aus ökonomischen Gründen nur zwei Messzeitpunkte – t_1(direkt nach der Erstsichtung) und t_2 (≈20. Therapiestunde) – erfasst. Soweit möglich, werden auch Messungen nach Behandlungsende (t_3) durchgeführt, um zu klären, ob die gefundenen Effekte bis zum Ende der Therapie stabil bleiben.

31 Ein Fall ist im Sinne dieser Studie mit Durchführung der Postmessung (t_2) vollständig. Für fehlende Stundenbögen werden, um die zeitliche Rangreihenfolge der Stunden pro Fall zu wahren, leere Stundenbögen eingefügt.

32 Mindeststichprobengrößen für mittlere Effekte: (Mittelwertvergleiche) Effektstärke = 0.25, Signifikanzniveau = 0.05, Teststärke = 0.8, Lambda = 8.0000, Kritischer F-Wert = 3.9163, n = 128. (Mittelwertvergleiche) Effektstärke = 0.25, Signifikanzniveau = 0.01, Teststärke = 0.9, Lambda = 15.1250, Kritischer F-Wert = 6.7417, n = 242. (Chi-Quadrat-Test) Effektstärke = 0.3, Signifikanzniveau = 0.05, Teststärke = 0.8, Lambda = 7.9200, Kritischer Chi-Quadrat = 3.8415, n = 88. (Chi-Quadrat-Test) Effektstärke = 0.3, Signifikanzniveau = 0.01, Teststärke = 0.9, Lambda = 14.9400, Kritischer Chi-Quadrat = 6.6349, n = 166.

Studie wurde er um sechs Items erweitert, alle Items für beide Geschlechter passend umformuliert und es wurde eine synchrone Version (inhaltlich und gleiche Itemabfolge) für Therapeuten formuliert, um zu prüfen, ob es zwischen Patienten und Therapeuten eine größere Übereinstimmung gibt, wenn die Patienten ihre Therapie mit einer positiveren Einstellung zur Psychotherapie beginnen.

2.8 Erwartete Ergebnisse

Erwartet wird, dass Patienten, die zu Behandlungsbeginn eine hohe Akzeptanz für Psychotherapie aufweisen, deutlich bessere Therapieergebnisse (Outcome und/oder Therapieverlauf) erreichen als Patienten, die bei Therapiebeginn ein negatives Bild von Psychotherapie haben.

Die Empirie gleicht einem Piano. Was es dir gibt,
hängt davon ab, wie du es spielst.

(Anm. Autor)

Zu mancher richtigen Entscheidung kam es nur,
weil der Weg zur falschen gerade nicht frei war.

(Hans Krailsheimer zit. n. Banzhaf, 2003)

3 Empirie

3.1 Empirisches Modell

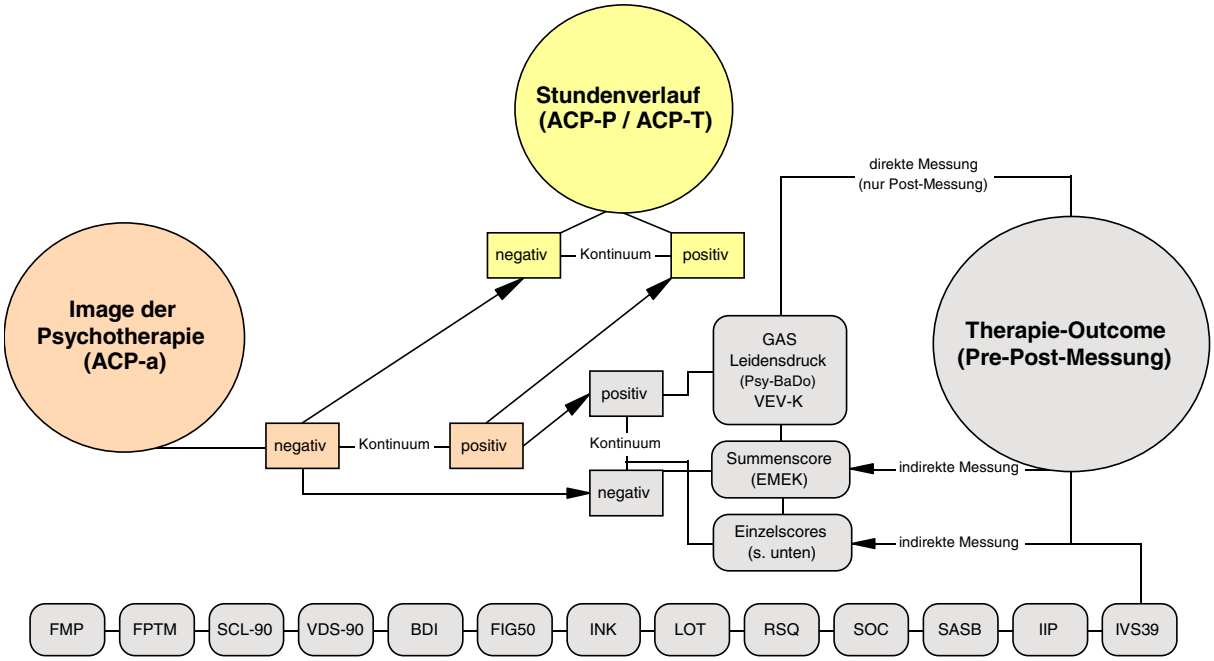


Abb. 3: Empirisches Modell

Das ‚Image der Psychotherapie', gemessen durch den Fragebogen ACP-a, kann auf einem Kontinuum von 0 («stimme gar nicht zu») bis 4 («stimme sehr stark zu») eher positiv oder eher negativ sein. Der Verlauf der Psychotherapie wird mit dem Patientenstundenbogen (ACP-P) auf einer 7-stufigen Skala (von 1 = «Ablehnung» bis 7 = «Zustimmung») gemessen. Bevorzugen die Probanden eher positive Meinungen über Psychotherapie und weniger negative, dann wird auch ein positiver Verlauf (positivere Beurteilung des Therapieverlaufes durch die Patienten und damit höhere Punktzahlen auf dem ACP-P über den Verlauf der Therapiesitzungen hinweg) erwartet und vice versa. Der Therapie-Outcome wird indirekt durch 13 standardisierte Fragebögen in einem Vorher-Nachher-Vergleich gemessen und direkt durch GAS (Goal attainment Scaling = 'Therapiezielerreichungsskala')[33], LD ('Leidensdruck'; vom Autor neukonstruierte Skala in der vorgelegten Psy-BaDo, s. Tab. 159, S. 341) und VEV-K (Veränderungsfragebogen; Zielke, 1978b; Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Buhl, S. M. & Raatz, U., 2001). Es kommen zur Veränderungsmessung somit subjektive Selbstbeurteilungs-

33 Bestandteil der mit dem Patienten ausgefüllten Patienten-Psy-Bado (s. Anhang, S. Abb. 118, S. 355).

skalen[34], subjektive Fremdbeurteilungsskalen[35] und objektive Prüfgrößen (biometrische Tests)[36] zum Einsatz. Außer der Zielerreichungsskala in der Patienten-Psy-BaDo und dem Veränderungsfragebogen (VEV-K), die jeweils nur einmal am Ende der Postmessung vorgelegt wurden, wird mit allen anderen vorgelegten Instrumenten die Veränderung indirekt gemessen. Die Veränderungsmessung erfolgt dabei durch die Differenzbildung zwischen den beiden Messzeitpunkten (t_1 = gleich nach dem Erstgespräch und $t_2 \approx 20$. Therapiesitzung). Auf die methodischen Probleme beider Verfahren wird hier nicht eingegangen. Diese wurden für die indirekte Veränderungsmessung ausführlich bei Petermann (1978), Zielke (1982a) und Jäger (1999) und bei der direkten Veränderungsmessung bei Stieglitz (1986) diskutiert. Durch die Vielzahl der vorgelegten Instrumente zur Erfolgsmessung, die viele psychotherapeutisch relevante Themen umspannen – Psychotherapiemotivation (FMP, FPTM), Symptomlisten und psychotherapeutisch relevante Störungen (SCL-90, VDS-90, BDI), gesundheitsrelevante Einstellungen (FIG-50, z.B. Selbstwirksamkeitserwartung), Annäherungs- und Vermeidungsmotive (INK), Optimismus (LOT), Beziehungsfähigkeit (RSQ), Kohärenzgefühl (SOC-13), Umgang mit sich selbst (SASB, Introjekt), Probleme mit Mitmenschen (IIP), Spiritualität (FIG-50, IVS-39), Verhaltensveränderungen, Differenzierungsfähigkeit, Sozialkontakt und Körperbewusstsein (IVS-39) – erhofft sich der Autor auch bei einem unter Umständen nur geringem Einfluss von Psychotherapiemeinungen auf das Therapieergebnis dennoch Veränderungen messen zu können.

Um innerhalb dieser Studie ein möglichst breites Spektrum möglicher Therapieeffekte messen zu können, wurden für diese Studie insgesamt 114 weitestgehend therapieschulenunabhängige veränderungssensitive Patientenvariablen (Wirkfaktoren) ausgewählt. Grund für die Aufnahme gerade dieser Personenvariablen war, dass …

(1) … diese sich bereits in einer Vielzahl von Studien testtheoretisch bewährt haben,

(2) … sie zum Teil weltweit verbreitet wurden,

(3) … die wichtigsten Syndrome erfasst werden,

(4) … zahlreiche Vergleichsgruppen existieren und

---

34 ACP-P, FMP, FPTM, SCL-90, VDS-90, BDI, FIG-50, INK, LOT, RSQ, SOC-13, SAB, IIP, IVS-39, GAS, LD und VEV-K (s. Anhang ab Seite 345).

35 ACP-T = Therapeutenstundenbogen; Therapeuten-Psy-BaDo.

36 Maße der Herzratenvariabilität (HRV) und der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA).

(5) … sie eine hohe psychotherapeutische Relevanz ausweisen können (s.a. Anhang, Testbeschreibungen und in den Manualen der Instrumente; Mestel, 2006)[37].

Grob lassen sich die verwendeten Skalen in zwei Kategorien einteilen: Problem- und ressourcenorientierte Skalen (Defizit- und Kompetenzskalen). Aus klinischer Sicht sollen als Outcome der Therapie die problematischen Inhalte der Defizitskalen abgebaut und die wünschenswerten Inhalte der Kompetenzskalen aufgebaut werden. Zu den in dieser Arbeit eingesetzten Defizitskalen gehören die *psychopathologischen Breitbandverfahren* (Symptomlisten: SCL-90: Franke, 2002; VDS-90: Sulz, 2005), *störungsspezifische Skalen* (BDI: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2000), *Inkongruenz* von Annäherungs- und Vermeidungsmotivationen (INK: Holtforth & Grawe, 2004), *Beziehungsängste* (RSQ: Originalversion – Bartholomew, 1994, deutsche Version – Steffanowski, Oppl, Meyerberg, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2001), *Interpersonelle Probleme* (IIP: Horowitz, Strauß & Kordy, 2000). Die Kompetenzskalen beinhalten *Psychotherapiemotivation* (FMP: Schneider, Basler & Beisenherz, 1989; FPTM: Nübling & Schulz, 1995), *gesundheitsrelevante Einstellungen* (Fragebogen integrativer Gesundheit [FIG-50]: Belschner, 2005; Kohärenzgefühl [SOC-13]: Antonovsky, 1997; Abel, Kohlmann, Noack & Bachmann, 1995; Optimismus – Life Orientation Test [LOT]: Glaesmer & Hoyer, 2003; Integrative Verlaufsskalen [IVS-39]: Bantelmann & Belschner, 2005), den *Umgang mit sich selbst* (SASB, Introjektversion: Tscheulin & Harms, 2001), das *‚Image der Psychotherapie'* (Acceptance of Psychotherapy [ACP-a]: Fischer & Belschner, 2007) und den Patienten-Stundenbogen ([ACP-P]: Fischer & Belschner, 2007). Nachfolgend die zwei Tabellen der 15 vorgelegten Instrumente mit ihren Einzelskalen:

37 Ausgenommen der neu konstruierte ACP-a – das Image der Psychotherapie.

Tab. 5: Defizitskalen

Symptom-Checklisten SCL-90	
1	Somatisierung
2	Zwanghaftigkeit
3	Unsicherheit
4	Ängstlichkeit
5	Aggressivität
6	Phobische Angst
7	Paranoides Denken
8	Psychotizismus
9	Symptombelastung SCL-90
Symptom-Checklisten VDS-90	
1	Schizophrenie
2	Manie
3	Gedächtnis/ Konzentration
4	Depression
5	Angst
6	Depersonalisation
7	Derealisation
8	Neurasthenie
9	Schlafstörungen
10	Pavor nocturnus
11	Verhaltensrituale
12	Verhaltensstörungen
13	Tics
14	Stottern, Poltern
15	Aggression
16	Sexualstörung
17	Zwang
18	Alkoholismus
19	Sucht
20	Essstörung
21	Schmerzstörung
22	Somatoforme Störung
23	Dissoziative Störung
24	Hypochondrie
25	Dysmorphobie
26	Posttraumatische Störung
VDS-90	Symptombelastung VDS-90
Becks Depressions-Inventar	
BDI	Depression
Inkongruenzfragebogen	
1	Intimität/ Bindung
2	Geselligkeit
3	Anderen helfen
4	Hilfe bekommen
5	Anerkennung/ Wertschätzung
6	Überlegensein/ Imponieren
7	Autonomie
8	Leistung
9	Kontrolle haben
10	Bildung/ Verstehen
11	Glauben/ Sinn
12	Das Leben auskosten
13	Selbstvertrauen/ Selbstwert
14	Selbstbelohnung
1	Alleinsein
2	Geringschätzung
3	Erniedrigung
4	Vorwürfe/ Kritik
5	Abhängigkeit/ Autonomieverlust
6	Spannungen mit anderen
7	Sich verletzbar machen
8	Hilflosigkeit/ Ohnmacht
9	Versagen
A	Inkongruenz Annäherungsmotive
B	Inkongruenz Vermeidungsmotive
INK	Inkongruenz Gesamt
Bindungsängste	
1	Angst vor Trennung
2	Angst vor Nähe
3	Fehlendes Vertrauen
4	Wunsch nach Unabhängigkeit

Inventar Interpersoneller Probleme	
1	zu autokratisch
2	zu streitsüchtig
3	zu abweisend
4	zu introvertiert
5	zu unterwürfig
6	zu ausnutzbar
7	zu fürsorglich
8	zu expressiv
IIP	Interpersonelle Probleme Gesamt

Tab. 6: Kompetenzskalen

Fragebogen Integrativer Gesundheit	
1	Generalisierte Selbstwirksamkeit
2	Transpersonales Vertrauen
3	Soziale Resonanz
4	Krankheitsbezogene Besserung
5	Gesundheitsbezogene Besserung
6	Selbstbestimmte Lebensführung
7	Proaktivität
FIG-50	Gesamtwert FIG-50
Kohärenzfragebogen	
SOC-13	Kohärenzgefühl
Life Orientation Test	
LOT	Optimismus
Strukturale Analyse sozialen Verhaltens	
1	Spontanes Selbst
2	Selbstakzeptanz
3	Selbstliebe
4	Selbstunterstützung
5	Selbstkontrolle
6	Selbstabwertung
7	Selbstvernichtung
8	Selbstvernachlässigung
Integrale Verlaufsskalen	
1	Integration
2	Spiritualität
3	Differenzierung
4	Körperbewusstsein
5	Sozialkontakt
6	IVS-Gesamtwert
Psychotherapiemotivation	
1	Krankheitserleben
2	Laienätiologie
3	Allge. Behandlungserwartungen
4	Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie
FMP	Gesamt FMP
1	Psychischer Leidensdruck
2	Symptombezogene Zuwendung
3	Hoffnung
4	Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit
5	Initiative
6	Wissen
FPTM	Gesamt FPTM
Veränderungsfragebogen	
VEV-K	Veränderungen im Erleben
Akzeptanz der Psychotherapie (ACP-a)	
1	Personales Empowerment
2	Transpersonales Empowerment
3	Inferiore kommunikative Position
4	Neg. Selbstwirksamkeitserwartung
5	Positive Behandlungserwartung
6	Positive Outcome-Erwartung
7	Gesamtwert ACP positiv
8	Gesamtwert ACP-a negativ
ACP-a	Gesamtwert ACP-a
Patienten-Stundenbogen (ACP-P)	
1	Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrungen
2	Negative Einflüsse
3	Therapiebeziehung
4	Positive Kontrollerfahrungen
5	Problemaktualisierung

3.2 Hypothesen

A_0 Patienten mit hoher oder niedriger Akzeptanz von Psychotherapie unterscheiden sich nicht im Therapieverlauf (kontinuierliche Veränderungsmessung).

A_1 Patienten mit hoher oder niedriger Akzeptanz von Psychotherapie unterscheiden sich im Therapieverlauf (kontinuierliche Veränderungsmessung).

B_0 Patienten mit hoher oder niedriger Akzeptanz von Psychotherapie unterscheiden sich nicht im Therapieergebnis[38] (Pre-Post-Differenz).

B_1 Patienten mit hoher oder niedriger Akzeptanz von Psychotherapie unterscheiden sich im Therapieergebnis (Pre-Post-Differenz).

3.3 Skalenkonstruktion ACP-a (Konstruktionsstichprobe)

Mithilfe von Befragungen im engen Umkreis (Studenten, Therapeuten, Verlage, etc.) und aus recherchierter Literatur (Bartz, 2004; Bürger-Leier, 2003; Psychologie Heute, 2003; etc.) wurden Meinungen über Psychotherapie gesammelt. Aus den anfänglichen 105 Aussagen wurden dann 75 dieser Meinungen an 25 Experten im Bereich der Psychotherapie versandt.[39]

Die Befragung der Experten gab viele Hinweise zur weiteren Konstruktion des ACP-a-Fragebogens. Die wichtigsten waren:

- Keine Fremdwörter verwenden
- So weit wie möglich die Komplexität der Aussagen reduzieren
- Falls möglich, jeweils nur eine Aussage pro Satz
- Umgangssprachliche Formulierungen

---

38 Im weiteren Verlauf der Dissertation wird anstelle von Therapieergebnis auch der Begriff ‚Therapieerfolg' verwendet. Gemeint ist damit eine Veränderung der Skalenwerte (Pre-Post-Differenzen) in die von der Theorie her gewünschte Richtung. Z.B. höhere Werte auf der Skala 'Selbstwirksamkeitserwartung' zum Zeitpunkt der Postmessung würde mehr ‚Skalengesundheit' bedeuten. Dieser so bezeichnete ‚Therapieerfolg' kann vom klinischen Urteil erheblich abweichen. Es können z.B. Verzerrungen der Ergebnisse durch Beantwortung der Items in Richtung sozialer Erwünschtheit entstehen. Auch überhöhte Angaben durch vorherige erfolgreiche REHA-Aufenthalte mit ‚Hochstimmung' bei der Entlassung können die Messergebnisse der Pre-Messung verfälschen. Letztendlich zählt das klinische Urteil, denn der Therapeut hat den direkten Kontakt zum Patienten und kann über konkret einzelfallbezogene Fragen zu einem besseren Urteil bezüglich der Fortschritte in der Therapie gelangen. In den meisten Fällen decken sich jedoch die klinischen Erfahrungen mit den Ergebnissen der psychometrischen Tests in dieser Studie.

39 Niedergelassene approbierte Psychotherapeuten diverser Therapieausrichtungen (s. a. Danksagung).

Auf Basis der Expertenaussagen wurde eine Vorversion des ACP-a mit 65 Items konstruiert. Die Vorversion wurde einer Konstruktionsstichprobe von 91 Studenten, Therapeuten, Freunden, etc. vorgelegt. Für diese Stichprobe ließen sich nach dem SCREE-Test (Cattell, 1966) vier Faktoren mit einem KMO von .722 extrahieren, die 48.5% Gesamtvarianz aufklären (s. Anhang Abb. 104, S. 271). Auf die vier Faktoren verteilen sich 34 der ursprünglich 65 Items. Zwischen den vier Faktoren gibt es keine Interkorrelationen über r = .55 – somit erklärt kein Faktor Teile der Varianz des anderen (Tab. 7, S. 81). Die vier Faktoren wurden mit 'Personales Empowerment' (F1)[40], 'Positive Outcome-Erwartung' (F2)[41], 'Negative Selbstwirksamkeitsattribution' (F3)[42] und 'Inferiore kommunikative Position' (F4)[43] benannt. Da weder von den Psychotherapie-Experten noch von den Patienten in der Konstruktionsphase des Fragebogens Items mit bewusstseinspsychologischem Inhalt angeboten wurden, wurde a priori ein zusätzlicher Faktor (F5)[44] – 'Transpersonales Empowerment' – mit sieben Items mit bewusstseinspsychologischen Inhalt nachträglich beigestellt, was die Itemzahl der Testendfassung des ACP-a auf 41 erhöht (s. Anhang, Abb. 108, S. 335, ACP-a-Fragebogen)[45]. Die Anordnung der Items der Testendform wurde absichtlich nicht nach dem Zufallsprinzip gewählt, sondern so, dass Items mit stärkerer (insbesondere negativer) Affektbesetzung nicht gleich zu Anfang präsentiert wurden, um den Patienten vorsichtig einzustimmen. Als Bewertungsmaßstab für die 'Affektstärke' der Items wurde die Höhe der Faktorenladungen herangezogen. Die fünfstufige Ratingskala (Likert-Skala) umfasst folgende Kategorien:

Ich stimme der Aussage …

⓪ gar nicht, ① ein wenig, ② mittelmäßig, ③ ziemlich stark, ④ sehr stark … zu.

---

40 F1 = Item 8, 13, 21, 5, 16, 23, 46, 34, 62, 2, 63 (n. Ladungshöhe); s. Anhang, Vorversion ACP-a, S. 332.

41 F2 = Item 64, 44, 60, 29, 26, 33, 40, 31, 59, 22 (n. Ladungshöhe); s. Anhang, Vorversion ACP-a, S. 332.

42 F3 = Item 6, 43, 11, 4, 39, 25, 17, 7 (n. Ladungshöhe); s. Anhang, Vorversion ACP-a, S. 332.

43 F4 = Item 52, 51, 53, 19, 12 (n. Ladungshöhe); s. Anhang, Vorversion ACP-a, S. 332.

44 F5 = Item 5, 10, 16, 20, 25, 30, 35 (a priori Testendversion hinzugefügt); s. Anhang, Testendversion ACP-a, S. 335.

45 ACP-a – ACP steht für *Acceptance of Psychotherapy* und das angehängte –a (für Anfang) kennzeichnet den Fragebogen als Pretest-Version. Dieser wurde direkt nach dem Erstgespräch (t_1) und nach ungefähr 20 Therapiesitzungen (t_2) vorgelegt. Die auf das Behandlungsende semantisch zugeschnittene ACP-e-Version (e für Ende; s. Anhang, Abb. 110, S. 337) wurde nur einigen wenigen Patienten vorgelegt, die ihre Therapie weit nach oder vor der 25 Therapiesitzung regulär beendet haben.

Bitte beachten: Die Kurzbezeichnung der Stundenbögen ist ACP-P (Patientenstundenbogen) und ACP-T (Therapeutenstundenbogen).

Aus der Tabelle auf Seite 81 (Tab. 7) mit den Interkorrelationen der Faktoren lässt sich ablesen, dass wer Faktor F3 stark bejahte ('neg. Selbstwirksamkeitsattribution') auch ein geringes 'Personales Empowerment' (F1) und eine geringe 'Positive Outcome-Erwartung' (F2) angab. Die positiven Korrelationen zwischen den Faktoren F3 und F4 mit negativem Inhalt weisen darauf hin: wer eine hohe 'neg. Selbstwirksamkeitsattribution' (F3) angibt, sieht sich auch in einer 'inferioren kommunikativen Position' (F4).

Tab. 7: Korrelationen der ACP-Faktoren (Konstruktionsstichprobe)

Korrelationen

		F1	F2	F3	F4
F1	Korrelation nach Pearson	1	,408**	-,222*	,091
	Signifikanz (2-seitig)	.	,000	,034	,389
	N	92	92	92	92
F2	Korrelation nach Pearson		1	-,344**	-,077
	Signifikanz (2-seitig)		.	,001	,468
	N		92	92	92
F3	Korrelation nach Pearson			1	,272**
	Signifikanz (2-seitig)			.	,009
	N			92	92
F4	Korrelation nach Pearson				1
	Signifikanz (2-seitig)				.
	N				92

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die vier Faktoren (F1 – F4) + a priori Faktor (F5) mit jeweils einem Markeritem (Item mit höchster Ladung auf diesem Faktor).

N = 92 KMO = .722
Varianz (G=48,5) (F1=14,4) (F2=13,2) (F3=12) (F4=8.9)
21 ACP+ (6 INIMAG+)
13 ACP- (8 INIMAG-)

	Item ACP	Personales Empowerment F1 (11) ,8389	Positive Outcome-Erwartung F2 (10) ,8438	Neg. Selbstwirksamkeitsattribution F3 (8) ,7689	Inferiore kommunikative Position F4 (5) ,7062	Transpersonales Empowerment F5 (7) a priori
Mit der Psychotherapie kann ich einen Anfang machen, um für mich unbefriedigende Umstände zu ändern.	1	,752				
Ich gehe davon aus, dass ich in der Psychotherapie nicht nur "repariert", sondern geheilt werde.	41		,707			
Psychotherapie ist bei meinen Problemen ein Hinweis auf mangelnde Reife.	21			,813		
In der Psychotherapie fühle ich mich schlecht bei dem Gedanken, dass der Therapeut/ die Therapeutin alles weiß und immer Recht hat.	18				,714	
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.						
Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert.						
Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich lernen will, meiner inneren Stimme zu folgen.	35					

Abb. 4: ACP-Konstruktionsstichprobe mit benannten Faktoren und Markeritems

Mit einem KMO von .722 und einer Varianzaufklärung von 48.5% erreicht die Vorversion des ACP-a «ziemlich gute» Kennwerte.[46] Dabei können insgesamt 21 positive Aussagen (Abb. 4, Markeritem in schwarzer Schrift) und 13 negative (Abb. 4, Markeritem in roter Schrift) über Psychotherapie einbezogen werden. Darunter 6 positive und 8 negative Items des INIMAG (Bartz, 2004; Vorinstrument des ACP-a). Die Skalen erreichen einen Cronbach Alpha von α=.7062 bis α=.8389 mit einer Itembesetzung von minimal 6 bis 11 Items pro Skala. Die für Faktorenanalysen in dieser Studie verwendeten SPSS-Einstellungen[47] bzw. Berechnungsregeln sind im Anhang, Seite 327 beschrieben. Der fünfte nachträglich zugefügte Faktor (Abb. 4, Markeritem in blauer Schrift) mit bewusstseinspsychologischen Inhalten – 'Transpersonales Empowerment' – enthält sieben Items. Wie bereits eingangs beschrieben, wurde nicht regel- oder theoriegeleitet konstruiert, sondern auf Basis von klinischem Expertenwissen (s. a. Methode/ Design, S. 68, 2. Absatz). Das hatte zum einen zeitökonomische Gründe, sollte darüber hinaus jedoch auch alle Türen offen halten, um

46 Bewertung der KMO-Werte (Backhaus et al., 2000, S. 269f; Brosius, 1989, S. 145f): «hervorragend» (.90), «noch sehr gut» (.80), «noch ziemlich gut» (.70); «mittelmäßig» (.60), «schlecht» (.50), «nicht akzeptabel» (<.50).

47 SPSS (Social Package of Social Sciences; Statistikprogramm).

eventuell neue Theorien bilden zu können. Die Skalenbenennungen des ACP-a geben jedoch schon einige Hinweise auf in der Psychologie wohl bekannte Konstrukte – '(neg.) Selbstwirksamkeitsattribution' bzw. 'neg. Selbstwirksamkeitserwartung'(F3). Nur die Skalenbezeichnung stimmt mit dem ‚Original' überein, die Items sind neue – auf das ‚Image der Psychotherapie' abgestimmt. Nachfolgend die inhaltliche Beschreibung der gefundenen Faktorenstruktur der Vorversion des ACP-a:

Selbstbestimmung: Der Faktor 1 wurde mit 'Personales Empowerment' betitelt. Hier sammeln sich Aussagen, die zum Ausdruck bringen, dass der Patient von einer Psychotherapie erwartet, dass sie ihn zu einer positiven Kontrolle im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung führt. Der Patient möchte einen Neuanfang machen, um unbefriedigende Umstände zu verändern (Item 1). Er/ sie will ihr soziales Umfeld besser verstehen (14), will Verantwortung für sich selbst übernehmen (17, 3, 27, 40), will selbstbestimmt eigenmotiviert handeln (24) und sich verändern/ weiterentwickeln (36, 7).

Ergebniserwartungen: Faktor 2 fasst alle Items zusammen, die mit positiven Ergebniserwartungen zusammenhängen ('pos. Outcome-Erwartung'). Der Patient erwartet z. B., dass er … in der Therapie geheilt wird (Item 41). Dass der Therapeut herausfindet, was ihm fehlt (2). Dass die Therapie wirkungsvoller ist, als ein Gespräch mit Freunden (9). Dass er/sie vom Therapeuten ernst genommen wird (19), usw.

Transpersonale Konzepte: Faktor 5 ('Transpersonales Empowerment')[48] enthält Items, die von Patienten bedient werden können, die von der Psychotherapie auch Unterstützung in ihrer spirituellen Weiterentwicklung erwarten. Diese Patienten wollen durch die Therapie darin gefördert werden, ihren Le-

48 Mit *Transpersonal*, *Transpersonaler Einstellung* bzw. *Transpersonalität* ist hier eine Ordnung gemeint, „…die jenseits der relativen Standards einer bestimmten Kultur liegt." (Belschner, Galuska, Walach & Zundel, 2002, S. 190 oben). Einheitserfahrung und Einheitsbewusstsein hängen zusammen: „Die Erfahrung der Einheit von relativ und absolut beginnt zu überwiegen… vollständige Hingabe des Herzens auf der Ebene persönlichen Handelns und die Gnade auf der Seite des Göttlichen. An Stelle der Zweiheit (Getrenntheit) zwischen dem Verehrenden und dem Göttlichen beginnt die Einheitserfahrung." (Belschner, Galuska, Walach & Zundel, 2002, S. 359 oben).

benssinn zu erkennen (5); sie wollen an etwas Größerem mitwirken und *über sich hinausgehen* (10, 16); Patienten mit meditativen Erfahrungen wollen ihre Erfahrungen nicht als pathogen ausgelegt bekommen, sondern wollen im Sinne einer Mit- und Selbstbestimmung darin unterstützt werden, solche Erfahrungen sinnvoll in ihre Therapie zu integrieren. So wollen sie einerseits lernen, eine selbstverantwortliche Person zu werden, andererseits wollen sie lernen, eine *höhere Ordnung* zu respektieren (20, 25). Sie erwarten von ihrer Psychotherapie nicht nur personale (z.B. im Sinne funktionaler Verbesserungen) sondern auch spirituelle Weiterentwicklung (30).

Neg. SW-Erwartung: Faktor 3 ('negative Selbstwirksamkeitserwartung') enthält negative Aussagen zur Psychotherapie. Patienten, die diese Items hoch bewerten, befürchten, dass Ihnen die Therapie eher nicht hilft, sondern sie völlig aus der Bahn wirft und sie entmündigt. Sie glauben, dass sie nur deshalb eine Psychotherapie brauchen, weil sie zu schwach sind, ihr Leben aus eigenen Kräften zu bewältigen und das bewerten sie für sich als ein Versagen (15, 13). Sie können sich aus sich selbst heraus nicht mehr wirksam fühlen und werten sich deshalb sehr stark ab, kommen sich lächerlich vor (8, 15, 33, 31, 23, 21, 8). Sie glauben, dass ihre Handlungen nichts mehr bewirken und fühlen sich deshalb generell selbstunwirksam. Darum wurde der Faktor mit 'negative Selbstwirksamkeitserwartung' benannt.

Inferiore komm. Pos.: Auch Faktor 4 enthält negative Aussagen über Psychotherapie. Hier geht es jedoch darum, dass sich die Patienten den Therapeuten gegenüber nicht als vollwertige Partner sehen. Sie sind ihnen in der kommunikativen Position unterlegen, fühlen sich unterdrückt, darum wurde Faktor 4 mit 'Inferiore kommunikative Position' benannt. Patienten, die diesen Faktor hoch bewerten, fühlen sich z.B. ihrer Autonomie beraubt, weil sie in der Therapie ihre Seele auf den Tisch legen müssen (11); glauben, dass sie keine Wahl haben, denn sie müssen auf alles antworten, was die Therapeuten sie fragen (26); fühlen sich ohnmächtig, weil sie nicht wissen, was in der Therapie mit ihnen gemacht wird (28). Beide negativen Skalen (F3 u. F4) weisen bei hohen Skalenwerten auf ausgeprägte Therapie- und Kontrollverlustängste hin.

3.4 Geplante Stichprobe

Als Stichprobe dienten die Patienten[19] und Therapeuten[19] des Norddeutschen Instituts für Verhaltenstherapie (NIVT) in Bremen im Zeitraum vom 1.10.2005 – 1.04.2007[49]. Eine genauere Beschreibung der Stichprobe findet sich in Kapitel 4.1, ab Seite 93.

3.5 Ablaufplan der Datengewinnung

Um die für dieses Forschungsdesign erforderlichen Daten zu erhalten, wurden vom Autoren beim NIVT Teile eines Qualitätssicherungssystem installiert, mit dem alle erforderlichen Daten systematisch erfasst werden konnten. Abb. 5 auf der nächsten Seite zeigt das Ablaufschema des QS-Systems. Um leicht erkennen zu können, von wem welche Arbeiten innerhalb des QS-Systems durchgeführt werden müssen, sind die Kästchen unterschiedlich farbkodiert:

Gelbschattierte Kästchen: Vom Autoren ausgeführte Arbeiten.
Rotschattierte Kästchen: Vom Therapeuten auszuführende Arbeiten.
Grünschattierte Kästchen: Vom Patienten auszuführende Arbeiten.

49 Aufgrund der sehr hohen zeitlichen Dynamik dieser speziellen Stichprobe konnte im Voraus kein genauer Zeitraum festgesetzt werden, bis ein ausreichend großer Stichprobenumfang für statistisch plausible Berechnungen erreicht würde. Dafür gibt es viele Gründe: Pat. kommen nach den ersten fünf Probesitzungen nicht wieder bzw. brauchen eine zeitlang, bis sie wiederkommen. Oder Patienten müssen zwischendurch stationär behandelt werden. In einigen Fällen wurde ein größerer Abstand zwischen den Therapiesitzungen gewählt, aufgrund der strukturellen Situation des Patienten, etc.

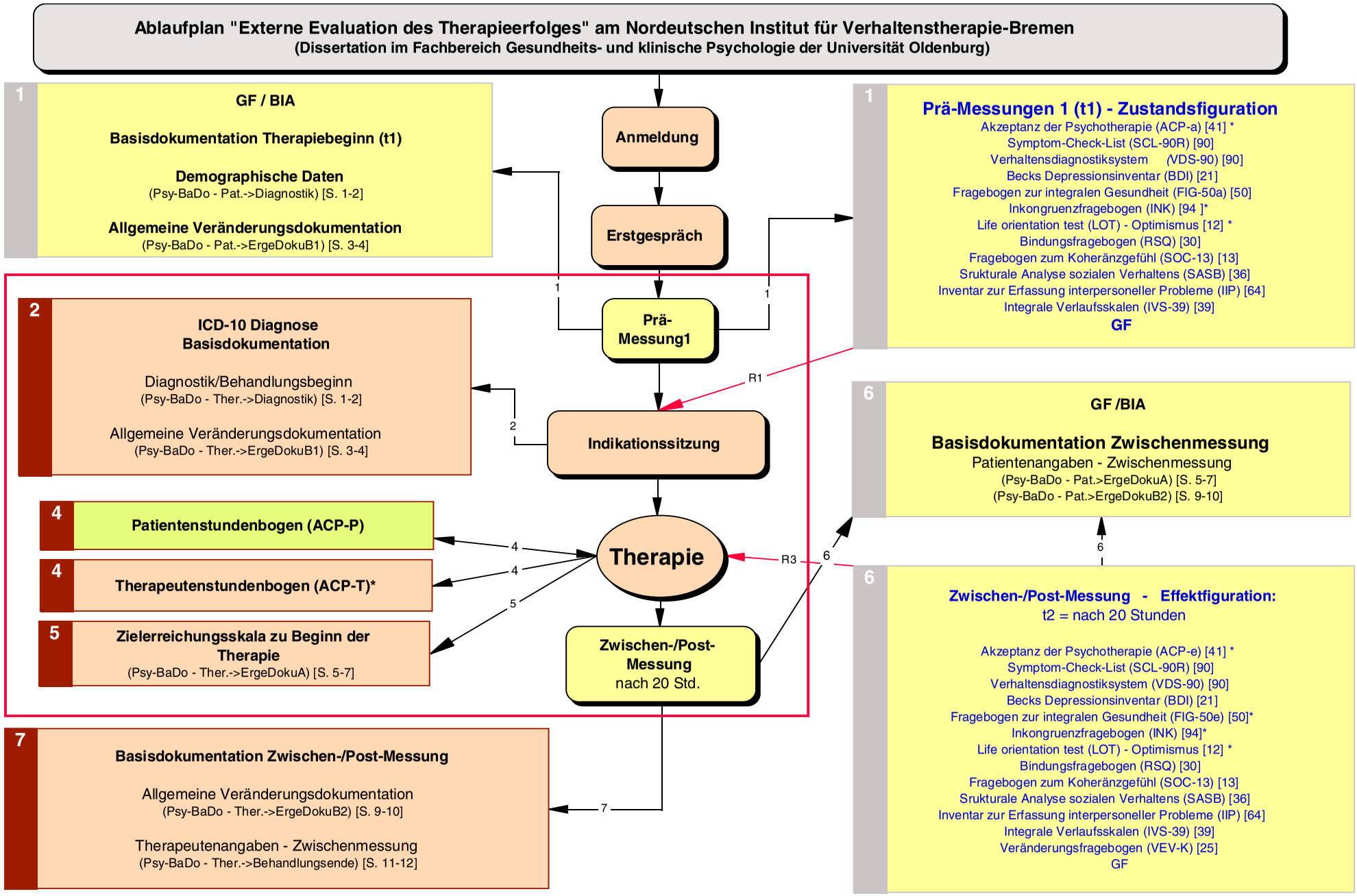


Abb. 5: Schematischer Ablauf des QS-Systems beim NIVT in Bremen

3.6 Beschreibung des QS-Ablaufes

Im Erstgespräch mit dem Patienten wird vom Ambulanzleiter bzw. autorisiertem Personal geklärt, ob der Patient eine Therapie beim NIVT erhalten kann. Verläuft das Erstgespräch positiv, wird er gleich anschließend vom Autoren getestet. Die Testung beginnt mit der Erfassung der *Globalen Fitness* (GF)[50] und einer *Bioelektrischen-Impedanz-Analyse* (BIA)[51]. Für die GF wird mit dem Patienten ein in der Medizin standardisierter Atemtest durchgeführt, bei dem begleitend ein Kurz-EKG über Handkugelelektroden und der Puls über einen Ohrclip aufgezeichnet werden. Anschließend werden mit zwei Handgeräten die BIA-Messwerte ermittelt. Da sich im Testraum mehrere Patienten aufhalten, wird zur anschließenden gemeinsamen (anonymen) Erfassung der Personendaten des Patienten (Patienten-Psy-BaDo[52]) der Raum gewechselt. Sind alle Daten der Patienten-Psy-BaDo erhoben, wird der Patient wieder zurück in den Testraum gebracht und füllt dort am Notebook (bzw. auf dem Papier) die

---

50 Neben den verwendeten Tests zur subjektiven Selbstbeurteilung des Patienten (FIG-50, SCL-90, …) bzw. der Fremdbeurteilung des Patienten durch den Therapeuten (ACP-T: Therapeutenstundenbogen) kommt ein in der Medizin standardisierter Atemtest zur Bestimmung der *Herzratenvariabilität* (HRV, RSA) und der *Herzkohärenz* zum Einsatz. Mit ca. 8000 publizierten Studien (Medline) gehört die HRV zu den mit am besten untersuchten medizinischen Parametern unserer Zeit. Der prognostische Wert der *Herzratenvariabilität* für eine Vielzahl von häufigen und bedeutsamen Gesundheitsstörungen ist eindeutig belegt. Die HRV kann man deshalb als Globalindikator für psycho-neuro-kardiale Prozesse auffassen. Forschungsergebnisse weisen unter anderem darauf hin, dass bereits gering ausgeprägte Depressionen mit einer eingeschränkten HRV einhergehen. Erwartungsgemäß sollte sich die HRV nach einer erfolgreichen Therapie erhöhen, insbesondere wenn sie vorher störungsbedingt im kritischen Bereich war.

51 Es kam lediglich eine Kurzversion einer *Bioelektrischen Impedanz Analyse* (BIA) zum Einsatz. Für eine vollständige BIA wäre es notwendig gewesen, den Patienten in eine horizontale Ruheposition zu bringen (Liege) und zwei Elektroden an den Händen, sowie zwei an den Füßen zu befestigen. Aus strukturellen Gründen wurde auf eine vollständige korrekte BIA-Analyse verzichtet, weil diese Messergebnisse für die Hypothese nur von sekundärem Interesse sind und der Mehraufwand so nicht gerechtfertigt schien. Um dennoch nicht ganz darauf verzichten zu müssen, wurde als Kompromiss eine abspeckte Version der BIA-Analyse mit zwei unterschiedlichen Handgeräten gemäß beiliegender Anleitung durchgeführt. Ein nichtmedizinisches Gerät (Handteil einer PWR-Körperfettwaage) und als Referenz ein medizinisches Gerät (Omron 206; s. a. Anhang, BIA, S. 345).

52 Psy-BaDo = *Psychologische Basisdokumentation*. Verwendet wurde eine vom Autor modifizierte Urfassung nach Heuft & Senft (1998) mit veränderten erweiterten Kategorien und Skalen; s. Anhang, Psy-BaDo, ab Seite 353. Im Sinne des Patientenschutzes wurden die teilweise intimen Fragen der Psy-BaDo unter vier Augen erfasst. Die eigentliche Testung fand in einem großen Seminarraum an getrennten Notebooks bzw. mit Papierversionen der Tests statt. Da kein Patient die Antworten und Fragen des anderen sehen konnte (sie saßen ausreichend weit voneinander entfernt, möglichst an einzelnen Tischen) war ein ausreichender Patientenschutz gewährleistet. In begründeten Ausnahmefällen wurden die Patienten auf eigenen Wunsch in getrennte Testräume gebracht.

Fragebogenbatterie aus.[53] Am Ende der Fragebogenbatterie wird nochmals der standardisierte Atemtest erhoben (GF)[54]. Aus den erhobenen Daten der Pre-Testung erhalten die Therapeuten die Rückmeldung 1 (R1), die ähnlich der Zustandsanalyse von Grawe aus standardisierten Profildarstellungen der psychometrischen Skalen bestehen (s. Anhang, Abb. 114, S. 342). Der Therapeut füllt parallel zur vom Autoren erhoben Patienten-Psy-BaDo eine Therapeuten-Psy-BaDo aus. Die darin enthaltene vom Therapeuten mit dem Patienten erarbeitete Zielerreichungsskala (GAS)[55] wird vom Autoren in die Patienten-Psy-BaDo inhaltlich übernommen, jedoch in eine für den Patienten geeignete ‚Ich-Form' überführt und dem Patienten bei der Post-Messung vorgelegt. Nach jeder Therapiestunde wird vom Patienten und vom Therapeuten der Patienten- bzw. Therapeutenstundenbogen[56] ausgefüllt und in einen der dafür exklusiv eingerichteten Briefkästen gesteckt.[57] Nach (in etwa)[58] der 20. Therapiestunde wird der vorher beschriebene Ablauf mit den Patienten erneut als Postmessung wiederholt. Weiterhin schätzt der Patient nun ein, inwieweit das Therapieziel zu diesem Zeitpunkt erreicht wurde (GAS; s. a. Fußnote 55, S. 89) und bewertet seine subjektiv erreichten Veränderungen auf dem VEV-K noch einmal direkt. Mit der Post-Messung nach ungefähr 20 Therapiestunden endet die Datenerfassung pro Fall für dieses Forschungsprojekt.[59] Die Therapeuten erhalten abschließend die Rückmeldung der Therapieeffekte (Pre-Post-Differenzen, Anhang, Abb. 115,

---

53 Zur Erfassung der Fragebogendaten wurden zwei PC-Programme eingesetzt: *Qstests* und *Psydea* (s. a. Anhang; Kapitel 10.20.2, S. 344). Außerdem wurden Papierversionen der verwendeten Fragebögen vorgelegt, die Ergebnisse dieser Fragebögen jedoch mit den vorher genannten Softwarepaketen zur Einzelfallrückmeldung bzw. als Datenverarbeitungsvorstufe für SPSS aufbereitet.

54 Durch das Erfassen der GF am Anfang und am Ende der Testbatterie können Rückschlüsse auf eine mögliche Stressbelastung durch die Testbatterie gezogen werden. Anhand der Ergebnisse kann diskutiert werden, ob oder in welchen Umfang Patienten psychometrischen Tests unterzogen werden können.

55 GAS = Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskala).

56 S. a. Fußnote 63, S. 90

57 Um die ‚soziale Erwünschtheit' zu minimieren und die Zeitökonomie für die Therapeuten zu maximieren füllt der Patient seinen Stundenbogen nach der Therapie außerhalb des Therapieraumes aus und wirft ihn gefaltet in den dafür vorgesehenen Briefkästen (der Briefwahl ähnlich).

58 Aus organisatorischen und situativen Gründen war es nicht möglich, jeden Patienten exakt zur 20. Therapiestunde zu testen. Die Abweichungen wurden jedoch so gering wie möglich gehalten.

59 Aufgrund der optimalen Forschungsbedingungen im Institut (NIVT) wurden auch Daten über die 20. Therapiestunde hinaus erhoben, um auch einen dritten Messzeitpunkt (Behandlungsende) erfassen zu können (t_3; s. a. Fußnote 30, S. 70 und 45, S. 80) bzw. um Prozessdaten über die 20. Therapiesitzung hinaus zu erhalten. Diese Daten werden nicht mehr in die Dissertation eingearbeitet, jedoch in einem externen Report veröffentlicht.

S. 343). Da die Rückmeldungen der Ergebnisse auf Einzelfallbasis an die Therapeuten für die Erforschung des Gegenstandes dieser Studie nicht von Bedeutung sind, wird auf eine genauere Beschreibung hier verzichtet und auf den hervorragenden Artikel von Mestel (2006) auf der Homepage des Programmherstellers von Qstests (www.qstests.de) verwiesen.

3.7 Untersuchungsplan

Zur Überprüfung der Hypothesen (s. S. 73) müssen Zusammenhänge zwischen den Patientenmeinungen über Psychotherapie zu Therapiebeginn (Fragebogen ACP-a)[60], den Prozesserfahrungen (Therapieverlauf ermittelt mithilfe der Patienten- (ACP-P) und Therapeutenstundenbögen (ACP-T)[61]; s. a. Anhang, S. 339 und 340) und/ oder dem Therapie-Outcome (Therapieeffekte gemessen durch die Pre-Post-Differenzen der psychometrischen Tests [s. Anhang, Testbeschreibungen, S. 345] und die direkte Veränderungsmessung [s. Abschnitt 4.8.4, ‚Direkte Veränderungsmessung', S. 200]) aufgezeigt werden. Wir schreiben dem ‚Image der Psychotherapie' somit zwei Effekte zu: einerseits hat es Einfluss auf bestimmte durch die Psychotherapie ausgelöste Effekte, die hier durch Erfahrungen und Empfindungen repräsentiert werden, die wir durch den Patientenstundenbogen zu erfassen hoffen, andererseits haben die Meinungen über Psychotherapie irgendeine Wirkung auf die Veränderungen, die allgemein als Therapiebehandlungseffekte bezeichnet werden und hier durch die Pre-Post-Differenzen bzw. direkten Angaben des Patienten zum Therapieerfolg (GAS, LD, VEV-K)[62] gemessen werden sollen. Vom methodischen Standpunkt her gesehen sind daher sowohl die Erfolgsmessungen (Outcome-Variablen), als auch die Prozessmessungen (Patienten-/Therapeutenstundenbögen) abhängige Variablen und zwar abhängig vom ‚Image der Psychotherapie'. Dafür ist es vorweg notwendig, mithilfe von Itemanalysen die faktorielle Struktur des ACP-a (Image der Psychotherapie) und des Patientenstundenbogens (ACP-P)[63] zu

---

60 Siehe Anhang, Abb. 108, S. 335; Abb. 109, S. 336; Abb. 110, S. 337; Abb. 111, S. 338.

61 Es wurde nach jeder Therapiestunde (einschließlich der probatorischen Sitzungen und vertieften Explorationen) vom Patienten der Patientenstundenbogen (ACP-P; Selbsteinschätzung) und vom Therapeuten der Therapeutenstundenbogen (ACP-T; Fremdeinschätzung) ausgefüllt. Diese Daten werden auch als Post-Session-Daten bezeichnet (s. Eckert, 1997).

62 GAS = Zielerreichungsskala (Goal attainment scaling), S. 200; LD = Psy-BaDo-Skala 'Leidensdruck', S. 127 und 201; VEV-K, s. Testbeschreibungen, S. 351 und S. 200.

63 Die Kurzbezeichnung der neukonstruierten Stundenbögen ist ACP-P (Patientenstundenbogen) und ACP-T (Therapeutenstundenbogen). Der Stundenbogen wurde auf Basis des Berner Stundenbogens 2000 (Grawe & Regli, 2000) zur Erfassung des Therapieverlaufs neu konstruiert. Die Items gehen ursprünglich zurück auf Eckert (1974) und Schwartz (1975), die Prozesse in der Gesprächs-

bestimmen. Für die so berechneten ACP-a- und ACP-P-Skalen werden mithilfe der Clusteranalyse zwei Fallgruppen berechnet → Patienten mit positiver (IMG+)[64] und negativer (IMG-)[64] Meinung über Psychotherapie, mit maximalen Unterschieden für 15 Therapiesitzungen[65] auf den Patientenstundenbogenskalen (ACP-P). Gelingt dies, soll die Hypothese A (S. 79. Prozessverlauf) mithilfe eines 2 * n – faktoriellen varianzanalytischen Designs mit Messwiederholung auf dem 2. Faktor zur Erfassung des Therapieprozesses in Abhängigkeit vom ‚Image der Psychotherapie' geprüft werden. Ziel ist es über 15 Therapiesitzungen zwischen den beiden Patientengruppen IMG+ (‚imagepositiv') und IMG- (‚imagenegativ') signifikante Unterschiede zu finden. Für Hypothese B (S. 79, Therapie-Outcome) soll das gleiche Verfahren angewandt werden mit dem Ziel, für die beiden Personengruppen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten t_1 (Erstgespräch) und t_2 (≈20. Therapiestunde[66]) auf den psychometrischen Skalen zur Outcome-Messung (SCL-90, FIG-50, etc.) aufzuzeigen. Die Hypothese B wird als Vorgriff im Sinne eines Zwischenberichts mit den bis Februar 2007 vorliegenden Pre-Post-Differenzen berechnet, da die Datengewinnung der Post-Testungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet ist. Sie wird jedoch über das gesamte Jahr 2007 fortgeführt, so dass zu einem späteren Zeitpunkt eine Anpassung der Ergebnisse im ursprünglich gewollten Umfange (bis zur 25. Sitzung) gemacht und extern publiziert werden kann.

---

psychotherapie im Hinblick auf die Therapieeffekte erforscht haben (s. a. Höger & Eckert, 1997). Der Stundenbogen von Grawe beinhaltet die Konzepte seiner allgemeinen Psychotherapie und integriert auch die von ihm gefundenen therapieübergreifenden Wirkfaktoren – enthält somit schulenübergreifend formulierte Items. Für dieses Projekt wurde der Patientenstundenbogen von Grawe so angepasst, dass beide Geschlechter angesprochen werden. Des Weiteren wurden sieben neue Items hinzugefügt und eine inhaltlich übereinstimmende Version für den Therapeuten formuliert (s. Therapeutenstundenbogen (verkleinert abgedruckt), S. 340).

64 IMG+ = positives Image, IMG- = negatives Image.

65 Aus zeitökonomischen Gesichtspunkten wurden zur Prüfung der Hypothese A (S. 79, Therapieverlauf) nur 15 Sitzungen (statt der ursprünglich 25) in die Berechnungen mit aufgenommen. Die Datenerfassung läuft jedoch auch nach Abgabe der Dissertation weiter, so dass zu einem späteren Zeitpunkt die ursprünglich angestrebten Ergebnisse über 25 Therapiesitzungen veröffentlicht werden können.

66 Weil es nicht immer gelang, die Patienten exakt zur 20. Therapiestunde einzubestellen (Urlaub, Krankheit, …), variierte der tatsächliche Stundenbereich. Der Einfachheit halber wird im weiteren Verlauf für t_2 immer von der 20. Therapiestunde gesprochen.

Die Alternativhypothesen (A_1, B_1) werden angenommen, wenn sich für die Personengruppen (IMG+/ IMG-) auf den ACP-P-Skalen über 15 Therapiesitzungen und/ oder für die Pre-Post-Differenzen der psychometrischen Tests signifikante Unterschiede finden lassen.

3.8 Gültigkeit des Untersuchungsplanes

Folgende Störfaktoren könnten das Ergebnis der Untersuchung beeinflussen:

1. Das gemessene Ergebnis der Therapie (Pre-Post-Differenzen) geht zurück auf die wiederholt vorgelegten Patientenstundenbögen, die durch ständige implizite Vorgabe von Therapiezielen („Heute sind wir in der Therapie vorwärts gekommen"; „Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zulösen", etc.) die Beantwortung der Fragebögen zum Zeitpunkt t_2 (Post-Testung) beeinflussten.
2. Die Ergebnisse der Verlaufsmessungen und Pre-Post-Differenzen sind zufälliger Art oder basieren auf systematisch auftretenden Faktoren (z.B. statistische oder natürliche Regression) und sind nicht durch das ‚Image der Psychotherapie' beeinflusst.

Um den unter erstens genannten Einwänden empirisch zu begegnen, müssten zwei Kontrollgruppen gebildet werden:

- ☞ eine der behandelten Gruppe ähnliche Kontrollgruppe, die bis auf die therapeutische Einflussnahme vergleichbar behandelt wird und den Patientenstundenbogen ausfüllt;
- ☞ eine der behandelten Patientengruppe ähnliche Kontrollgruppe, die therapeutisch behandelt wird, aber keine Stundenbögen ausfüllt.

Erschwerend kommt hinzu, dass sich das ‚Image der Psychotherapie' nicht ausschalten lässt und hierfür deshalb keine Kontrollgruppen gebildet werden können. Davon abgesehen gibt es methodische, ethische und praktische/organisatorische Gründe, auf Kontrollgruppen innerhalb dieser Studie zu verzichten.

Menschen die keine Fehler machen,
machen normalerweise auch sonst nichts.

(William Connor Magee zit. n. Banzhaf, 2004)

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Analyse der Gesamtstichprobe

4.1.1 Allgemeine Beschreibung

Im Zeitraum vom 01.10.2005 – 01.04.2007 konnten am Norddeutschen Institut für Verhaltenstherapie (NIVT) in Bremen 342 Patienten und Patientinnen nach dem Erstgespräch[67] getestet werden[68]. Davon waren 62% (212) Frauen und 38% (130) Männer, was in etwa einem Verhältnis von 2 zu 1 entspricht. Betrachtet man die Geschlechterverteilung nach Altersgruppen im Abstand von fünf Jahren, so zeigen sich erhebliche Abweichungen von diesem Verhältnis. In der Altersgruppe unter 20 Jahren gibt es erheblich mehr Frauen, während es unter den 41 bis 45jährigen und 51 bis 55jährigen fast gleichviel Männer wie Frauen gibt. Dennoch gibt es keine Altersgruppe, in der es mehr Männer als Frauen gibt, was darauf hindeutet, dass Frauen eine höhere Psychotherapieakzeptanz haben. Riedel (1989) führt das darauf zurück, dass Frauen ihre Beschwerden früher wahrnehmen und diese mit seelischen Problemen in Verbindung bringen können (Riedel, 1989).

---

67 Wurde vom Ambulanzleiter, Herrn Dr. med. W. Traub oder Stellvertreterinnen (Frau Dipl.-Psych. Miriam Früh [Psychologische Psychotherapeutin], Frau Dipl.-Psych. M. Schmietenknop [Psychologische Psychotherapeutin]) durchgeführt.

68 Im Kapitel 10.1 (Anhang) befindet sich ab Seite 237 eine mehrseitige umfangreiche Tabelle mit den demographischen Daten, die an dieser Stelle beschrieben werden.

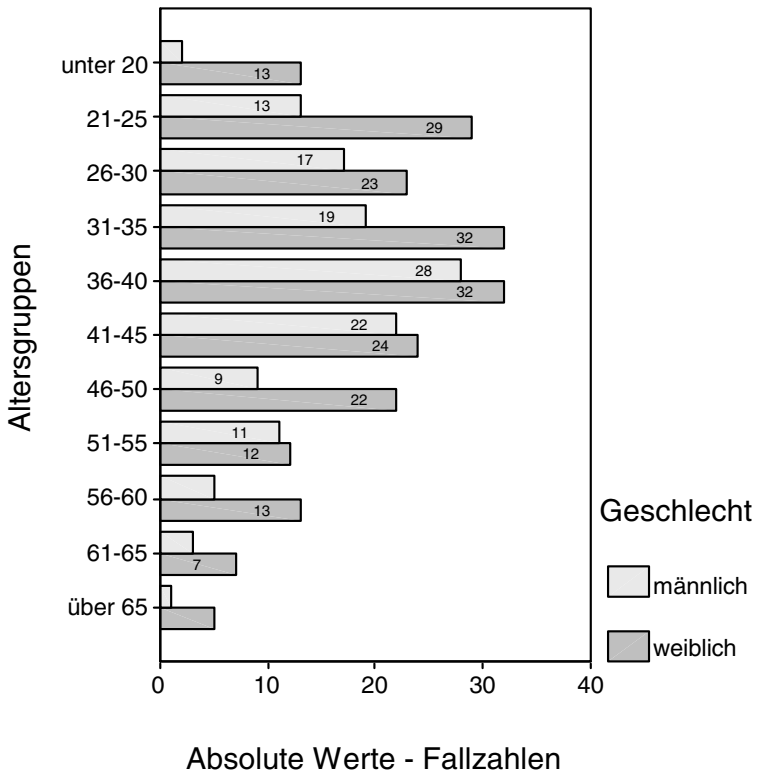
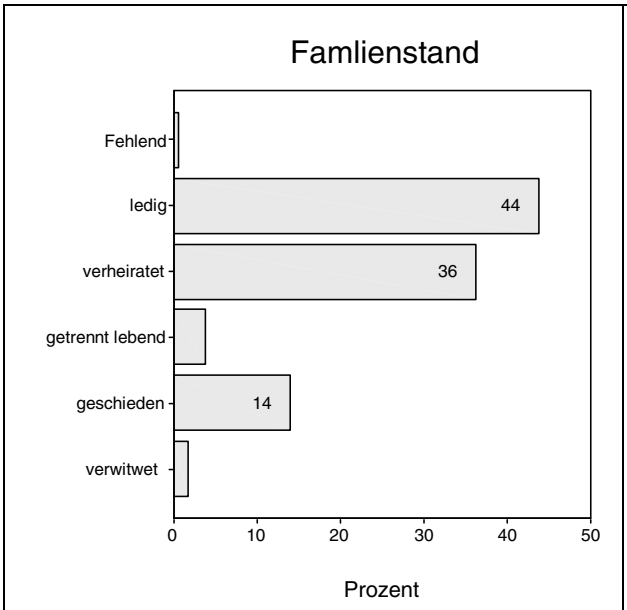


Abb. 6: Altersgeschichtete Fallzahlen der Normstichprobe

Im Mittel waren die Patienten 38.19 Jahre (SD 12.03 J., MD 38 J.) alt, wobei es kaum nennenswerte (mittlere) Altersunterschiede zwischen den Geschlechtern gab (Frauen AM 38.35 J., SD 10.91 J.; Männer 38.09 J., SD 12,69 J.). Es nahmen überwiegend Patienten mit deutscher Staatsbürgerschaft an den Testungen teil (95.9%), davon drei Fünftel Frauen (61.6%). Bei den Patienten mit anderen Nationalitäten waren zwei Drittel weiblich (69.2%).



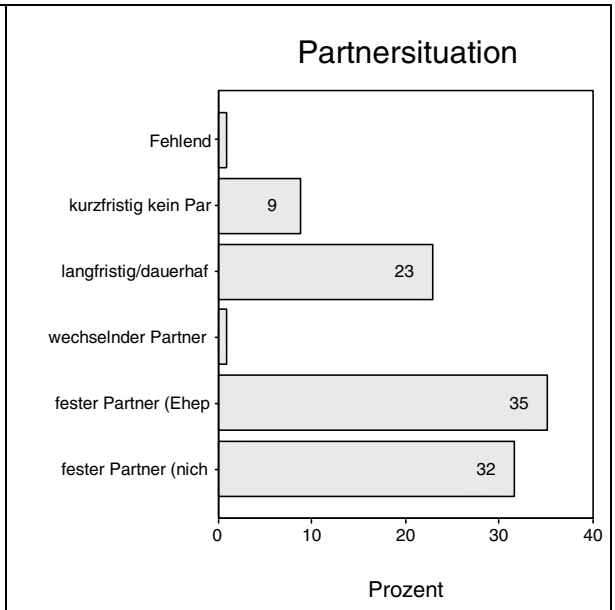


Abb. 7: Familienstand	**Abb. 8: Partnersituation**
Die meisten Patienten waren ledig (44.0%)	Etwa zwei Drittel der Patienten lebt in festen

oder verheiratet (36.3%). Es gab nur wenige Patientinnen, die verwitwet waren (1.8%). Unter den Geschiedenen und getrennt Lebenden überwiegt die Anzahl der Frauen (getrennt lebend = 69.2%; geschieden = 64,6%).

Partnerschaften (Ehepartner = 35.1% + nicht Ehepartner = 31.6%) und ein Drittel hat keinen Partner (kurzfristig = 8.8% + langfristig/dauerhaft = 22.8%). Bei den 3 Patienten, die angaben, wechselnde Partner zu haben, waren zwei Männer.

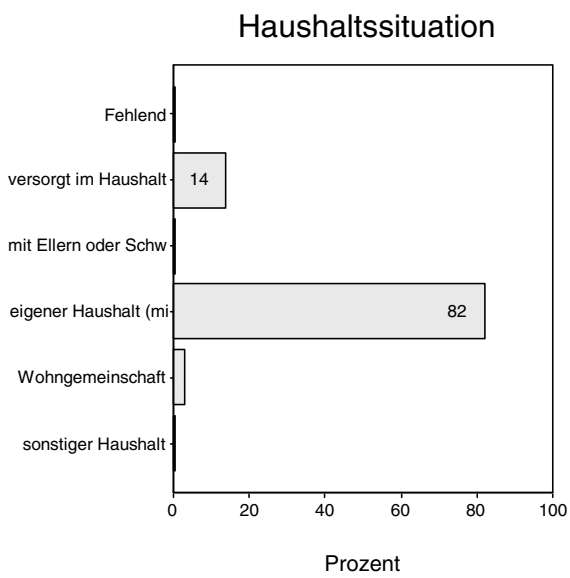


Abb. 9: Haushaltssituation

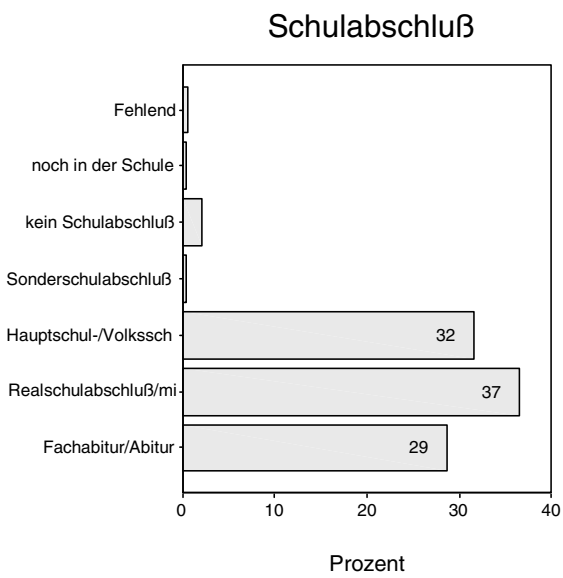


Abb. 10: Schulabschluß

Nur 16.7% der Patienten wohnt nicht im eigenen Haushalt (bei den Eltern = 13.7%, Wohngemeinschaft = 2.9%, sonstiger Haushalt = .6%). Bei den 12 Patienten, die angaben im Mittel 355 Wochen arbeitsunfähig zu sein, waren 10 Frauen (Frauen AM 331, SD 156; Männer AM 359, SD 206). Nur 1.8% der Teilnehmer (6) lebten in der betreuten Wohngruppe. 98% wohnten in einer Privatwohnung.

Die Schulabschlüsse verteilen sich in etwa zu gleichen Teilen auf Realschule (36.5%), Hauptschule-/Volksschule (31.6%) und Fachabitur/Abitur (28.7%). Unter den Hauptschülern finden sich mehr Männer (53.7%). Sieben Probanden (2%) haben keinen Schulabschluß. Davon sind fünf Frauen (71.7%). Es gibt in der Stichprobe eine Sonderschülerin. Etwa zwei Drittel der Patienten (214) haben eine Lehre/ Fachschule abgeschlossen. 11% haben einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss.

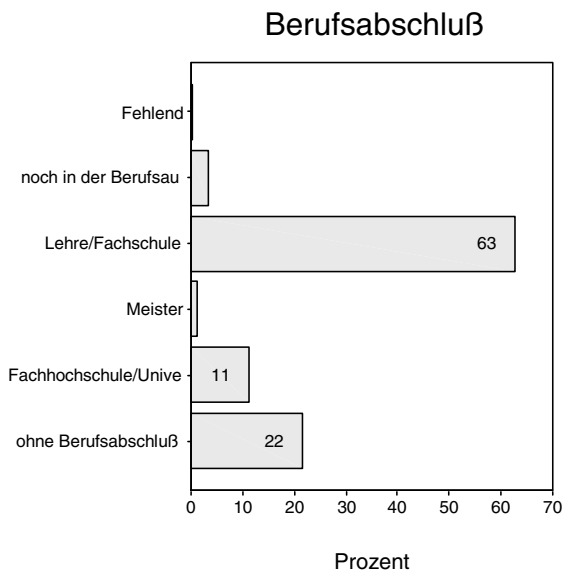


Abb. 11: Berufsabschluß

Ein Fünftel (74) sind ohne Berufsabschluß. Nur 4 Klienten haben eine Meisterprüfung (1.2%).

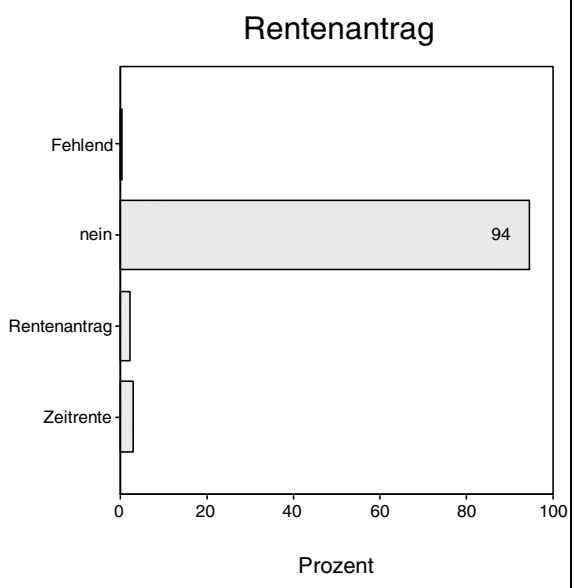


Abb. 12: Rentenantrag

Der überwiegende Teil der Befragten hat bisher keine Rente beantragt (94.4%). Nur 2.3% (8) haben einen Rentenantrag gestellt. 10 Personen hatten eine Zeitrente (2.9).

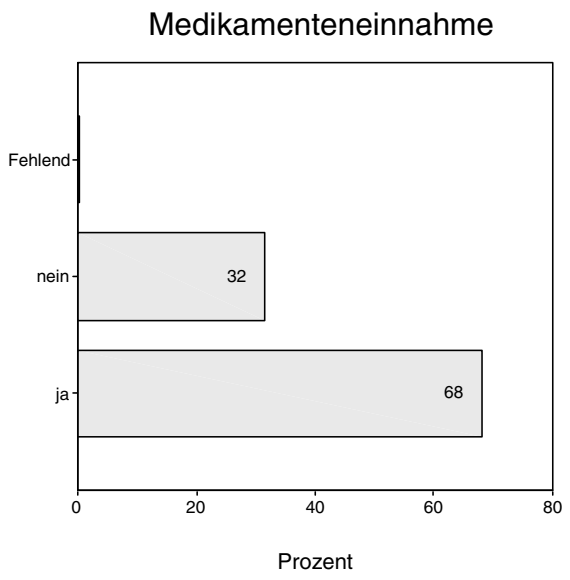


Abb. 13: Medikamenteneinnahme

Zwei Drittel der Patienten gab an, Medikamente einzunehmen (233). Von diesen zwei Dritteln sind 68.1% Frauen.

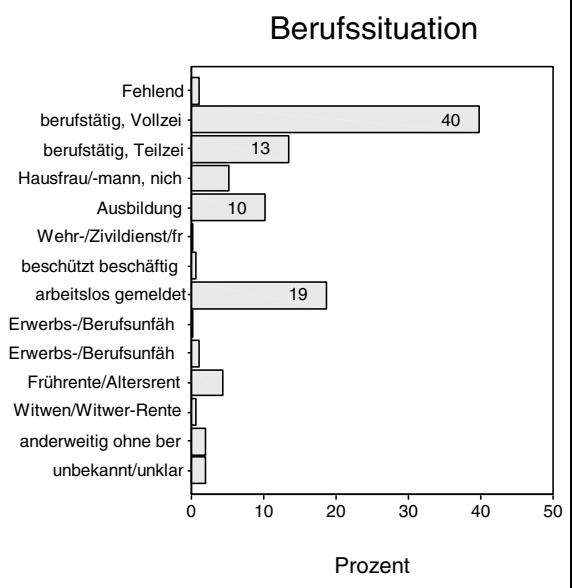


Abb. 14: Zuletzt ausgeübter Beruf

Die meisten sind im einfachen Angestelltenverhältnis oder beamtet (63.5%). 34 Patienten waren nie erwerbstätig (9.9%).

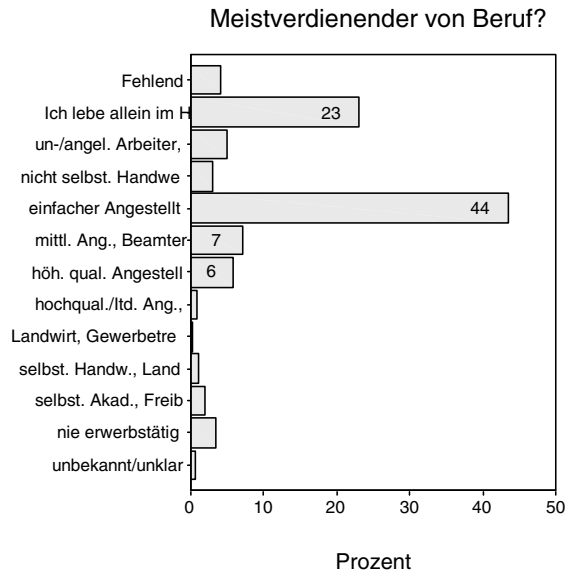


Abb. 15: Beruf des Meistverdienenden

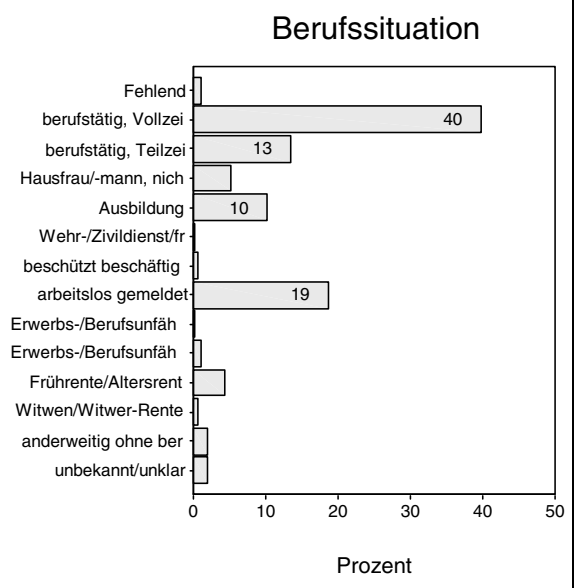


Abb. 16: Berufssituation

Wenn in einer Partnerschaft der Partner mehr verdient, dann ist er zu 43.6% einfacher Angestellter oder Beamter. Ein Viertel lebt jedoch allein im Haushalt oder waren selbst diejenigen, die am meisten verdienten.

Die Hälfte davon sind berufstätig (39.8% Vollzeit, 13.5% Teilzeit). Etwa ein Fünftel (64) sind arbeitslos gemeldet (18.7%).

Die folgenden vier Markeritems (*Motivationsart*, *Änderungssensitivität*, *VT = Psychotherapie* und *Therapievorwissen*)[69] wurden nicht gleich zu Anfang erhoben, sondern später aus der Arbeit mit den Patienten heraus konstruiert und hinzugefügt. Darum fehlen etwa zwei Fünftel der Fälle (135). Diese fehlenden Fälle wurden zur besseren Übersicht in die Prozentangaben nicht mit einberechnet.

69 Motivationsart (fremdmotiviert, eigenmotiviert) = „Wie sind Sie hierher zum NIVT gekommen? Sind sie selbst darauf gekommen, eine Therapie zu machen, oder wurden hat Sie von jemandem geschickt?“

Änderungssensitivität (nein, ja) = „Geht es Ihnen lediglich um die Beseitigung ihres Problems oder möchten Sie sich generell verändern?“

VT = Psychotherapie? (nein, ja) = „Was glauben Sie, ist Verhaltenstherapie eine Psychotherapie oder irgendein anderes Verfahren?“

Therapievorwissen (nein, ja) = „Wissen Sie bereits etwas über Psychotherapie? Haben Sie Vorwissen aus Medien?“

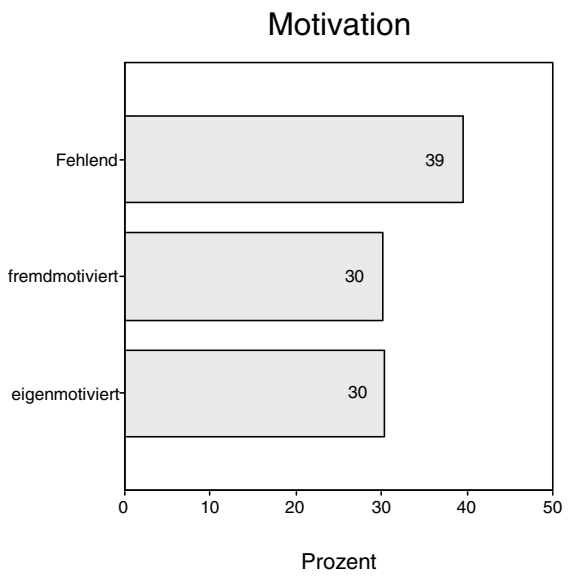


Abb. 17: Motivation

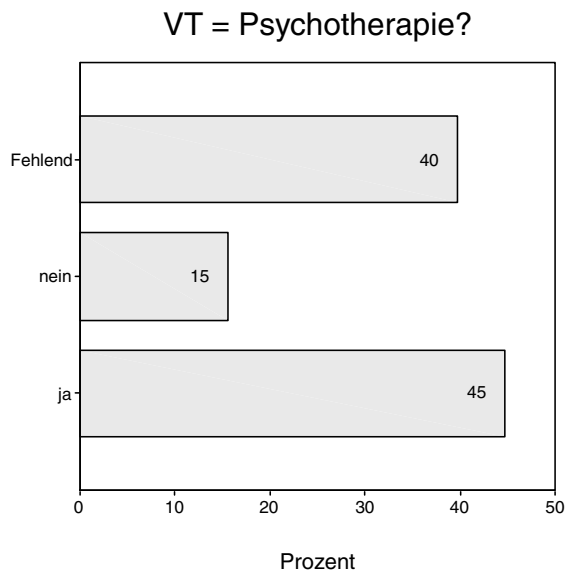


Abb. 18: VT = Psychotherapie?

Die Patienten sind zu gleichen Teilen änderungssensitiv, eigen- und fremdmotiviert (jeweils etwa 50%).

Zwei Drittel (153) der Patienten (74.3%) geben an, dass Verhaltenstherapie eine Psychotherapie ist, während nur 25.7% (53) glauben, dass es sich dabei um ein anderes Verfahren handelt.

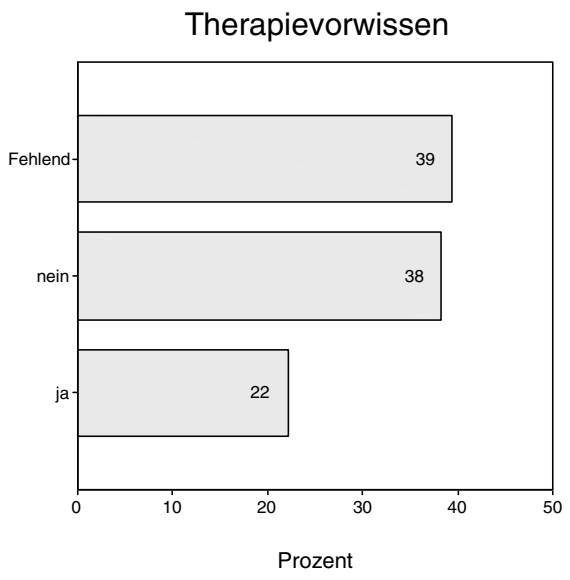


Abb. 19: Therapievorwissen

Nur 36.7% der Patienten geben an, etwas über Psychotherapie zu wissen.

Tab. 8: Mittelwerte der Testzeiten in Minuten

Gesamtstichprobe				Frauen				Männer			
AM	SD	min	max	AM	SD	min	max	AM	SD	min	max
117.94	32.53	58	310	119.43	30.78	58	282	115.40	35.30	65	310

Testzeit in Minuten; AM = Arithmetischer Mittelwert; SD = Standardabweichung; min = minimale Testdauer; max = maximale Testdauer.

4.1.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

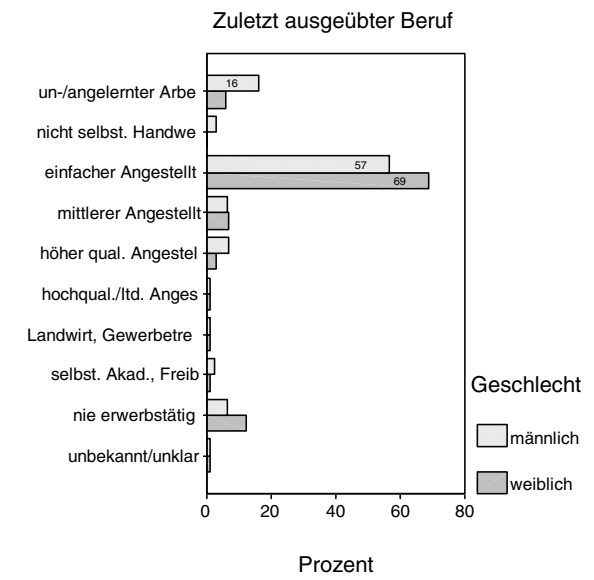


Abb. 20: Berufsituation (nach Geschlecht)

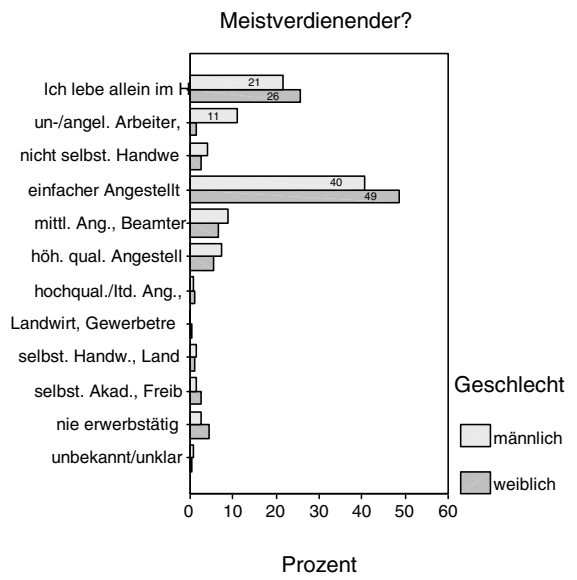


Abb. 21: Meistverdienender (n. Geschlecht)

Unter den Männern befinden sich mehr un-/angelernte Arbeiter (16.3%, 5.7% d), höher qualifizierte Angestellte oder Beamte im gehobenen Dienst (7%; 2.9% d; s. Tab. 44, S. 243). Der Anteil der Frauen überwiegt bei den einfachen Angestellten oder Beamten (68.6%, 56.6% e), den nie Erwerbstätigen (12.4%, 6.2% e; s. Tab. 42, S. 241)

Gaben sie an, dass der Partner mehr verdient, dann war der Meistverdienende un-/angelernter Arbeiter (11.1%,1% d; s. Tab. 43, S. 242).

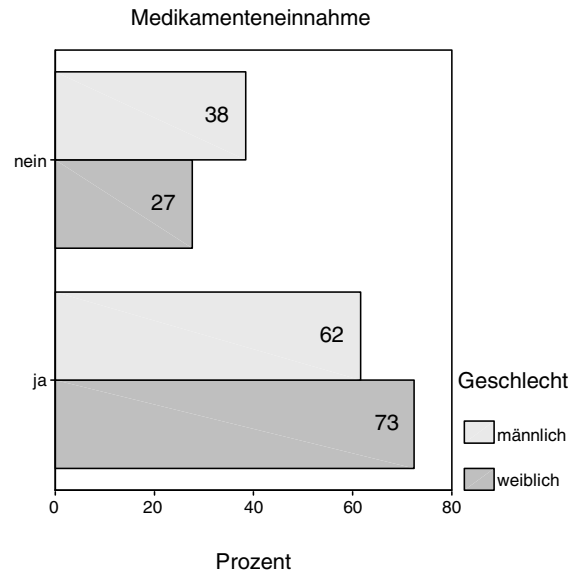


Abb. 22: Medikamenteneinnahme (nach Geschlecht)

Im Vergleich zu Männern sind es mehr Frauen, die Medikamente einnehmen (♀ 72.5%, ♂ 61.5%; s. Tab. 45, S. 244).

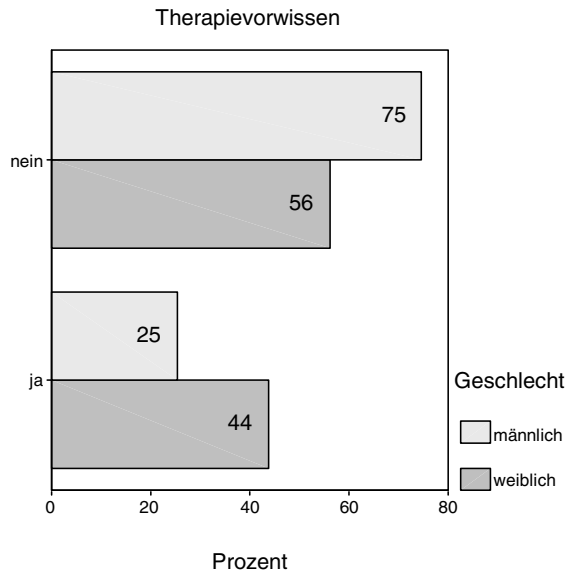


Abb. 23: Therapievorwissen (n. Geschlecht)

Fast doppelt so viele Patientinnen (56 von 76, 43.8%) gaben beim Erstkontakt an, etwas über Psychotherapie zu wissen, während 74.7% der Patienten (59) die Frage nach dem Therapievorwissen mit «nein» beantworteten (56.3% d; s. Tab. 46, S. 245).

4.1.3 Altersspezifische Unterschiede (am Median gesplittet; Median = 38 J.)

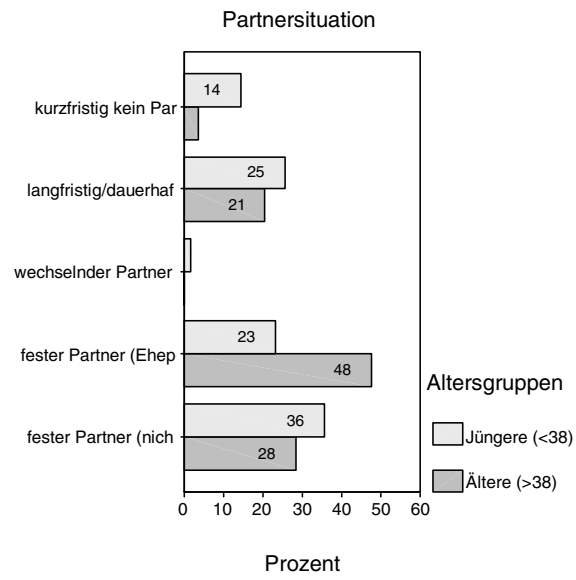


Abb. 24: Partnersituation (nach Alter)

Die jüngeren (< 38 J.) Patienten sind in der

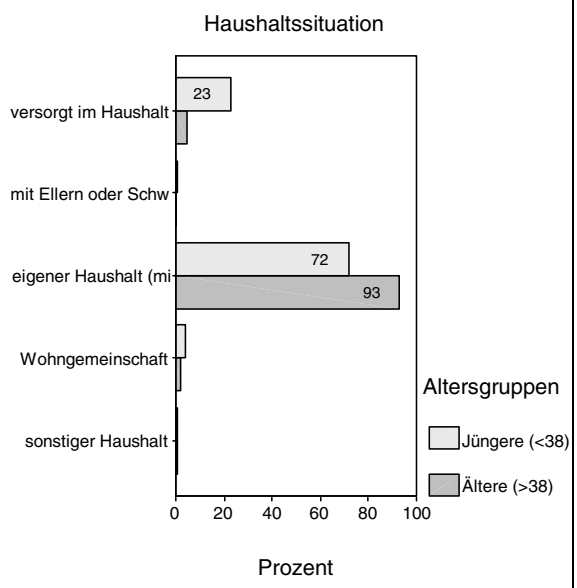


Abb. 25: Haushaltssituation (nach Alter)

Erwartungsgemäß sind die Patienten, die

Mehrzahl ledig (69.4%; 18.7% jüngere), die älteren Patienten eher verheiratet (47.3% zu 25.3% ältere), geschieden (24% zu 4.1% ältere), verwitwet (2.9%, 0.6% ältere) oder getrennt lebend (24%, 4.1% ältere, s. Tab. 47, S. 246). Die jüngeren Klienten gaben häufiger an, kurzfristig keinen Partner zu haben (14.2% jüngere zu 3.5% ältere) oder eheähnlichen Partnerschaften zu leben (35.5% jüngere zu 28.2% ältere). Die Älteren haben in der Mehrzahl feste Partnerschaften mit Ehepartnern (47.6% ältere zu 23.1% jüngere; s. Tab. 48, S. 246).

angaben im Haushalt der Eltern versorgt zu sein, unter 38 Jahre alt (jüngere). Es leben mehr ältere Patienten im eigenen Haushalt (93%) als jüngere (71.8%; s. Tab. 49, S. 247).

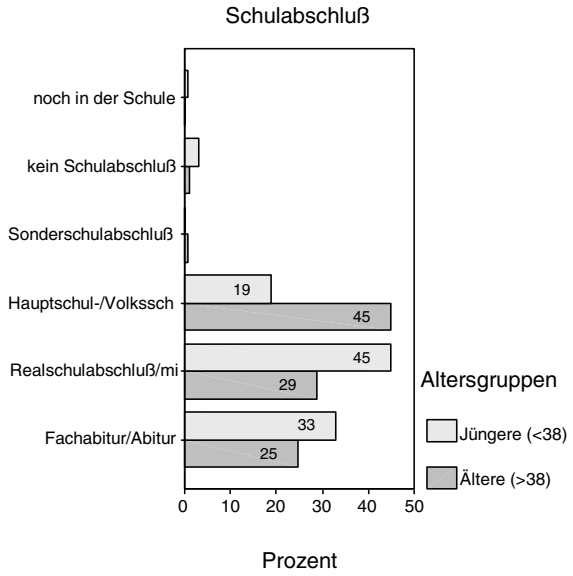


Abb. 26: Schulabschluß (nach Alter)

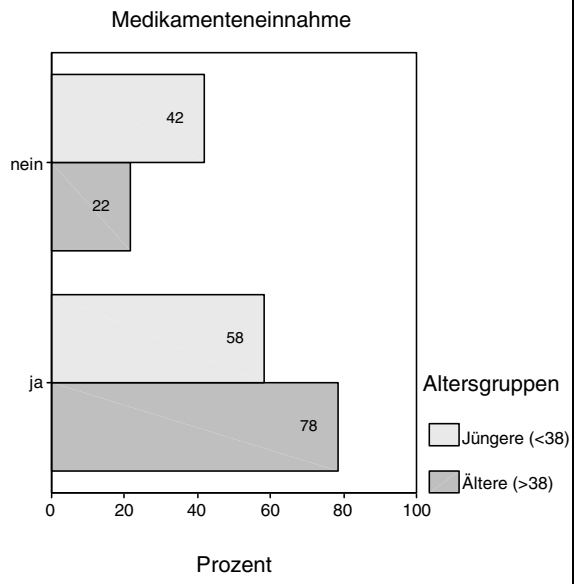


Abb. 27: Medikamenteneinnahme (n. Alter)

Der höhere Prozentanteil der Patienten mit Realschulabschluss (44.7% jüngere, 28.8% ältere) oder Fachabitur/ Abitur (32.9% jüngere, 24.7% ältere) ist unter 38 Jahren. Die älteren Patienten haben in der Mehrzahl einen Haupt-/Volksschulabschluss (44.7% ältere, 18.8% jüngere; s. Tab. 50, S. 248).

Wer über 38 Jahre alt war, gab eher an Medikamente einzunehmen (78.4% ältere, 58.2% jüngere).

4.1.4 Motivationsbedingte Unterschiede

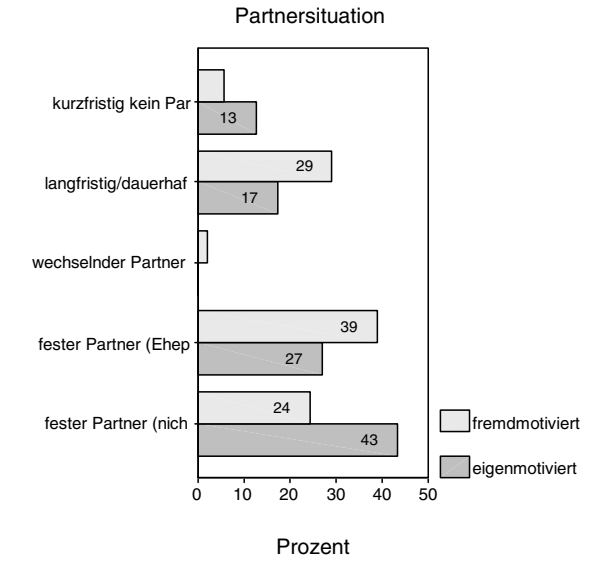


Abb. 28: Partnersituation (nach Motivation)

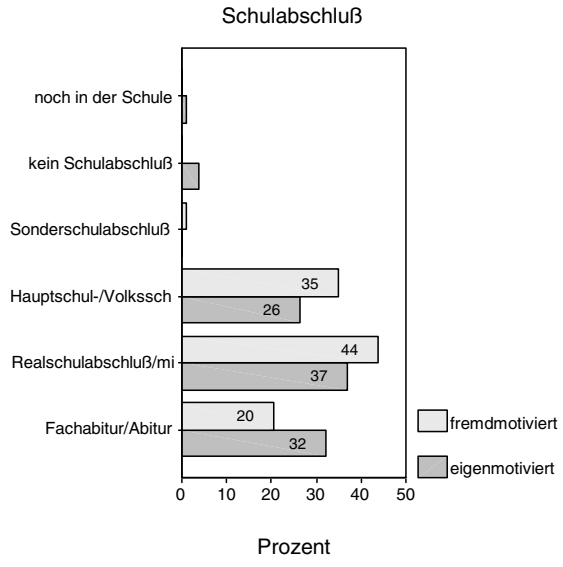


Abb. 29: Schulabschluß (nach Motivation)

Die eigenmotivierten Patienten haben eher feste Partner (nicht Ehepartner; 43.3% eigenmotiviert [em], 24.3% fremdmotiviert [fm]) oder haben in der Mehrzahl kurzfristig keinen Partner (12.5% em, 5.8% fm). Die Fremdmotivierten haben eher langfristig/ dauerhaft keinen Partner (29.1% fm, 17.3% em) oder haben einen festen Ehepartner (38.8% fm zu 26.9% em; s Tab. 52, S. 250).

Die Abiturienten sind mehrheitlich eigenmotiviert (32% em, 20.3% fm), die Realschüler (44% fm, 37% em) und Hauptschüler (35% fm, 26.2% em) eher fremdmotiviert (Tab. 53, S. 251).

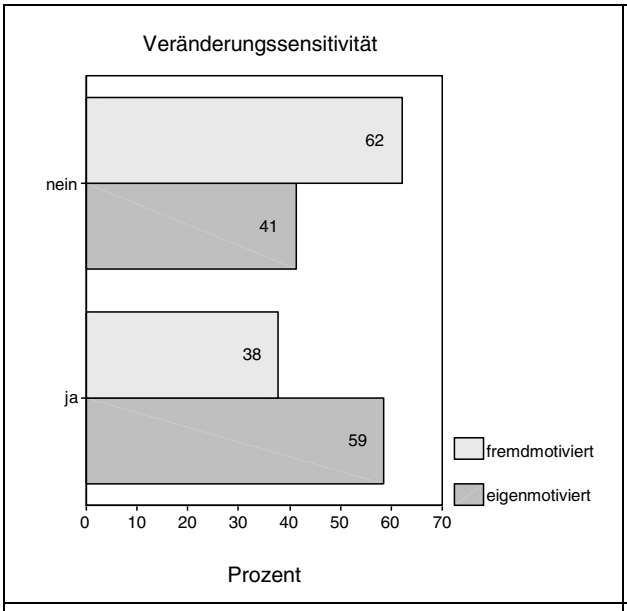


Abb. 30: Veränderungssensitivität (n. Motivation)

Wer eigenmotivierter ist, ist auch veränderungssensitiver (58.7% em, 37.9% fm; s. Tab. 54, S. 252)

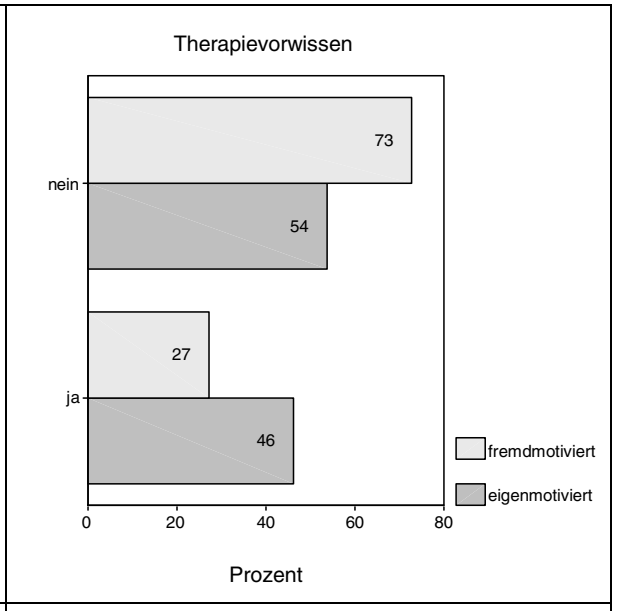


Abb. 31: Therapievorwissen (n. Motivation)

und gibt an, mehr Therapievorwissen zu haben (46.2% em, 27.2% fm; Tab. 55, S. 253).

4.1.5 Medikationsbedingte Unterschiede

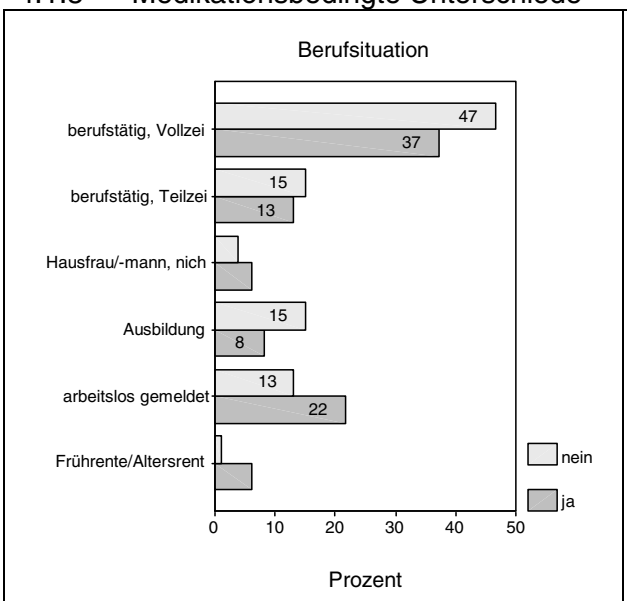


Abb. 32: Berufsituation (n. Medikation)

Hausfrauen/ Hausmänner, nicht berufstätige, arbeitslos gemeldete und Rentner («Frührente/Altersrente/Pension») nehmen mehr Medikamente ein, als Berufstätige (Vollzeit) und

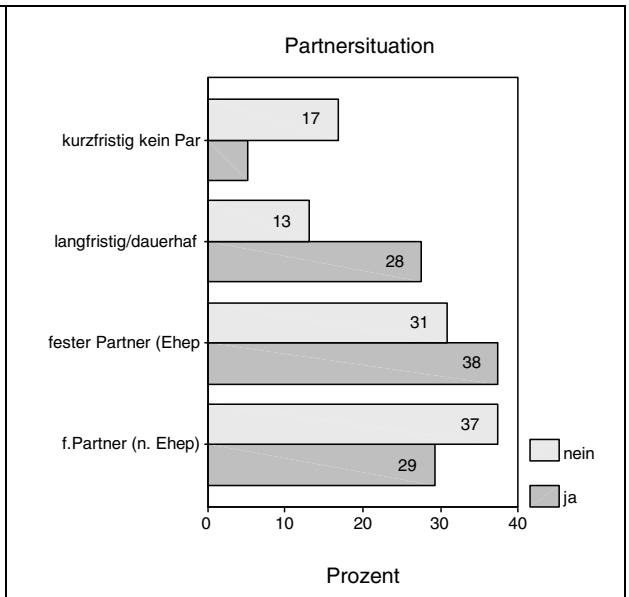


Abb. 33: Partnersituation (n. Medikation)

Wer langfristig/ dauerhaft keinen Partner oder einen Ehepartner hat, nimmt mehr Medikamente im Vergleich zu den Patienten, die kurzfristig keinen Partner oder einer Partner

in der Ausbildung befindliche (s. Tab. 56, S. 254).	haben, mit dem sie nicht verheiratet sind (Tab. 57, S. 255).

4.1.6 Unterschiede in Abhängigkeit von der Veränderungssensitivität

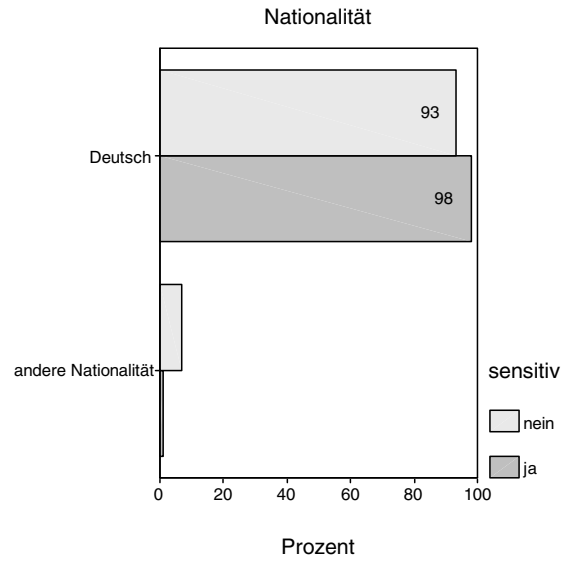


Abb. 34: Berufsituation (nach Veränderungssensitivität)

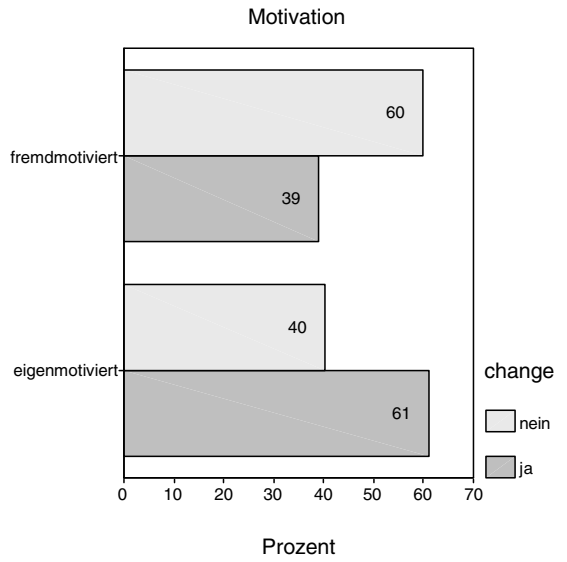


Abb. 35: Berufsituation (nach Veränderungssensitivität)

Die deutschen Patienten antworten auf die Frage bezüglich ihrer Veränderungssensitivität zu gleichen Anteilen mit «ja» und «nein». Bei den Patienten mit anderen Nationalitäten gaben jedoch 7 an, nicht ‚veränderungssensitiv'[70] zu sein (nein = 6.5%, ja = 1%; Tab. 58, S. 256).

Die Veränderungssensitiven geben auch prozentual häufiger an, Therapievorwissen zu haben (s. Tab. 59, S. 257).

70 Markteritem ‚Änderungssensitivität' (nein, ja) = „Geht es Ihnen lediglich um die Beseitigung ihres Problems oder möchten Sie sich generell verändern?" Das Item erhebt nicht den Anspruch, Veränderungssensitivität vollständig zu erfassen. Es ist jedoch eine gute Einstiegshilfe, um im Gespräch mit dem Patienten Hinweise für deren Veränderungsbereitschaft zu erhalten. Dieses Item wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt der Testungen in die Psy-BaDo eingeführt. Grund dafür war, dass der Autor aus Gesprächen mit den Patienten beobachten konnte, dass diejenigen, die *nur ihr Problem vom Therapeuten gelöst bekommen wollen*, oft wenig krankheitseinsichtig, veränderungswillig und zur Selbstreflexion bereit sind. Denn zum einen sind sie … *krank und können somit nichts für ihr Verhalten* und außerdem gibt es in ihrem Leben viele äußere Gegebenheiten und Mitmenschen als Verursacher ihrer Probleme – *Schuld sind die anderen*. Bei diesen wenig kooperativen Patienten hatte der Autor oft der Eindruck, dass die Therapie möglichst schnell *ihr Problem lösen und sie ansonsten nicht weiter belästigen sollte*.

4.1.7 Meinungsbedingte Unterschiede (VT = Psychotherapie?)

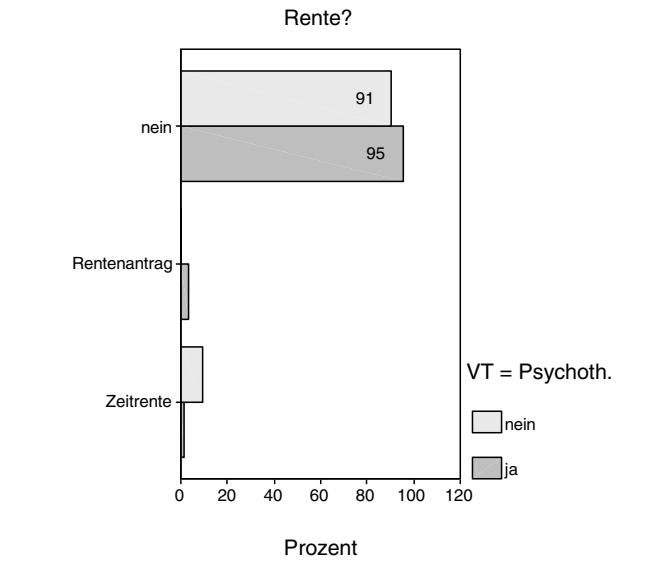


Abb. 36: Berufsituation (nach Meinung)

Wer angab, eine Zeitrente zu beziehen, war auch eher der Meinung, dass Verhaltenstherapie keine Psychotherapie, sondern ein anderes Verfahren sei (nein = 9.4%, ja = 1.3%; Tab. 60, S. 258).

4.1.8 Therapievorwissenbedingte Unterschiede

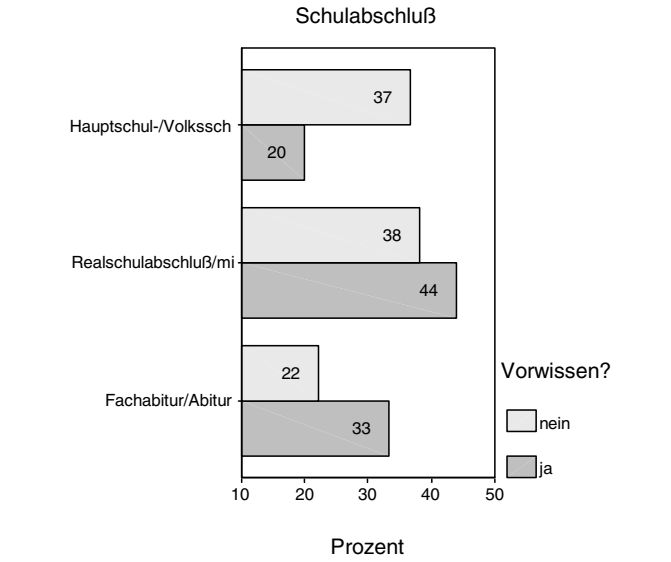


Abb. 37: Schulabschluß (nach Vorwissen)

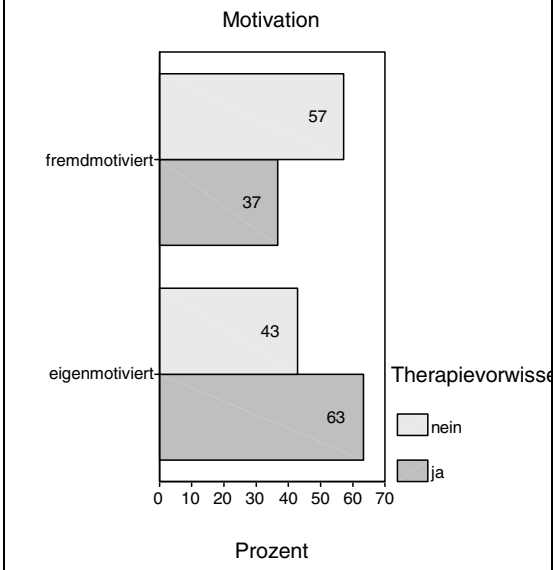


Abb. 38: Motivation (nach Vorwissen)

Erwartungsgemäß wissen die Patienten mit Hauptschul-/ Volkschulabschluss im Gegensatz zu den Patienten mit höheren Bildungsabschlüssen weniger über Psychotherapie und gaben ihr Therapievorwissen mit nein an (nein = 36,6% ja = 20%). Wer angibt, mehr Vorwissen über Psychotherapie zu haben, hat einen Realschulabschluss (ja = 44%, nein = 38.2%), Abitur oder gehört eher zu den Eigenmotivierten (ja = 63.2%, nein = 42.7%; Tab. 62, S. 260).

(ja = 33.3%, nein = 22.1%; s. Tab. 61, S. 259),

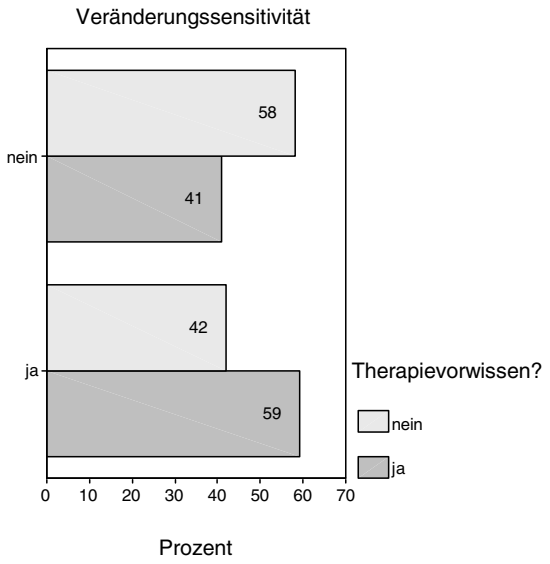


Abb. 39: Veränderungssensitivität (nach Vorwissen)

und ist veränderungssensitiver (s. Tab. 63, S. 261).

4.1.9 Häufigkeitsverteilung für die Hauptstörungsgruppen der Gesamtstichprobe (ICD-10)

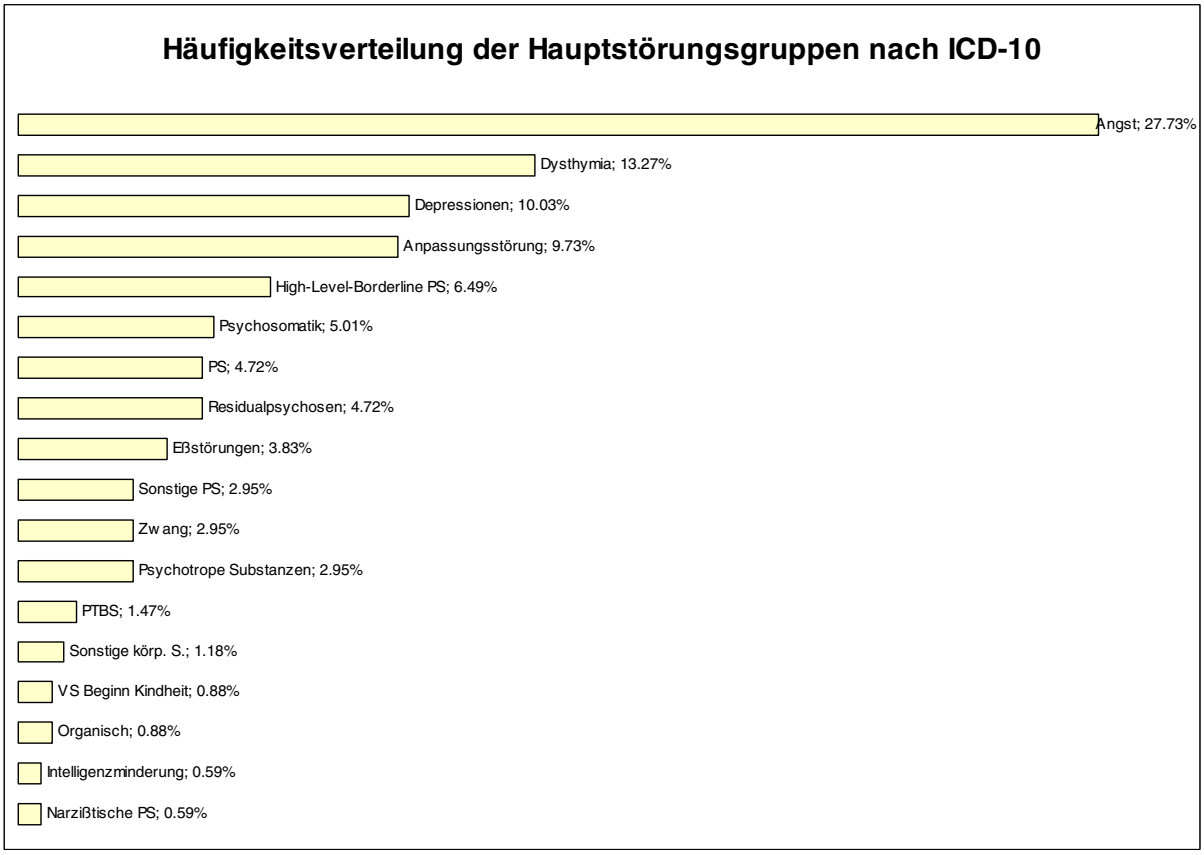


Abb. 40: Diagramm mit den Häufigkeitsverteilungen der Hauptstörungsgruppen nach ICD-10

Tab. 9: Häufigkeitsverteilung der Hauptstörungsgruppen nach ICD-10

k	Störungsart	ICD-10 Störungs-gruppen	Gesamt		Frauen		Männer	
			∑	%	∑	%	∑	%
1	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F00-F09	3	0.9	3	1.4		
2	Psychische und Verhal-tensstörungen durch psychotrope Substanzen	F10-F19	10	2.9	1	0.5	9	3.8
3	Residualpsychosen mit affektiven Psychosen	F2, F30-31, F32.3 F33.3 F32	16	4.7	11	5.2	5	17.7
4	Dysthymia	F34.1	45	13.	22	10.4	23	8.5
5	Depressionen, überwiegend neurotisches Niveau	F32 mit PS F33 ohne PS F33 mit PS	34	10.0	23	10.8	11	20.8
6	Phobie, Angst	F40, F41	94	27.7	67	31.6	27	1.5
7	Zwang	F42	10	2.9	8	3.8	2	11.5
8	Anpassungsstörungen	F43 ohne PS F43 mit PS	33	9.7	18	8.5	15	0.8
9	Posttraumatische Belastungsstörungen	F43.1 o. PS F43.1 mit PS	5	1.4	4	1.9	1	6.2
10	Psychosomatik	F45, F54, F59	17	5.0	9	4.2	8	0.8
11	Essstörungen	F50 ohne PS F50 mit PS	13	3.8	12	5.7	1	1.5
12	Sonstige Verhaltens-auffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F51-50	4	1.1	2	0.9	2	5.4
13	Persönlichkeitsstörungen	F60 .0-2 F60.4-7 .9	16	4.7	9	4.2	7	0.8
14	Narzißtische PS	F60.8	2	0.5	1	0.5	1	5.4
15	High-Level-Borderline PS	F60.3	22	6.4	15	7.1	7	5.4
16	sonstige PS und Verhaltensstörungen	F61-69	10	2.9	3	1.4	7	0.8
17	Intelligenzminderung	F70-79	2	0.5	1	0.5	1	1.5
18	Verhaltens- u. emotionale	F90-F98	3	0.9	1	0.5	2	6.9

k	Störungsart	ICD-10 Störungs-gruppen	Gesamt		Frauen		Männer	
			∑	%	∑	%	∑	%
	Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend							
		Gesamt	339	100	210	100	129	100

Bei Mehrfachdiagnosen wurden die Patienten einer Hauptstörungsgruppe nach dem Schichtenmodell[71] zugeordnet. Mit Abstand am häufigsten vertreten sind «Angststörungen» (27.7%), gefolgt «Dysthymia» (13.3), «Depressionen» (10%) und «Anpassungsstörungen» (9.7%), um nur die vier Rangersten zu nennen (s. Abb. 40, S. 106). Dies deckt sich mit dem von Dr. Traub (Ambulanzleiter) zum Vergleich zur Verfügung gestellten Ambulanzbericht 2005[72]. Auch dort finden sich die oben genannten Diagnosegruppen auf den ersten vier Rängen: «Angststörung» (33%), «Dysthymia» (24%), «Anpassungsstörungen» (14%) und «Mittelgradige depressive Episode» (7%). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Patientenstichprobe dieser Studie von der Diagnoseverteilung her typisch für das Bremer Institut für Verhaltenstherapie ist. Prozentual am geringsten (unter 1%) vertreten sind die Diagnosegruppen «Verhaltensstörung mit Beginn in der Kindheit» (0.88%), «Organisch bedingte Störungen» (0.88%), «Intelligenzminderung» (0.59%), «Narzißtische Persönlichkeitsstörungen» (0.59%). Innerhalb der Diagnosegruppen gibt es signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede (χ^2 = 35.48, df = 17, Exakte Sign. = .003; s. Anhang, Tab. 72, S. 269). Von 10 Fällen mit der Diagnosegruppe «Psychotrope Substanzen»[73] waren 9 Männer (Standardisierte Residuen: ♂ = 2.7, ♀ = -2.1)[74]. Essstörungen gab es überwiegend bei Frauen (Standardisierte

71 Schichtenmodell zur Zuordnung der Patienten mit Mehrfachdiagnosen in eine Hauptdiagnosegruppe: „Immer die tiefste Schicht führt zur Zuordnung in die Hauptdiagnosegruppe.“ Es gilt folgende Rangreihenfolge: Neurose – Psychose – hirnorganische Veränderungen. Die Diagnosen Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie oder hirnorganische Veränderungen (tiefste Schicht) kommen vor den Diagnosen Angst, Depression oder sonstigen Störungen (oberste Schicht).

72 Institutsinterner Jahresbericht 2005. Wurde dem Autor freundlicherweise vom Ambulanzleiter des NIVT, Herrn Dr. W. Traub, als Referenz zur Verfügung gestellt.

73 Diagnosegruppe 2 («Psychotrope Substanzen»): «Schädlicher Gebrauch von Alkohol», «Abhängigkeitssyndrom bei Alkoholgebrauch», ,«Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von Cannabinoiden», «Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung bei Gebrauch von Cannabis», «Abhängigkeitssyndrom bei multiplem Substanzgebrauch», «Abhängigkeitssyndrom bei Gebrauch von Sedativa oder Hypnotik».

74 Nach Zöfel (2003, S. 184) entspricht ein quadrierter standardisierter Residuenwert von 2.07-3.83 einer Tendenz, 3.84-6.63 → p = .05, 6.64-10.82 → p = .01, >10.83 → p = .001. Da SPSS nur nichtquadrierte standardisierte Residuen ausdruckt, entspricht ein nichtquadrierter standardisierter

Residuen: ♂ = -1.8, n = 1; ♀ = 1.4, n = 12). Im Vergleich zu Frauen leiden Männer weniger unter Angst (Standardisierte Residuen: ♂ = -1.5, n = 27; ♀ = 1.1, n = 67), jedoch mehr an Dysthymia (Standardisierte Residuen: ♂ = 1.4, n = 23; ♀ = -1.1, n = 22) und sonstigen Persönlichkeitsstörungen (Standardisierte Residuen: ♂ = 1.6, n = 7; ♀ = -1.3, n = 3). Die Berechnungen dazu finden sich im Anhang, Tab. 72, S. 269.

4.2 Itemanalyse der neu konstruierten Fragebögen

4.2.1 Endorsementfrequenzen des ACP-a (t_1 = Therapiebeginn)

Der Schwierigkeitsindex bzw. Popularitätsindex eines Items ist definiert durch die prozentuale Häufigkeit, mit der es von einer repräsentativen Stichprobe von Probanden richtig (bzw. in Schlüsselrichtung) beantwortet wird (Lienert, S. 57). Der Wertebereich des Schwierigkeitsindexes geht von 0 bis 1. Null bedeutet völlige Ablehnung („zu schwierig“) und 1 = völlige Zustimmung („zu leicht“). Bei einer mehrstufigen Merkmalsskala würde es keinen Sinn ergeben, wenn die Pbn nur völlig zugestimmt oder völlig abgelehnt hätten, denn dann hätte auch eine dichotome Skala (ja—nein) gereicht. Wünschenswert ist eine Streuung der Merkmalsausprägungen mit einer Itemschwierigkeit zwischen Pj = .2 und Pj = .8, also zwischen 20 und 80 Prozent[75]. Der Begriff Schwierigkeit ist inhaltlich irreführend, da er nur Sinn für Aufgabentests (z. B. Intelligenztests) macht. Index der kategoralen Häufigkeiten ist hier semantisch treffender (Fisseni, S. 30).

Die Schwierigkeitsindizes der Items des ACP-a reichten von Pj = 0.1630 – 0.8472. Geht man von gerundeten Kennwerten aus, liegen alle Items im geforderten Bereich (Pj < 0.15 und Pj > 0.75). Deshalb wurden keine Items selegiert (s. Tab. 75 im Anhang, S. 273).

4.2.2 Dimensionalität des ACP-a (t_1 = Therapiebeginn)

Die explorativ durchgeführte Faktorenanalyse (Hauptachsenmethode, Variamax-Rotation)[76] ergab einen noch sehr guten KMO-Wert von 0.867 und einen signifikanten Bartlett-Test. Somit ist die Anwendung der Faktorenanalyse zur Klassifikation der Items zulässig. Der Verlauf der Eigenwerte legt eine 6-Faktoren-Lösung nahe (s. Screeplot, Tab. 74, S. 272), mit

---

Residuenwert von 1.44-1.95 einer Tendenz, 1.96-2.57 → p = .05, 2.58-3.28 → p = .01, >3.29 → p = .001.

75 Siehe Bortz, S. 199, rechte Seite dritter Absatz.

76 Die Items wurden nach den im Kapitel 10.16.1, S. 331 angegebenen Kriterien selegiert und mit diesen Items wiederum eine Faktorenanalyse durchgeführt. Dieses wurde solange wiederholt, bis nach den genannten Kriterien keine Selektion mehr möglich war.

der insgesamt 55.9% Gesamtvarianz aufgeklärt werden können (Faktor 1: 12.1%, Faktor 2: 11.3%, Faktor 3: 9.9%, Faktor 4: 8.2%, Faktor 5: 7.7%, Faktor 6: 6.6%) mit Reliabilitäten (r_{it}) von 0.3192 bis 0.7552. Die Kommunalitäten (h^2) liegen zwischen 0.461 und 0.737. Die Cronbach Alpha (α) liegen zwischen 0.8121 (F2) und 0.5533 (F6). Nachfolgend die zu den Skalen dazugehörigen Items mit Faktorladung und den vorgeschlagenen Skalenbezeichnungen:

4.2.2.1 ACP-a – Faktor 1 – Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)

Tab. 10: ACP-a – Faktor 1 – Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft (PEVB)

F1 – Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
27	Wenn ich jetzt Psychotherapie in Anspruch nehme, dann zeigt dies, dass ich mutig genug bin, mich meinen Problemen zu stellen.	.709
17	Ich zeige Verantwortung mir selbst gegenüber, wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche.	.654
29	Mir hilft es, wenn ich vom Psychotherapeuten/ von der Psychotherapeutin Antworten auf meine Fragen zur Behandlung bekomme.	.654
40	Mein Entschluss, mit psychotherapeutischer Hilfe etwas zu verändern, ist auch ein Zeichen dafür, dass ich mein Leben in die eigenen Hände nehmen will.	.621
6	Psychotherapie hilft mir bei meiner menschlichen Weiterentwicklung.	.614

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
12.16%	.5830 – .7101	.7982

Patienten, die die Items dieser Skala hoch bewerteten, erwarten von der Psychotherapie, dass sie Ihnen dabei hilft, ihr Leben aus eigener Kraft mit einem hohen Maß an Selbstbestimmung zu bewältigen und ihre Veränderungsbereitschaft gefördert wird. In diesem personalen Faktor wird auf die positiven Eigenschaften der Person abgehoben, die bereit ist Verantwortung zu zeigen, sich zu entschließen, etc.

4.2.2.2 ACP-a – Faktor 2 – Transpersonales Empowerment (TPE)

Tab. 11: ACP-a – Faktor 2 – Transpersonales Empowerment (TPE)

F2 –Transpersonales Empowerment (TPE)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
25	Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich meine unlösbare Verbundenheit mit der Natur und einer kosmischen Ordnung wahrnehmen will.	.728
20	Wenn ich psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich einerseits eine selbstverantwortliche Person werden will, andererseits lernen möchte, eine höhere Ordnung zu respektieren.	.704
16	Eine Psychotherapie kann mir helfen, die Grenzen unseres menschlichen Wollens und Könnens zu erkennen und dann den Strom des Lebens mit seinen Licht- und Schattenseiten anzunehmen.	.685
10	Wenn ich jetzt nach psychotherapeutischer Hilfe suche, dann zeige ich anderen, dass ich an der historischen Aufgabe der Weiterentwicklung des Menschen mitwirken will.	.620
5	Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich meinen wahren Lebenssinn erkennen will.	.604
35	Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich lernen will, meiner inneren Stimme zu folgen.	.516

Varianzaufklärung Faktor	**Reliabilitäten (r_{it})**	**Cronbach-α**
11.31%	.5063 – .7552	.8121

Nicht jeder Patient kommt in Therapie, um lediglich sein Problem zu lösen und im Sinne einer Funktionswiederherstellung z.B. die Möglichkeit einer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu erreichen. Viele Patienten streben auch eine über das Problem hinausgehende, generelle Veränderung an. Da einige Menschen eine große Sehnsucht nach spiritueller und religiöser Entwicklung haben, wurden diese Items den Patienten a priori angeboten. Erstaunlicherweise[77] konnten alle diese Items mit bewusstseinspsychologischem Inhalt von

77 Erstaunlich deshalb, weil alle a priori hinzugefügten Items ‚erhalten' bleiben und von der Faktorenanalyse einem eigenen Faktor zugeordnet werden können. Somit operationalisieren diese Items zum einen etwas anderes, inhaltlich Neues (weil auf einem eigenen Faktor ladend) und zum ande-

der Faktorenanalyse einem gemeinsamen Faktor zugeordnet werden. Patienten, die diese hoch bewerteten, erwarten von der Psychotherapie eine Einstellung, die spirituelles und religiöses Wachstum fördert, die Begriffen wie Lebenssinn und dem Numinosen positiv gegenübersteht. Die bisher genannten Faktoren und Items waren mögliche positive Meinungen zur Psychotherapie. In den beiden nächsten beiden Faktoren (F3, F4) laden negative Aussagen zur Psychotherapie.

4.2.2.3 ACP-a – Faktor 3 – Inferiore kommunikative Position (IKP)

Tab. 12: ACP-a – Faktor 3 – Inferiore kommunikative Position (IKP)

F3 –Inferiore kommunikative Position (IKP)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
28	An der Psychotherapie stört mich, dass ich nicht weiß, was dort mit mir gemacht wird.	.752
26	In der Psychotherapie fühle ich mich hilflos, wenn ich auf alles antworten muss, was der Therapeut fragt.	.738
11	Ich fühle mich schlecht, wenn ich in der Psychotherapie meine Seele auf den Tisch legen muss.	.715
18	In der Psychotherapie fühle ich mich schlecht bei dem Gedanken, dass der Therapeut/ die Therapeutin alles weiß und immer Recht hat.	.710
6	Um mein Problem besser zu verstehen, deutet der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin meine Träume. Davor habe ich Angst.	.545

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
9.95%	.4639 – .5843	.7660

Viele Patienten fühlen sich schlecht dabei, in der Therapie möglicherweise in eine Rolle *gedrückt* zu werden, in der sie die *Unwissenden* sind, während der Therapeut allwissend ist und eine niederschmetternde übergeordnete Dominanz besitzt, der sie völlig untergeordnet und ausgeliefert sind. Die Items dieses Faktors 'Inferiore kommunikative Kommunikation' sammeln Meinungen mit solchem Hintergrund.

---

ren korrelieren die neu eingebrachten Items hoch miteinander. Das deutet darauf hin, dass diese Items aus der Perspektive der Patienten etwas sehr Ähnliches beschreiben.

4.2.2.4 ACP-a – Faktor 4 – Negative Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE)

Tab. 13: ACP-a – Faktor 4 – Negative Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE)

F4 –Negative Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
33	Als erwachsener Mensch sollte ich mit meinen Problemen selbst fertig werden, anstatt fremde Hilfe aufzusuchen.	.739
15	Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist ein Zeichen dafür, dass ich unfähig bin, mit meinem Leben fertig zu werden.	.705
31	Ich bin wohl zu sensibel, wenn ich mit meinen Problemen zum Psychotherapeuten gehe.	.635
13	Meine Schwierigkeiten könnte ich auch allein bewältigen, wenn ich einen stärkeren Charakter hätte.	.628

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
8.24%	.3674 – .5279	.6757

Patienten, die die im obigen Faktor (F4) aufgeführten negativen Meinungen hoch bewerten, befürchten, dass ihre Zustimmung zu einer Psychotherapie gleichbedeutend mit dem Eingeständnis ihrer Unfähigkeit ist, das Leben zu bewältigen, so als würden sie sagen: *Ich bin zu blöd für diese Welt. Egal was ich anfange, irgendwie wird nichts draus. Deshalb stimmt irgendetwas nicht mit mir. So jemand gehört in die Psychotherapie*. Die Items des obigen Faktors beschreiben die Angst der Patienten, dass ihre fehlende Selbstwirksamkeit durch die Psychotherapie nur noch verstärkt wird. Deshalb wurde der Faktor mit 'Negativer Selbstwirksamkeit' benannt.

4.2.2.5 ACP-a – Faktor 5 – Pos. Behandlungserwartung (PBE)

Tab. 14: ACP-a – Faktor 5 – Pos. Behandlungserwartung (PBE)

F5 – Pos. Behandlungserwartung (PBE)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
38	Wenn ich psychotherapeutische Hilfe aufsuche, ist das so, als würde ich meine Probleme dort abgeben.	.767
39	Ich gehe zum Psychotherapeuten/ zur Psychotherapeutin, weil er/ sie grenzenloses Verständnis für meine Probleme zeigt.	.761
41	Ich gehe davon aus, dass ich in der Psychotherapie nicht nur ‚repariert', sondern geheilt werde.	.579

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
7.68%	.4235 – .6421	.7112

Die in diesem Faktor (F5) zusammengefassten Items stehen für die positive Vorerwartung des Patienten an die Psychotherapie, auf jeden Fall gut behandelt zu werden. Mit diesem Faktor wird das Setting, die Seite der Wirkmächtigkeit der Therapie und des Therapeuten, beschrieben. Es wird eine Struktur vorgeschaltet, in der sich etwas ereignen kann. Interessant ist dabei, dass das erste Item 38, „Wenn ich psychotherapeutische Hilfe aufsuche, ist das so, als würde ich meine Probleme dort abgeben.", ursprünglich vom Autoren als negatives Item im Hinblick auf eine erfolgreiche Therapie konstruiert wurde; denn in der Therapie soll der Patient sein Problem nicht einfach abgeben, sondern sich mit ihm auseinandersetzten und Zusammenhänge zwischen seinem Verhalten und seinem Problem wahrnehmen. Eine Haltung des nur ‚Loswerden-Wollens' oder schnellen Abgebens der Symptomatik würde diesen Prozess unterminieren. Das ursprünglich ‚negativ' gemeinte Item 38 lädt jedoch hoch mit zwei positiv formulierten Items (39, 41) in diesem Faktor. Wie lässt sich diese Zusammenstellung dieser drei Items interpretieren? Vermutlich haben die Patienten das ursprünglich negativ konstruierte Item 38 als für sich positiv, als ‚Garderobe-Item', etwa in dem Sinne „Ich hab' nicht mehr", „Ich erleichtere mich von meinen Beschwerden", verstanden. Vermutet wird, dass die Patienten auf das letzte Wort ‚abgeben' fokussiert haben. Wahrscheinlich wurde das Item 38 von den Patienten so verstanden: „Es ist gut, wenn man seine Probleme beim Psychotherapeuten abgeben kann."

4.2.2.6 ACP-a – Faktor 6 – Positive Outcome-Erwartung (POE)

Tab. 15: ACP-a – Faktor 6 – Positive Outcome-Erwartung (POE)

F6 – Positive Outcome-Erwartung (POE)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
1	Mit der Psychotherapie kann ich einen Anfang machen, um für mich unbefriedigende Umstände zu ändern.	.723
12	Es ist gut für mich, wenn die Psychotherapie solange dauert, bis ich wieder auf dem Weg der Gesundung bin.	.700
9	Die Psychotherapie ist für mich wirkungsvoller als ein Gespräch mit Freunden.	.618

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
6.60%	.3192 – .4014	.5533

Faktor 6 (POE) fasst Items zusammen, die auf eine erfolgreiche Therapie im Sinne einer guten Ergebniserwartung abzielen. Verlangt dieser Faktor auch mehr *involvement* von der Person – „Ich kann einen Anfang machen …“, „… bis ich wieder auf dem Weg …“ – so ist er dennoch etwas unpersönlicher als Faktor 1.

4.2.3 Korrelationen der ACP-a-Skalen und Skalenreaktionszeiten

Im oberen rechten Teil der Korrelationstabelle (Tab. 16) befinden sich die Interkorrelationen der Skalenreaktionszeiten. Für jedes Item des ACP-a wurde die Reaktionszeit gemessen und für die einzelnen Skalen die entsprechende Skalenreaktionszeit aufsummiert. In der Diagonale wird die Korrelation zwischen der jeweiligen ACP-a-Skala mit ihrer Reaktionszeit ausgewiesen. Im unteren linken Teil sind die Korrelationen zwischen ACP-a-Skala x ACP-a-Reaktionszeiten abgedruckt. Folgendes lässt sich der nachfolgenden Korrelationstabelle (Tab. 16) entnehmen:

Tab. 16: Korrelationen der ACP-a-Skalen und Skalenreaktionszeiten

ACP-a x Reaktionszeit	Acp-a-Reaktionszeiten x Acp-a-Reaktionszeiten						
	PEVB	TPE	IKP	NSWE	PBE	POE	ACP-a
PEVB	-,140(**)	,647(**)	,555(**)	,428(**)	,165(**)	,501(**)	,735(**)
TPE	-,140(**)	,099	,610(**)	,499(**)	,124(*)	,538(**)	,790(**)
IKP	-,005	,019	,220(**)	,691(**)	,137(*)	,536(**)	,775(**)
NSWE	,187(**)	,160(**)	,271(**)	,285(**)	,112(*)	,465(**)	,732(**)
PBE	-,003	,039	,160(**)	,205(**)	,012	,116(*)	,517(**)
POE	,020	,060	,001	,099	,014	-,194(**)	,660(**)
ACP-a	-,086	,014	-,009	,081	-,107(*)	-,108(*)	-,047

Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB), Transpersonales Empowerment (TPE), Inferiore kommunikative Position (IKP), Neg. Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE), Pos. Behandlungserwartung (PBE), Pos. Outcome-Erwartung (POE), Diagonale = Korrelationen zw. ACP-a-Reaktionszeit x ACP-a-Skalenwert; n = 342; untere Waagerechte = Korrelationen zw. ACP-a-Skalenwert-Reaktionszeit x ACP-a-Gesamtskalenwert; n = 342; ; rechte Vertikale = ACP-a-Skalenwert-Reaktionszeit x ACP-a-Gesamtwert-Reaktionszeit; n = 342.

Diagonale: Patienten mit mehr ‘Personalem Empowerment/ Veränderungsbereitschaft’ (PEVB, r = -.140**) und hoher ‘positiver Ergebniserwartung’ (POE, r = -,194**) können die zur Skala dazugehörigen Items schneller beantworten, als Patienten mit weniger PEVB und POE. Wer z.B. sagt, dass er Antworten auf seine Fragen bekommen möchte und für ihn Psychotherapie auch mit der Offenheit für Veränderungen im Leben (32), Selbstverantwortung (17), mit menschlicher Weiterentwicklung (36) und der Veränderung unbefriedigender Umstände (1) zusammenhängt, der antwortet bei diesen Fragen zügiger. Im Gegensatz dazu erhöhen sich die Antwortzeiten bei Patienten, die sich stärker in einer ‘inferioren kommunikativen Position’ sehen (IKP, r = .220**) und befürchten, dass Psychotherapie z.B. zu Unselbständigkeit, Kontroll- und Gesichtsverlust etc. führten könnte (NSWE, r = .285). Sie sprechen in höherem Maße davon, dass … sie sich in der Psychotherapie hilflos fühlen würden, wenn sie auf alles antworten müssen, was der Therapeut fragt (ACP-a-Item 26) oder dass … für sie die Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe ein Zeichen für ihre Unfähigkeit ist, mit ihrem Leben fertig zu werden (15).

unteres Dreieck: Eine hohe ‘negative Selbstwirksamkeitserwartung’ (NSWE) führt nicht nur zu längeren Antwortzeiten auf dieser Skala, sondern die Betroffenen brauchen auch länger bei der Beantwortung der positiven

Meinungen zur Psychotherapie (PEVB, r = .187**; TPE, r = .160**; PBE, r = .205**).

oberes Dreieck: Alle Skalenkorrelationen der Antwortzeiten untereinander stehen in einem positiven Zusammenhang. Dieser Zusammenhang ist am stärksten zwischen den negativen Skalen ausgeprägt (IKP mit NSWE, r = .691**) und am schwächsten zwischen 'negativer Selbstwirksamkeitserwartung' (NSWE) und 'positiver Behandlungserwartung' (PBE). Benötigt ein Patient lange für die Beantwortung der Items zur 'Inferioren kommunikativen Position' (IKP), dann wird er mit großer Wahrscheinlichkeit auch mehr Zeit für die Items brauchen, die mit seinen Befürchtungen zusammenhängen, das Psychotherapie ihn unselbständig machen und zu Kontroll- und Gesichtsverlust führen könnte (NSWE).

untere Horizontale: Die Gesamtskala ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a) weist schwache negative Korrelationen mit PBE (r = -.107*) und POE (r = -.108*) auf. Wer insgesamt eine positive Einstellung zur Psychotherapie hat, kann Fragen zur 'Positiven Behandlungserwartung' (PBE) und 'Positiven Ergebniserwartung' (POE) schneller beantworten, als Patienten mit negativer Einstellung.

rechte Vertikale: Die größte Korrelation zwischen den Antwortzeiten der Einzelskalen und der Antwortzeit für die Gesamtskala ACP-a findet sich zwischen TPE und ACP-a (r = .790**) – die geringste zwischen PBE und ACP-a (r = .517**). Fragen zum 'Transpersonalen Empowerment' haben somit den größten Einfluss auf die Beantwortungszeit für den Fragebogen ‚Image der Psychotherapie'. Dies ist gut nachvollziehbar, weil die mit den Items angesprochenen Themen zum einen nicht zum Mainstream der Psychotherapie gehören und für viele Patienten neu sein dürften. Andererseits werden, ‚tief schürfende' Themen angesprochen, die weit weg von der reinen Funktionsherstellung auch Inhalte wie *Lebenssinn*, *Weiterentwicklung*, *Strom des Lebens*, *höhere Ordnung*, *Verbundenheit mit der Natur*… etc. ansprechen. Fragen zur 'positiven Behandlungserwartung' sind dagegen leichter zu beantworten und haben deshalb einen geringeren Einfluss auf die Gesamtbeantwortungszeit des ACP-a.

4.2.4 Skalenkorrelationen zwischen Erstgespräch (ACP-a) und Zwischenmessung (ACP-z)

Tab. 17: Skalenkorrelationen zw. Erstgespräch (t_1, ACP-a) und Zwischenmessung (t_2, ACP-z)

ACP	Zwischenmessung						
Erstgespräch	**PEVB**	**TPE**	**IKP**	**NSWE**	**PBE**	**POE**	**ACP-z**
PEVB	,617(**)	,313(**)	-,086	,012	,317(**)	,506(**)	,565(**)
TPE	,548(**)	,277(*)	-,178	-,181	,488(**)	,219	,460(**)
IKP	-,088	-,274(**)	,201	,106	-,149	-,059	-,079
NSWE	-,085	-,275(**)	,368(**)	,657(**)	-,357(**)	-,072	,019
PBE	,363(**)	,501(**)	-,273(**)	-,279(**)	,682(**)	,339(**)	,375(**)
POE	,388(**)	,204(**)	,058	-,068	,240(**)	,646(**)	,409(**)
ACP-a	,703(**)	,611(**)	,252(**)	,216(**)	,584(**)	,563(**)	,622(**)

Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB), Transpersonales Empowerment (TPE), Inferiore kommunikative Position (IKP), Neg. Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE), Pos. Behandlungserwartung (PBE), Pos. Outcome-Erwartung (POE), Var. = Varianz, Lev. = Levene, Sig. = Signifikanz, t1 = nach dem Erstgespräch, t2 = 20. Therapiestunde; n = 77 – 342

In der Diagonalen (s. Tab. 17) finden sich die Interkorrelationen zwischen den ACP-a-Skalen zum Zeitpunkt t_1 und t_2. Die Skala 'Inferiore kommunikative Position' (IKP) zu t_1 korreliert nicht signifikant mit sich selbst zu t_2. Das Konstrukt der 'inferioren kommunikativen Position' bzw. die Inhalte der dazugehörigen Items dieser Skala wurden vermutlich zwischen Patienten und Therapeuten direkt oder indirekt innerhalb der Therapie so bearbeitet, dass die 'inferiore kommunikative Position' nach der 25. Therapiesitzung keine Rolle mehr spielt (r = .201 ns.). Die Inhalte der Skala IKP bzw. das Konstrukt 'Inferiore kommunikative Position' wurden ‚ausdifferenziert' im Sinne von *geklärt* und *nicht mehr von Belang* – sie kann als eigenständiges Konstrukt nicht aufrechterhalten werden. Für die anderen ACP-Skalen PEVB, NSWE, PBE und POE zeigen sich zufriedenstellende Zusammenhänge mit Interkorrelationen von r = .277* (TPE) bis r = .682** (NSWE). Bis auf die Skalen 'Inferiore kommunikative Position' und 'Transpersonales Empowerment' verweist die Korrelationsstruktur somit auf gut differenzierende Konstrukte. Die Gesamtskala ACP-a zu t_1 zeigt mittelhohe bis hohe Korrelationen mit den Skalen zu t_2 (untere Horizontale; r = .216** [NSWE] bis r = .703** [PEVB]). Umgekehrt korrelieren die ACP-z-Skalen zu t_2 mit den ACP-a-Skalen zu t_1 deutlich geringer (rechte Vertikale). Prüft man die Interkorrelation der Gesamtskalen ACP-a und ACP-z ‚überkreuz', dann sind sie zu t_2 geringer:

ACP-a (t_1) mit PEVB (t_2)	→ r = .703**	⇆	ACP-z (t_2) mit PEVB (t_1)	→ r = .565**
ACP-a (t_1) mit TPE (t_2)	→ r = .611**	⇆	ACP-z (t_2) mit TPE (t_1)	→ r = .460**
ACP-a (t_1) mit IKP (t_2)	→ r = .252**	⇆	ACP-z (t_2) mit IKP (t_1)	→ r = -.079 ns.
ACP-a (t_1) mit NSWE (t_2)	→ r = .216**	⇆	ACP-z (t_2) mit NSWE (t_1)	→ r = .019 ns.
ACP-a (t_1) mit PBE (t_2)	→ r = .584**	⇆	ACP-z (t_2) mit PBE (t_1)	→ r = .375**
ACP-a (t_1) mit POE (t_2)	→ r = .563**	⇆	ACP-z (t_2) mit POE (t_1)	→ r = .409**

Die durchgängig geringeren Interkorrelationen zu t_2 können als ein Hinweis dafür gewertet werden, dass die Patienten in ihrer Therapie gelernt haben, die Inhalte der Skalen nach 25 Therapiesitzungen besser auseinander zu halten bzw. sie nun in einem anderen Zusammenhang zu sehen. Zu einem späteren Zeitpunkt der Studie, wenn genug Daten des ACP-z zu t_2 vorliegen, wird eine erneute Faktorenanalyse zeigen können, inwieweit sich die innere Struktur des Fragebogens ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a/ ACP-z) nach 25 Therapiesitzungen gewandelt haben wird.

4.2.5 Interkorrelationen und Reliabilität der ACP-Skalen zum Erstgespräch und Zwischenmessung mit Effektstärken

Betrachten wir die Korrelationen jeweils innerhalb der Zeitpunkte t_1 (Erstgespräch) und t_2 (25. Sitzung), so zeigen sich die in Tab. 18 dargestellten Zusammenhänge.

Tab. 18: Skalenkorrelation zw. Erstgespräch (t_1, ACP-a) und Zwischenmessung (t_2, ACP-z)

ACP	t2 (Post x Post)							
t1 (Pre x Pre)	PEVB	TPE	IKP	NSWE	PBE	POE	ACP-z	ES
PEVB	.80 \ .80	,313(**)	-,086	,012	,317(**)	,506(**)	,565(**)	.11
TPE	,548(**)	.81 \ .76	-,178	-,181	,488(**)	,219	,460(**)	.04
IKP	-,088	-,274(**)	.77 \ .72	,106	-,149	-,059	-,079	.01
NSWE	-,085	-,275(**)	,368(**)	.68 \ .76	-,357(**)	-,072	,019	.00
PBE	,363(**)	,501(**)	-,273(**)	-,279(**)	.71 \ .65	,339(**)	,375(**)	.03
POE	,388(**)	,204(**)	,058	-,068	,240(**)	.55 \ .59	,409(**)	.05
ACP-a	,703(**)	,611(**)	,252(**)	,216(**)	,584(**)	,563(**)	.86 \ .84	.13

Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB), Transpersonales Empowerment (TPE), Inferiore kommunikative Position (IKP), Neg. Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE), Pos. Behandlungserwartung (PBE), Pos. Outcome-Erwartung (POE), Var. = Varianz, Lev. = Levene, Sig. = Signifikanz, t1 = nach dem Erstgespräch, t2 = 20. Therapiestunde; ES = Effektstärke; n = 77 – , t1 = nach dem Erstgespräch, t2 = 20. Therapiesitzung

Die Korrelationen zu t_1 (unteres Dreieck) sind in einigen Fällen niedriger (grau markierte Korrelationen) als zu t_2 (oberes Dreieck):

POE (t_1) mit PEVB (t_1)	→ r = .388**	–	POE (t_2) mit PEVB (t_2)	→ r = .506**
PBE (t_1) mit NSWE (t_1)	→ r = -.279**	–	PBE (t_2) mit NSWE (t_2)	→ r = -.357**
POE (t_1) mit PBE (t_1)	→ r = .240**	–	POE (t_2) mit PBE (t_2)	→ r = .339**

Nach 25 Therapiesitzungen können die Patienten den Zusammenhang zwischen den Therapieergebnissen ('Positive Outcome-Erwartung', POE) und dem 'Personalen Empowerment' bzw. ihrer 'Veränderungsbereitschaft' (PEVB) besser verstehen. Für sie ist nun klarer, dass die Erwartung mithilfe der Psychotherapie einen Neuanfang zu machen, um unbefriedende Umstände zu verändern auch mit ihrer Offenheit für Veränderungen und ihrer Eigenverantwortung gegenüber sich selbst zusammenhängt. Die Veränderung der faktoriellen Struktur tritt besonders deutlich bei den Interkorrelationen der Gesamtskalen mit ihren negativen Skalen IKP und NSWE hervor:

ACP-a (t_1) mit PEVB (t_1)	→ r = .703**	–	ACP-z (t_2) mit PEVB (t_2)	→ r = .565**
ACP-a (t_1) mit TPE (t_1)	→ r = .611**	–	ACP-z (t_2) mit TPE (t_2)	→ r = .460**
ACP-a (t_1) mit IKP (t_1)	→ r = .252**	–	ACP-z (t_2) mit IKP (t_2)	→ r = -.079 ns.
ACP-a (t_1) mit NSWE (t_1)	→ r = .216**	–	ACP-z (t_2) mit NSWE (t_2)	→ r = .019 ns.
ACP-a (t_1) mit PBE (t_1)	→ r = .584**	–	ACP-z (t_2) mit PBE (t_2)	→ r = .375**
ACP-a (t_1) mit POE (t_1)	→ r = .563**	–	ACP-z (t_2) mit POE (t_2)	→ r = .409**

Während die negativen Skalen IKP und NSWE zu t_1 noch schwach mit der Gesamtskala ACP-a (t_1) korrelieren, ist das zu t_2 nicht mehr der Fall. Auch die Korrelationen der positiven Skalen (PEVB, TPE, PBE, POE) mit der Gesamtskala ACP-z (t_2) sind geringer. Es wird vermutet, dass Entwicklungsprozesse innerhalb der Therapie zu einer veränderten Sichtweise hinsichtlich dem ‚Image der Psychotherapie' führen und sich deshalb auch die faktorielle Struktur verändert. Zu einem späteren Zeitpunkt wird die Datenlage eine erneute Faktorenanalyse der ACP-a-Daten zu t_2 erlauben und mehr Aufschluss über die Richtung der Veränderungen geben können. Vermutlich wird ein Teil der negativen Items selegiert bzw. von den positiven Skalen absorbiert. Die sehr kleinen Effektstärken verweisen jedoch auf einen sehr geringen Effekt, so dass zum derzeitigen Stand der Daten davon ausgegangen werden kann, dass diese Veränderungen nicht bedeutsam sind.

4.2.6 Dimensionalität des ACP-P (Patientenstundenbogen)

Die explorativ durchgeführte Faktorenanalyse (Hauptachsenmethode, Variamax-Rotation)[76] ergab einen sehr guten KMO-Wert von 0.911 und einen signifikanten Bartlett-Test. Somit ist die Anwendung der Faktorenanalyse zur Klassifikation der Items zulässig. Der Verlauf der Eigenwerte legte eine 5-Faktoren-Lösung nahe (s. Screeplot, Tab. 82, S. 277), mit der insgesamt 65.6% Gesamtvarianz aufgeklärt werden kann (Faktor 1: 20.9%, Faktor 2: 14.6%, Faktor 3: 13.9%, Faktor 4: 8.9%, Faktor 5: 7.3%) mit Reliabilitäten (r_{it}) von 0.4568 bis 0.7883. Die Kommunalitäten (h^2) liegen zwischen 0.438 und 0.838. Die Cronbach Alpha (α) liegen zwischen 0.8165 (F6) und 0.9130 (F2). Nachfolgend die zu den Skalen dazugehörigen Items mit Faktorladungen und den vorgeschlagenen Skalenbezeichnungen:

4.2.6.1 ACP-P – Faktor 1 – Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrung (BKS)

Tab. 19: ACP-P – Faktor 1 – Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrung (BKS)

Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrung (BKS)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
2	Ich habe jetzt das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	.808
23	Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	.807
3	Heute sind wir dem Kern meiner Probleme nähergekommen.	.803
4	Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärtsgekommen.	.803
16	Ich weiß jetzt besser, was ich will.	.756
7	Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	.706
14	Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	.697
6	Die Therapeutin/ der Therapeut lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.	.616

Varianzaufklärung Faktor	**Reliabilitäten (r_{it})**	**Cronbach-α**
20.9%	.6117 – 7883	.9130

Im ersten Faktor (BKS) wurden drei der im Stundenbogen (Stubo) von Grawe und Regli (2000) ausgewiesenen Skalen vereint: ‘Positive Bewältigungserfahrungen’ (Stubo-Item 14, 16, 23), ‘Positive Klärungserfahrungen’ (Stubo-Item 2, 3, 7) und das Item 6 aus der Stubo-

Skala ‘Positive Selbstwerterfahrungen’. Der Versuch, eine weitere ‚Aufschlüsselung’ dieses Faktors (BKS) in die ursprünglichen drei Stundenbogenskalen (Stubo) durch eine erneute Faktorenanalyse über diesen Faktor zu erreichen, erbrachte einen Generalfaktor. Somit ist eine weitere ‚Aufschlüsselung’ des Faktors BKS nicht möglich bzw. statistisch nicht sinnvoll. Zur Erklärung des Faktor BKS: Mit Bewältigungserfahrungen (B) ist gemeint, dass der Therapeut den Patienten mit geeigneten Maßnahmen aktiv darin unterstützt oder ihn auch direkt dabei anleitet, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Diese Übungs- und Trainingsmaßnahmen sind im Sinne von Coping-Fähigkeiten, also als Problembewältigungskompetenz primär zu verstehen. Psychische Probleme werden als «Nicht-anders-Können» betrachtet. Die therapeutische Hilfe ist darauf ausgerichtet, dem Patienten aktiv dabei zu helfen, die Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand des Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Vom Nichtkönnen zum Besserkönnen, sich-mehr-Zutrauen, Sich-besser-gewachsen-Fühlen. Die Skala ‘Klärungserfahrungen’ (K) beschreibt das Gewinnen von Verständnis und Einsicht in die Hintergründe der gegenwärtigen Schwierigkeiten. Motivationaler Aspekt: Warum verhält sich der Patient so und nicht anders? Explikation implizierter Bedeutungen: Vom Nichtwissen zum Besser-Bescheid-Wissen, Über-sich-selber-klarer-Sein, Sich-besser-annehmen-Können; vom Ambivalent-Sein und im Konflikt gelähmt sein zum eindeutig etwas Bestimmtes wollen, klare Ziele verfolgen. Bei genügend ‘positiven Selbstwerterfahrungen’ (S) kann von einem sehr förderlichen Einfluss auf das Therapiegeschehen ausgegangen werden.

4.2.6.2 ACP-P – Faktor 2 – Negative Einflüsse (NE)

Tab. 20: ACP-P – Faktor 2 – Negative Einflüsse (NE)

Negative Einflüsse (NE)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
5	In der heutigen Sitzung ist mir klar geworden, mit wieviel Abneigung ich zu der psychotherapeutischen Behandlung komme.	.762
25	Ich habe heute erkannt, dass ich überhaupt nur in Therapie bin, weil andere das wollen.	.738
13	Mir ist jetzt klar, dass für mich im Augenblick andere Anliegen/ Fragen/ Ziele wichtiger sind, als an irgendwelchen seelischen Problemen zu arbeiten.	.732
24	Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	.731
17	Ich weiß jetzt, dass ich die Therapie am liebsten beenden möchte.	.724
9	Mir ist heute deutlich geworden, dass es mich enorm (und eigentlich zu sehr) belastet, in dieser Form von Therapie mitzuarbeiten.	.710

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
14.6%	.5714 – .6687	.8274

Nach dem üblichen Selektionskriterium[78] hätte der gesamte Faktor 2 ('Negative Einflüsse') selegiert werden müssen, da die Items sehr geringe Schwierigkeitsindizes haben. Die Patienten hatten die Items überwiegend verneint, als nicht zutreffend bewertet, weil kaum ein Patient von vorne herein eine Therapie mit negativen Bewertungen belegt. Für die Weiterentwicklung des Stundenbogens (ACP-P) sind die Items des zweiten Faktors damit (in dieser Form)[79] nicht geeignet. Dennoch wurde für diese Studie der Faktor belassen und entsprechende Skalen berechnet, da diverse Versuche gezeigt haben, dass der Faktor im Sinne der Hypothesen die beiden Personengruppen gut trennen kann (s. Anhang: Tab. 82, S. 277; Tab. 83,

78 Das üblicher Kriterium für den Schwierigkeitsindex (.2 > Pj < .8); Selegiert werden Items (auf- und abgerundet) mit Pj < 0.15 und Pj > 0.85.

79 Wahrscheinlich würden die gleichen Items in positiver Formulierung besser angenommen werden.

S. 278). In diesem Faktor wurden fast ausschließlich neu aufgenommene Items mit negativ formulierten Erfahrungen während der Therapie aufgenommen. Nur ein Grawe-Item (24) aus der Grawe-Skala 'Bindungserfahrungen: Aufgehobensein in der Therapie' wurde von der Faktorenanalyse ebenfalls diesem Faktor zugeordnet, was wahrscheinlich daran lag, dass dieses Grawe-Item ebenfalls negative Erfahrungen beschreibt. In diesem Faktor werden folgende wenig förderliche Therapieerfahrungen zusammengefasst: 'Leidensdruck', 'mangelnde(s) Adherence/ Committment'[80], 'zu geringe Bindungserfahrungen', 'zu wenig Eigenmotivation' und 'kein ausreichender Rückgang der sozialen Probleme'.

4.2.6.3 ACP-P – Faktor 3 – Positive Therapiebeziehung (PTB)

Tab. 21: ACP-P – Faktor 3 – Positive Therapiebeziehung (PTB)

Positive Therapiebeziehung (PTB)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
8	Die Therapeutin/ der Therapeut und ich verstehen einander.	.814
11	Ich glaube, die Therapeutin/ der Therapeut ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert.	.803
1	Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/ zum Therapeuten wohlgefühlt.	.738
20	Ich spüre, dass die Therapeutin/ der Therapeut mich wertschätzt.	.704
15	Ich finde die Sichtweise der Therapeutin/ des Therapeuten von meinen Problemen zu einfach.	-.514

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
13.9%	.4568 – .7665	.8414

In diesem Faktor dominieren die Items (Stubo:[81] Item 8, 11, 1) der Skala 'Positive Therapiebeziehung' (Stubo). Das Item 20 stammt aus der Skala 'Positive Selbstwerterfahrung' (Stubo) und das Item 15 aus der Skala Bindungserfahrung (Stubo). Das Item 20 lässt sich jedoch sehr

80 Identifikationsbereitschaft mit der Therapie. Verbindlichkeit sich und Anderen gegenüber und emotionale Verbundenheit mit dem gemeinsamen Auftrag.

81 Stubo = Berner Stundenbogen 2000 für Patienten (Grawe & Regli, 2000)

gut auch im Kontext der guten Therapiebeziehung deuten, indem Wertschätzung eine Rolle spielt. Auch das auf dem Faktor negativ ladende Item 15 passt, wenn man die negative Formulierung des Items positiv formuliert: „Ich finde die Sichtweise der Therapeutin/ des Therapeuten von meinen Problemen nicht zu einfach."

4.2.6.4 ACP-P – Faktor 4 – Positive Kontrollerwartung (PKE)

Tab. 22: ACP-a – Faktor 4 – Positive Kontrollerwartung (PKE)

Positive Kontrollerwartung (PKE)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
27	Ich kann selbst entscheiden, was in der Therapie besprochen wird.	.855
28	Die Therapeutin/ der Therapeut lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen.	.833
26	Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können.	.645

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
8.9%	.5917 – .7508	.8165

Die Stubo-Skala 'Positive Kontrollerfahrung' kann mit der Bremer Stichprobe vollständig reproduziert werden, darum wurde auch die Skalenbenennung beibehalten.

4.2.6.5 ACP-P – Faktor 5 – Problemaktualisierung (PA)

Tab. 23: ACP-a – Faktor 5 – Problemaktualisierung (PA)

Problemaktualisierung (PA)		
Itemnr.	**Text**	**Ladung**
22	Das Thema, das wir heute behandelt haben, ging mir sehr nahe.	.895
19	Heute war ich gefühlsmäßig stark beteiligt.	.884

Varianzaufklärung Faktor	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
7.3%	.7121	.8309

Auch diese ACP-P-Skala ist eine vollständige Reproduktion der von Grawe und Regli (2000) mit dem Stundenbogen für Patienten (Stubo) publizierten Skala 'Problemaktualisierung'. Mit dieser Skala soll das tatsächliche Erleben einer Problemstruktur und ihrer Veränderung im therapeutischen Kontext gemessen werden. Prinzip der realen Erfahrung: Die problematischen Bedeutungen, die die Leiden des Patienten ausmachen, werden in der Therapie real zum Erleben gebracht, um eine Veränderung erlebter Bedeutungen zu bewirken.

4.2.7 Skalenkorrelationen Patientenstundenbogen (ACP-P) über 15 Sitzungen gemittelt

Die teilweise hohen Korrelationen der Patientenstundenbogenskalen (ACP-P), insbesondere der Skala 'Positive Klärungs-/ Bewältigungs- und Selbstwerterfahrungen' mit 'Positive Therapiebeziehung' und 'Positive Kontrollerfahrungen', zeigt den hohen Zusammenhang zwischen diesen Konstrukten. Es gibt jedoch keine Korrelation über r = .55, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die einzelnen Skalen noch genug Unterschiedliches erfassen.

Tab. 24: Interkorrelationen der Stundenbogenskalen (ACP-P) zu t_1

Korrelationen

		BKS	NE	TB	TB	PA
BKS	Korrelation nach Pearson	1	-,171**	,466**	,421**	,277**
	Signifikanz (2-seitig)	.	,004	,000	,000	,000
	N	281	281	281	279	280
NE	Korrelation nach Pearson		1	-,465**	-,122*	-,112
	Signifikanz (2-seitig)		.	,000	,041	,062
	N		281	281	279	280
TB	Korrelation nach Pearson			1	,492**	,260**
	Signifikanz (2-seitig)			.	,000	,000
	N			281	279	280
PKE	Korrelation nach Pearson				1	,277**
	Signifikanz (2-seitig)				.	,000
	N				279	279
PA	Korrelation nach Pearson					1
	Signifikanz (2-seitig)					.
	N					280

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant. BKS - 'Bewältigungs-/ Klärungs- / Selbstwerterfahrungen'; NE - 'Negative Einflüsse', TB - 'Therapiebeziehung', PKE - 'Positive Kontrollerfahrung', PA - 'Problemaktualisierung'.

4.2.8 Dimensionalität der Psy-BaDo-Skala Leidensdruck (LD)

In dieser Studie werden drei Instrumente zur direkten Veränderungsmessung eingesetzt: VEV-K (Zielke, 1978b, s. S. 351), GAS[82] und die Skala ‚Leidensdruck' (LD). Die Skala LD wurde aus den Items der ‚Allgemeinen Veränderungsdokumentation' der Psy-BaDo von Heuft und Senf (1998) wie folgt neu konstruiert:

- Umformulierung der zehn Items unter der Perspektive des Leidensdruckes.[83]

---

82 Die Therapeuten erarbeiten mit den Patienten bis zu fünf Therapieziele, die von den Therapeuten in die Therapeuten-Psy-BaDo eingetragen werden. Diese Therapieziele werden vom Autor in die Patienten-Psy-BaDo (s. Abb. 118, S. 355 u. Abb. 119, S. 356) übernommen und den Patienten während der Postmessung vorgelegt. Es soll dabei von den Patienten eingeschätzt werden, inwieweit die angestrebten Therapieziele aktuell erreicht wurden.

83 Bei Heuft & Senf (1998) wird ganz allgemein und unspezifisch nach Veränderungen bezüglich der 10 Problembereiche gefragt. Der Autor fragte sich jedoch, wie z.B. eine Verbesserung für den Problembereich ‚Zukunftsperspektive' im Sinne einer erwünschten Ergebnisqualität zu deuten wäre. Um die Ergebnisse besser in Richtung einer psychotherapeutisch relevanten Verbesserung interpretieren zu können, wurden deshalb alle 10 Problembereiche unter dem Fokus ‚Leidensdruck' ausformuliert. Der Begriff *Leiden* ist zentraler Bestandteil der ICD-10-Klassifikation und ist somit leicht interpretierbar. Die der Skala LD zugrunde liegenden Merkmalsausprägungen reichen von 0

- Identische Versionen für t_1 und t_2, damit auch Pre-Post-Vergleiche möglich sind.[84]
- Zusätzliche Erläuterungen der Originalformulierungen zur besseren Verständlichkeit.

Da einige Items der Skala 'Leidensdruck' (LD) sehr schwierig zu verstehen sind, wurde dieses Instrument mit dem Patienten gemeinsam im Interviewstil erhoben. Jedes Item bzw. jeder Problembereich wurden durch zusätzliche Erläuterungen zum Inhalt ergänzt (s. unten, Tab. 25, S. 129). Da die Skala LD in erster Linie zur direkten Veränderungsmessung eingesetzt wurde, ist der Zeitpunkt t_2 für die Itemanalyse von Bedeutung und wurde zu weiteren Analyse herangezogen. Die Schwierigkeitsindizes lagen zwischen Pj = .122 und Pj = .544. Die Items 6 ('Problematische Veränderungen im beruflichen Bereich'; Pj = .139; 51mal von 72mal mit ‚gar nicht' beantwortet) und 9 ('Fehlende Zukunftsorientierung'; Pj = .122; 59mal von 72mal mit ‚gar nicht' beantwortet) wiesen einen starken Bodeneffekt auf. Der SCREE-Test der explorativ durchgeführten Faktorenanalyse mit den zehn Items der neu konstruierten Psy-BaDo-Skala 'Leidensdruck' zum Messzeitpunkt t_2 verwies auf einen Generalfaktor. Weiterhin erwies sich das Item 6 in der Reliabilitätsanalyse als zu wenig trennscharf mit starkem ‚Bodeneffekt' (s. o.) und wurde deshalb selegiert. Die verbleibenden neun Items der Skala 'Leidensdruck' erreichen einen Cronbach Alpha von $\alpha = .7916$ (s. Anhang, Tab. 84, S. 279).

(ich leide gar nicht darunter) bis 5 (ich leide sehr stark darunter). Die direkten Einschätzungen der Patienten hinsichtlich ihres vorhandenen Leidensdruckes bezüglich der 10 Problembereiche lassen sich damit einheitlich unter der Perspektive der erreichten Ergebnisqualität interpretieren.

84 Bei Heuft & Senft (1998) wurden zur Einschätzung der 10 Problembereiche zu Therapiebeginn und Behandlungsende unterschiedliche Skalen verwendet: Therapiebeginn (Skala 0 – 5: 0 = «kein relevanter Problembereich», 1 = «unwichtig», 2 = «wenig wichtig», 3 = «wichtig», 4 = «sehr wichtig», 5 = «extrem wichtig»); Behandlungsende (Skala 0 – 6: 0 = «kein relevanter Problembereich», 1 = «nicht zu beurteilen», 2 = «deutlich verschlechtert», 3 = «etwas verschlechtert», 4 = «nicht verändert», 5 = «etwas gebessert», 6 = «deutlich gebessert»). Durch die unterschiedlichen Skalen war keine Vergleichbarkeit für eine Pre-Post-Messung gegeben. Die vom Autor veränderte Version nutzt für beide Messzeitpunkte identische Versionen. Damit kann die Skala zur indirekten (Pre-Post-Differenzen) oder direkten Messung (nur Post) verwendet werden.

4.2.8.1 Psy-BaDo-Skala 'Leidensdruck' (LD)

Tab. 25: 'Leidensdruck' (LD)

Leidensdruck (LD)		
Itemnr.	**Text**	**Korr.**
10	Wie stark leiden Sie unter ihrem allgemeinen psychischen Wohlbefinden? Zusätzliche Erläuterungen: „Fühlen Sie sich generell wohl? Können Sie guten Herzens sagen, mir geht es im Großen und Ganzen gut? Oder leiden Sie darunter, dass es Ihnen nicht wirklich gut geht und Sie sich im Allgemeinen eher schlecht fühlen? Falls Sie sich nicht wohl fühlen, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie unter ihrem Unwohlsein leiden.“	.695
3	Wie stark leiden Sie unter ihrem psychischen Befinden (psychische Symptomatik)? Zusätzliche Erläuterungen: „Leiden Sie unter Depression, Angst, Panik, Zwängen oder Ähnliches? Wenn ja, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie unter diesen psychischen Problemen leiden.“	.635
2	Wie stark leiden Sie unter ihrem Selbstwerterleben, der Selbstannahme? Zusätzliche Erläuterungen: „Können sie sich selbst so annehmen wie sie sind? – Können Sie sagen, ich mag mich, ich kann mich so akzeptieren, wie ich bin? Wenn nicht, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie darunter leiden, dass sie sich nicht annehmen können.“	.605
7	Wie stark leiden Sie unter ihrer Verhaltenseinstellung hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung, Eigenaktivität (z.B. Kontaktfähigkeit, soziale Kompetenz, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen)? Zusätzliche Erläuterungen: „Können Sie gut Kontakte aufbauen, sich gut durchsetzen, sich gut abgrenzen? Es reicht, wenn Sie unter einem der genannten Punkte leiden. Wenn nicht, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie darunter leiden, dass sie es nicht können.“	.582
9	Wie stark leiden Sie unter der Einstellung gegenüber ihrer Zukunft (bezüglich grundsätzlich realisierbaren Zukunftsentwürfen und aktiver Kontrollerwartung)? Zusätzliche Erläuterungen: „Gibt es für sich ein Morgen, ein Übermorgen? Haben Sie noch Zukunftspläne, Ziele, Visionen usw.? Wenn nicht, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie unter der fehlenden Zukunftsperspektive leiden.“	.483

Leidensdruck (LD)

Itemnr.	Text	Korr.
5	Wie stark leiden Sie unter ihren Beziehungen zu bedeutsamen Personen im privaten Bereich? Zusätzliche Erläuterungen: „Gibt es wichtige Personen in ihrer Nähe, z.B. Eltern, Geschwister, Partner, Kindern, usw. die ihnen Probleme machen, unter denen Sie leiden? Wenn ja, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie unter diesen Personen leiden.“	.446
4	Wie stark leiden Sie unter ihren sozialen Problemen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)? Zusätzliche Erläuterungen: „Leiden Sie unter einem der gerade genannten Probleme? Wenn ja, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie darunter leiden.“	.338
8	Wie stark leiden Sie unter ihrem Konfliktverständnis/ Psychogeneseverständnis (Veränderungsbereitschaft im Zusammenhang mit geplanten Folgemaßnahmen und vorgestellten sozialen Veränderungsschritten)? Zusätzliche Erläuterungen: „Haben Sie bereits eine Vorstellung, woran es liegt, dass es Ihnen so geht? – Können Sie sich erklären, womit Ihre Probleme zusammenhängen? Wenn sie es nicht wissen, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie darunter leiden, dass sie keine Erklärung für ihren Zustand haben.“	.317
1	Wie stark leiden Sie unter ihrem körperlichen Befinden (körperliche Symptomatik)? Zusätzliche Erläuterungen: „Haben Sie körperliche Schmerzen, wie Magenschmerzen, Kreuzschmerzen, Zittern oder Ähnlichen, worunter Sie leiden? Wenn ja, dann schätzen Sie bitte auf der Skala von 0 («Ich leide gar nicht») bis 5 («Ich leide sehr stark») ein, wie stark sie unter diesen körperlichen Schmerzen leiden.“	.304

Schwierigkeitsindizes	Reliabilitäten (r_{it})	Cronbach-α
.122 – .544	.304 – .695	.7916

4.3 Mittelwertcharakteristiken der ACP-Skalen (Image der Psychotherapie) nach dem Erstgespräch (t_1, ACP-a) und der Zwischenmessung (t_2, ACP-z)

Tab. 26: Skalenmittelwertcharakteristiken der ACP-Skalen (Image der Psychotherapie) nach dem Erstgespräch (t_1) und der Zwischenmessung (t_2)

Skala	Mittelwertstatistiken						Levene-Test					ES
	Zeit	n	$\bar{X}$	s	Var.	Sig.	Lev.	df1	df2	Sig.	Entw.	
PEVB	t1	342	2.98	.75	.57							
	t2	77	2.71	.77	.59	.005	.07	1	417	.796	gleich	.02
TPE	t1	342	1.65	.94	.88							
	t2	77	1.39	.81	.66	.026	3.55	1	417	.060	homogener	.01
IKP	t1	342	1.05	.87	.77							
	t2	77	.46	.59	.35	.000	18.68	1	417	.000	homogener	.07
NSWE	t1	342	.96	.87	.76							
	t2	77	.77	.81	.66	.084	.35	1	417	.556	homogener	.01
PBE	t1	342	1.71	1.03	1.07							
	t2	77	1.35	.90	.81	.005	2.87	1	417	.091	homogener	.02
POE	t1	342	3.17	.68	.47							
	t2	77	3.06	.72	.52	.183	.00	1	417	.973	heterogener	.00
ACP-a	t1	342	2.58	.42	.17							
	t2	77	2.55	.40	.16	.461	.04	1	417	.843	gleich	.00

Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB), Transpersonales Empowerment (TPE), Inferiore kommunikative Position (IKP), Neg. Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE), Pos. Behandlungserwartung (PBE), Pos. Outcome-Erwartung (POE), Var. = Varianz, Lev. = Levene, Sig. = Signifikanz, t1 = nach dem Erstgespräch, t2 = 20. Therapiestunde.

Im Forschungszeitraum konnten von den 342 Patienten der Pre-Testung (t_1) nur 77 den Zeitpunkt t_2 (≈20. Therapiesitzung) erreichen. Da die Datenerhebung am Bremer Institut noch weitergeführt wird, sind die in der obigen Tabelle abgedruckten Daten als vorläufig zu betrachten. Die Mittelwerte der aktuellen Daten weisen jedoch darauf hin, dass es hinsichtlich der positiven Skalen das ACP-a (PEVB, TPE, PBE) Verschlechterungen und bezüglich der negativen Skalen (IKP, NSWE) Verbesserungen gibt mit jedoch nur sehr kleinen Effektstärken (ES = .01–.07). Ausgehend vom Gesamtsummenwert des ACP-a gibt es jedoch keine signifikanten Veränderungen – das ‚Image der Psychotherapie' bleibt über die Zeit (t_1, t_2) stabil – ohne Effekt (ES=.00).

4.4 Konstruktvalidität des ACP-a

Um zu prüfen, ob der ACP-a auch das misst, was er vorgibt zu messen, wäre als Außenkriterium ein ähnlicher Fragebogen von Nutzen gewesen, der vorgibt, Ähnliches zu messen. Da ein solcher Fragebogen im Angebot der renommierten Verlage nicht gefunden werden konnte, wird nachfolgend ersatzweise geprüft, inwieweit das ‚Image der Psychotherapie' mit ähnlich erscheinenden Konstrukten zusammenhängt. Als härtester ‚Konkurrent' wurde die

Psychotherapiemotivation vermutet, weil aus rein theoretischen Vorüberlegungen ein Patient mit einer positiven Einstellung zur Psychotherapiemotivation vermutlich eher für die Therapie motiviert ist, als ein Patient mit einer schlechten Einstellung zur Psychotherapie. Weiterhin ließen sich die Items des ACP-a (auch) recht gut den im ‚Fragebogen zur Psychotherapiemotivation' (FPTM) eingeführten Dimensionen (Psychischer Leidensdruck, Symptombezogene Zuwendung, Hoffung, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Initiative, Wissen) zuordnen (vgl. Petry, 1993; Hafen et al., 2000). Soll in dieser Studie der Zusammenhang zwischen dem ‚Image der Psychotherapie' und dem Ergebnis/ dem Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung erst hergestellt werden, so wird dieser Zusammenhang für die Psychotherapiemotivation bereits durch eine Reihe von empirischen Untersuchungen gestützt (vgl. z.B. Nübling, 1992; Nübling et al. 1998,1999; Schneider et al., 1999; Schulz et al. 1995). Aus diesen Gründen war zu befürchten, dass das ‚Image der Psychotherapie' sich letztendlich als nichts anderes als *Psychotherapiemotivation* herausstellen könnte.

Darum wurden die Skalen des ACP-a mit den Skalen zweier bereits etablierter Fragebögen zur Psychotherapiemotivation (FPTM, FMP) korreliert. Glücklicherweise findet sich keine Korrelation über r=.55, sondern überwiegend viel niedrigere Korrelationen. Somit misst der Fragebogen ACP-a überwiegend etwas Anderes. Der höchste Zusammenhang besteht zwischen den ACP-Skalen 'Negative Selbstwirksamkeit' und der FPTM-Skala 'Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit'. Dieser starke korrelative Zusammenhang erklärt sich aus der großen Ähnlichkeit einiger Items.

Tab. 27: Vergleich der Items der ACP-Skala NSW und der FPTM-Skala VH

ACP-a	FPTM
Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist ein Zeichen dafür, dass ich unfähig bin, mit meinem Leben fertig zu werden. (15)	Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurecht zu kommen. (3)
Als erwachsener Mensch sollte ich mit meinen Problemen selbst fertig werden, anstatt fremde Hilfe aufzusuchen. (33)	Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden. (4)
Meine Schwierigkeiten könnte ich auch allein bewältigen, wenn ich einen stärkeren Charakter hätte. (13)	Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe, fertig. (16)
Ich bin wohl zu sensibel, wenn ich mit meinen Problemen zum Psychotherapeuten gehe. (31)	Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien. (18)

Wie die fett markierten gemeinsamen Textstellen in den Items der beiden Fragebogenskalen zeigen, gibt es sprachliche Gemeinsamkeiten, die von den Probanden als sehr ähnlich bewertet wurden. Daraus erklärt sich vermutlich die Korrelation von r=.531 zwischen den beiden Skalen. Nachfolgend die Korrelationstabelle zwischen ACP-a, FPTM und FMP.

Tab. 28: Vergleich der Items der ACP-Skalen und FMP-/FPTM-Skalen

			Krankheitserleben	Laienätiologie	Allgemeine Behandlungserwartungen	Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie	Psychischer Leidensdruck (LD)	Symptombezogene Zuwendung (ZW)	Hoffnung (HO)	Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)	Initiative (IN)	Wissen (WI)
			FMP				FPTM					
ACP-a			F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Personales Empowerment/ Veränderungs-bereitschaft	F1	Korrelation nach Pearson	,237(**)	,196(**)	,263(**)	,367(**)	,213(**)	-,252(**)	,114	-,127	,291(**)	,023
Transpersonales Empowerment	F2		,167(**)	,049	-,008	,153(*)	,058	-,164(*)	-,052	,116	,093	-,109
Inferiore kommunikative Position	F3		-,170(**)	-,030	,201(**)	,244(**)	-,110	,075	,390(**)	-,265(**)	,119	,176(**)
Neg. Selbstwirksamkeits-erwartung	F4		-,211(**)	-,140(*)	,228(**)	,170(**)	-,258(**)	,006	,381(**)	-,531(**)	,129	,036
Pos. Behandlungs-erwartung	F5		,239(**)	-,062	-,016	,124	,066	-,258(**)	,020	,100	-,063	-,176(**)
Positive Outcome-Erwartung	F6		,238(**)	,060	,166(**)	,255(**)	,318(**)	,013	,158(*)	-,144(*)	,174(**)	-,042

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Ein weiteres Konstrukt, das mit dem ‚Image der Psychotherapie' zusammenhängen könnte, ist die 'Selbstwirksamkeitserwartung', wie die ACP-a-Skalabezeichnung des 4. Faktors ('Negative Selbstwirksamkeitserwartung') bereits andeutet. Das von Bandura (1977) eingeführte Konstrukt wurde Patienten mit dem FIG-50 vorgelegt, in dem die Items der Skala 'Selbstwirksamkeit' enthalten sind (FIG-50: F1).

Die höchste Korrelation findet sich in der Tat zwischen der ACP-Skala 'Negative Selbstwirksamkeitserwartung' und der FIG-50-Skala 'Selbstwirksamkeitserwartung' (F1). Jedoch verweist die recht niedrige Korrelation von r = .201 bzw. die noch niedrigeren anderen Korrelationen auf einen recht geringen Zusammenhang zwischen dem ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a-Skalen) und 'Selbstwirksamkeitserwartung'.

Routinemäßig wurden alle der vorgelegten Skalen auf einen korrelativen Zusammenhang mit dem ACP-a geprüft (s. Anhang, Abschnitt 10.14, S. 282), jedoch keine nennenswerten Zusammenhänge gefunden. Die höchsten Korrelationen mit den ACP-Skalen finden sich bei den Skalen zur Psychotherapiemotivation. Alle anderen Skalen korrelieren bis höchstens r = .38 mit den ACP-a-Skalen. Nachfolgend einige ausgesuchte Skalen mit Korrelation über r = .30. Die nachfolgenden Tabellen zeigen die Korrelation(en) zwischen ACP-a und der Skala 'Selbstwirksamkeit' (FIG-50) und ausgesuchten Skalen der vorgelegten psychometrischen Tests.

Tab. 29: Vergleich ACP-Skalen mit FIG-50 – F1 (Selbstwirksamkeitserwartung)

Korrelationen

		SWE
(PEVB) Personales Empowerment / Veränderungsbereitsschaft	Korrelation nach Pearson	,060
	Signifikanz (2-seitig)	,273
	N	335
(TEP) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,059
	Signifikanz (2-seitig)	,281
	N	335
(IKP) Inferiore kommunikative Position	Korrelation nach Pearson	-,137*
	Signifikanz (2-seitig)	,012
	N	335
(NSWE) Negative Selbstwirksamkeitserwartung	Korrelation nach Pearson	-,201**
	Signifikanz (2-seitig)	,000
	N	335
(PBE) Positive Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,046
	Signifikanz (2-seitig)	,404
	N	335
(POE) Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	-,160**
	Signifikanz (2-seitig)	,003
	N	335

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant. SWE = Selbstwirksamkeitserwartung (FIG-50, Skala 1)

Tab. 30: Korrelationen ausgesuchter psychometrischer Skalen mit den ACP-a-Skalen (Teil 1)

(ACP_a) Image der Psychotherapie	(FIG) Gesundheitsbezogene Besserung	(FIG) Gesamtskala	(FMP) Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie	(FMPT) Psychischer Leidensdruck	(FMPT) Hoffnung	(IIP) zu abweisend	(IIP) Gesamtwert	(INK) Versagen	(INK) Gesamtwert
PEVB	.504(**)	.179(**)	.366(**)	.208(**)			.126(*)		
TPE	.289(**)	.193(**)	.153(*)						
IKP		.183(**)	.242(**)		-.394(**)	.210(**)	-.227(**)	.191(**)	.164(**)
NSWE		.233(**)	.170(**)	-.260(**)	-.383(**)	.301(**)	-.322(**)	.305(**)	.304(**)
PBE	.303(**)		.124(*)						
POE	.338(**)		.255(**)	.319(**)	.159(*)			-.123(*)	-.124(*)
Gesamtskala	.532(**)	.306(**)	.436(**)		.340(**)	.149(**)		-.111(*)	

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant. N = 219–342. (PEVB) = Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft. (TEP) = Transpersonales Empowerment. (IKP) = Inferiore Kommunikative Position. (NSWE) = Negative Selbstwirksamkeitserwartung. (PBE) = Positive Behandlungserwartung. (POE) = Positive Outcome-Erwartung.

Tab. 31: Korrelationen ausgesuchter psychometrischer Skalen mit den ACP-a-Skalen (Teil 2)

(ACP_a) Image der Psychotherapie	(IVS) Integration	(IVS) Differenzierung	(SASB) Selbstabwertung	(SASB) Selbstvernachlässigung	(SASB) Gesamtwert	(SCL90) Zwanghaftigkeit	(SCL90) Unsicherheit	(SCL90) Paranoides Denken
PEVB		.156(**)				-.187(**)	-.188(**)	-.213(**)
TPE		.317(**)				-.183(**)	-.141(**)	-.226(**)
IKP	-.143(*)		.156(**)	.195(**)	-.144(**)	.195(**)	.226(**)	.248(**)
NSWE	-.328(**)		.334(**)	.338(**)	-.321(**)	.333(**)	.319(**)	.336(**)
PBE	.	.197(**)				-.163(**)		-.153(**)
POE	.149(**)					-.147(**)	-.112(*)	-.107(*)
Gesamtskala	.118(*)	.198(**)		.152(**)	.122(*)			

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant. N = 219–342. (PEVB) = Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft. (TEP) = Transpersonales Empowerment. (IKP) = Inferiore Kommunikative Position. (NSWE) = Negative Selbstwirksamkeitserwartung. (PBE) = Positive Behandlungserwartung. (POE) = Positive Outcome-Erwartung.

Tab. 32: Korrelationen ausgesuchter psychometrischer Skalen mit den ACP-a-Skalen (Teil 3)

(ACP_a) Image der Psychotherapie	(SCL90) Psychotizismus	(SCL90) Symptombelastung	(BDI) Gesamtwert	(RSQ) Fehlendes Vertrauen	(VDS90) Schizophrenie	(VDS90) Depression	(VDS90) Zwanghaftigkeit	(VDS90) Gesamtwert
PEVB	-.179(**)	-.203(**)	-.130(*)	-.150(**)		-.134(*)		-.162(**)
TPE	-.277(**)	-.222(**)	-.144(**)		-.225(**)	-.161(**)	-.156(**)	-.184(**)
IKP	.310(**)	.275(**)	.207(**)	.169(**)	.202(**)	.202(**)	.244(**)	.247(**)
NSWE	.360(**)	.341(**)	.323(**)	.317(**)	.308(**)	.347(**)	.345(**)	.325(**)
PBE	-.200(**)	-.222(**)			-.168(**)	-.143(**)	-.167(**)	-.137(*)
POE		-.147(**)	-.151(**)			-.162(**)	-.135(*)	-.113(*)
Gesamtskala								

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant. * Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant. N = 219–342. (PEVB) = Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft. (TEP) = Transpersonales Empowerment. (IKP) = Inferiore Kommunikative Position. (NSWE) = Negative Selbstwirksamkeitserwartung. (PBE) = Positive Behandlungserwartung. (POE) = Positive Outcome-Erwartung.

Kann auch die externe Konstruktvalidität nicht durch eine externe Referenz geprüft werden, so verweisen die überwiegend geringen Korrelationen mit vorgelegten standardisierten psychometrischen Tests darauf, dass es sich bei dem neu konstruierten Instrument ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a) um etwas Eigenständiges bzw. ‚Neues' handelt.

4.5 Differentielle Validität: Klinische Stichproben (ICD-10)

In der nachfolgenden Tabelle sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle der Hauptstörungsgruppen aufgeführt, die die differentielle Validität der ACP-a-Skalen aufzeigen. Die Mittelwerte sind zur Verdeutlichung der Rangreihenfolge innerhalb der Skalen bei den positiven ACP-Skalen 'Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)', 'Transpersonales Empowerment (TPE)', 'Positive Behandlungserwartung (PBE)' und 'Positive Outcome-Erwartung (POE)' aufsteigend durchsortiert – bei den negativen Skalen 'Inferiore kommunikative Position' (IKP) und 'Negative Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE)' absteigend, damit die Diagnosen innerhalb der Skalen mit den ungünstigsten Werten für das ‚Image der Psychotherapie' beginnen. Auf die ersten Ränge kommen somit die Diagnosegruppen mit dem schlechtesten ‚Psychotherapieimage'. Über die tabellarische Darstellung der rangsortierten Mittelwerte hinaus wurden zwischen den Diagnosegruppen varianzanalytische Mehrfachvergleiche gerechnet (s. Anhang, Seite 274 - 276), auf die sich die folgenden Beschreibungen beziehen mit denen eine differentielle Validität des ACP-a belegt werden kann.

Tab. 33: Differentielle Validität der ACP-a-Faktoren (N, Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle) – Teil 1

ACP-a	Rang	Gruppe	ICD-10-Diagnosen	N	AM	SD	SF	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert Untergrenze	Obergrenze
Personales Empowerment (t1)	1	1	Organisch	3	2.33	.60	.34	.84	3.82
	2	3	Residualpsychosen	16	2.53	1.11	.27	1.93	3.12
	3	17	Intelligenzminderung	2	2.75	.35	.25	-.42	5.92
	4	13	PS	16	2.86	.79	.19	2.44	3.28
	5	4	Dysthymia	45	2.87	.70	.10	2.66	3.08
	6	12	Sonstige körp. S.	4	2.91	.48	.24	2.15	3.68
	7	14	Angst	94	2.93	.72	.07	2.78	3.08
	8	2	Essstörungen	13	2.94	.68	.18	2.53	3.36
		9	Gesamt	339	2.98	.75	.04	2.90	3.06
	9	8	Depressionen	34	3.01	.76	.13	2.74	3.28
	10	16	Psychosomatik	17	3.03	.80	.19	2.62	3.45
	11	15	Sonstige PS	10	3.03	.78	.24	2.46	3.59

ACP-a	Rang	Gruppe	ICD-10-Diagnosen	N	AM	SD	SF	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert Untergrenze	Obergrenze
Personales Empowerment	12	5	High-Level-Borderline PS	22	3.09	.85	.18	2.71	3.46
	13	7	Zwang	10	3.10	.79	.25	2.53	3.66
	14	6	Anpassungsstörung	33	3.17	.69	.12	2.93	3.42
	15	12	PTBS	5	3.23	.61	.27	2.46	4.00
	16	4	VS Beginn Kindheit	3	3.27	.25	.14	2.64	3.91
	17	3	Psychotrope Substanzen	10	3.40	.49	.15	3.04	3.75
	18	1	Narzißtische PS	2	3.83	.23	.16	1.71	5.95
Transpersonales Empowerment (t1)	1	1	Organisch	3	.94	.48	.27	-.25	2.13
	2	12	Sonstige körp. S.	4	.96	.25	.12	.56	1.35
	3	17	Intelligenzminderung	2	1.33	.23	.16	-.78	3.45
	4	3	Residualpsychosen	16	1.34	.99	.24	.81	1.87
	5	11	Essstörungen	13	1.36	1.00	.27	.75	1.96
	6	4	Dysthymia	45	1.51	.93	.13	1.22	1.78
	7	18	VS Beginn Kindheit	3	1.56	.91	.52	-.72	3.83
	8	5	Depressionen	34	1.57	.97	.16	1.23	1.91
	9	6	Angst	94	1.58	.91	.09	1.39	1.76
			Gesamt	339	1.64	.93	.05	1.54	1.74
	10	13	PS	16	1.66	.97	.24	1.13	2.17
	11	9	PTBS	5	1.70	1.06	.47	.37	3.02
	12	15	High-Level-Borderline PS	22	1.82	.94	.20	1.39	2.23
	13	7	Zwang	10	1.90	.83	.26	1.29	2.50
	14	10	Psychosomatik	17	1.91	.93	.22	1.42	2.39
	15	8	Anpassungsstörung	33	1.95	.98	.17	1.60	2.29
	16	2	Psychotrope Substanzen	10	1.95	.77	.24	1.39	2.50
	17	16	Sonstige PS	10	1.95	.98	.31	1.24	2.65
	18	14	Narzißtische PS	2	2.25	1.53	1.08	-11.51	16.01

ACP-a	Rang	Gruppe	ICD-10-Diagnosen	N	AM	SD	SF	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert Untergrenze	Obergrenze
Inferiore kommunikative Position (t1)	1	9	PTBS	5	1.68	.80	.36	.67	2.68
	2	16	Sonstige PS	10	1.44	1.22	.38	.56	2.31
	3	1	Organisch	3	1.33	.83	.48	-.73	3.40
	4	10	Psychosomatik	17	1.16	1.13	.27	.57	1.75
	5	6	Angst	94	1.14	.87	.09	.95	1.31
	6	13	PS	16	1.13	.96	.24	.60	1.64
			Gesamt	339	1.04	.87	.04	.94	1.13
	7	8	Anpassungsstörung	33	1.04	.79	.13	.75	1.32
	8	5	Depressionen	34	1.01	.83	.14	.71	1.29
	9	15	High-Level-Borderline PS	22	1.00	1.02	.21	.54	1.45
	10	17	Intelligenzminderung	2	1.00	.56	.40	-4.08	6.08
	11	7	Zwang	10	.98	.84	.26	.37	1.58
	12	3	Residualpsychosen	16	.95	.53	.13	.66	1.23
	13	11	Essstörungen	13	.91	.70	.19	.48	1.33
	14	4	Dysthymia	45	.88	.89	.13	.61	1.15
	15	18	VS Beginn Kindheit	3	.87	.41	.24	-.16	1.90
	16	2	Psychotrope Substanzen	10	.76	.72	.23	.23	1.28
	17	14	Narzißtische PS	2	.60	.28	.20	-1.94	3.14
	18	12	Sonstige körp. S.	4	.20	.28	.14	-.25	.65
Negative Selbstwirksamkeitserwartung (t1)	1	14	Narzißtische PS	2	2.13	.53	.37	-2.63	6.88
	2	16	Sonstige PS	10	1.38	.98	.31	.67	2.07
	3	17	Intelligenzminderung	2	1.38	1.23	.87	-9.74	12.49
	4	13	PS	16	1.19	.95	.23	.67	1.69
	5	15	High-Level-Borderline PS	22	1.19	.96	.20	.76	1.62
	6	10	Psychosomatik	17	1.16	1.01	.24	.63	1.68
	7	2	Psychotrope Substanzen	10	1.08	1.13	.35	.26	1.88
	8	18	VS Beginn Kindheit	3	1.00	1.32	.76	-2.28	4.28

	Rang	Gruppe	ICD-10-Diagnosen	N	AM	SD	SF	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert Untergrenze	Obergrenze
Negative Selbstwirksamkeitserwartung (t1) ACP-a	9	4	Dysthymia	45	.95	.77	.11	.71	1.18
			Gesamt	339	.95	.87	.04	.86	1.04
	10	5	Depressionen	34	.94	.81	.14	.65	1.22
	11	11	Essstörungen	13	.92	.77	.21	.45	1.39
	12	6	Angst	94	.89	.79	.08	.72	1.05
	13	3	Residualpsychosen	16	.89	1.04	.26	.33	1.44
	14	9	PTBS	5	.85	1.36	.61	-.84	2.54
	15	7	Zwang	10	.83	.74	.23	.29	1.35
	16	8	Anpassungsstörung	33	.79	.85	.14	.49	1.09
	17	1	Organisch	3	.08	.14	.08	-.27	.44
	18	12	Sonstige körp. S.	4	.06	.12	.06	-.13	.26
Positive Behandlungserwartungen (t1)	1	1	Organisch	3	.78	.69	.40	-.94	2.50
	2	3	Residualpsychosen	16	1.00	.78	.19	.57	1.42
	3	12	Sonstige körp. S.	4	1.25	.31	.15	.74	1.75
	4	11	Essstörungen	13	1.28	.82	.22	.78	1.78
	5	2	Psychotrope Substanzen	10	1.50	1.14	.36	.67	2.32
	6	13	PS	16	1.54	.98	.24	1.01	2.06
	7	4	Dysthymia	45	1.57	1.12	.16	1.23	1.90
	8	15	High-Level-Borderline PS	22	1.64	1.06	.22	1.16	2.11
	9	14	Narzißtische PS	2	1.65	1.41	1.00	-11.03	14.37
	10	18	VS Beginn Kindheit	3	1.67	1.45	.83	-1.94	5.27
			Gesamt	339	1.71	1.03	.05	1.59	1.81
	11	5	Depressionen	34	1.71	.94	.16	1.37	2.03
	12	8	Anpassungsstörung	33	1.74	1.08	.18	1.35	2.12

ACP-a	Rang	Gruppe	ICD-10-Diagnosen	N	AM	SD	SF	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert Untergrenze	Obergrenze
Positive Behandlungserwartungen (t1)	13	6	Angst	94	1.83	.98	.10	1.62	2.02
	14	16	Sonstige PS	10	1.87	.97	.30	1.17	2.56
	15	7	Zwang	10	1.90	1.08	.34	1.12	2.67
	16	10	Psychosomatik	17	2.25	.98	.23	1.74	2.76
	17	9	PTBS	5	2.47	.86	.38	1.38	3.54
	18	17	Intelligenzminderung	2	4.00	.00	.00	4.00	4.00
Positive Outcome-Erwartung (t1)	1	17	Intelligenzminderung	2	2.33	.47	.33	-1.90	6.56
	2	1	Organisch	3	2.56	.76	.44	.64	4.46
	3	3	Residualpsychosen	16	2.75	1.04	.26	2.19	3.30
	4	13	PS	16	2.88	.79	.19	2.45	3.29
	5	12	Sonstige körp. S.	4	2.92	.16	.08	2.65	3.18
	6	10	Psychosomatik	17	3.02	.80	.19	2.60	3.43
	7	15	High-Level-Borderline PS	22	3.08	.70	.15	2.76	3.38
	8	11	Essstörungen	13	3.08	.61	.16	2.70	3.44
	9	8	Anpassungsstörung	33	3.11	.71	.12	2.85	3.36
			Gesamt	339	3.18	.68	.03	3.10	3.25
	10	6	Angst	94	3.18	.66	.06	3.04	3.32
	11	9	PTBS	5	3.20	.60	.27	2.44	3.95
	12	4	Dysthymia	45	3.24	.55	.08	3.06	3.40
	13	16	Sonstige PS	10	3.37	.57	.18	2.95	3.77
	14	5	Depressionen	34	3.41	.51	.08	3.23	3.59
	15	2	Psychotrope Substanzen	10	3.47	.50	.15	3.10	3.82
	16	7	Zwang	10	3.73	.40	.12	3.44	4.02
	17	18	VS Beginn Kindheit	3	3.78	.38	.22	2.82	4.73
	18	14	Narzißtische PS	2	3.83	.23	.16	1.71	5.95

ACP-a	Rang	Gruppe	ICD-10-Diagnosen	N	AM	SD	SF	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert Untergrenze	Obergrenze
Gesamtskala negativ (t1)	1	16	Sonstige PS	10	1.41	.92	.29	.74	2.06
	2	14	Narzißtische PS	2	1.36	.12	.08	.25	2.47
	3	9	PTBS	5	1.27	.96	.43	.06	2.46
	4	17	Intelligenzminderung	2	1.19	.90	.63	-6.91	9.28
	5	10	Psychosomatik	17	1.16	.82	.19	.74	1.58
	6	13	PS	16	1.16	.80	.20	.72	1.58
	7	15	High-Level-Borderline PS	22	1.10	.85	.18	.71	1.47
	8	6	Angst	94	1.01	.69	.07	.86	1.15
			Gesamt	339	.99	.71	.03	.92	1.07
	9	5	Depressionen	34	.97	.66	.11	.74	1.20
	10	18	VS Beginn Kindheit	3	.93	.84	.48	-1.15	3.02
	11	3	Residualpsychosen	16	.92	.69	.17	.54	1.29
	12	2	Psychotrope Substanzen	10	.92	.55	.17	.51	1.31
	13	11	Essstörungen	13	.92	.59	.16	.55	1.27
	14	4	Dysthymia	45	.92	.70	.10	.70	1.12
	15	8	Anpassungsstörung	33	.92	.73	.12	.65	1.17
	16	7	Zwang	10	.90	.63	.20	.44	1.35
	17	1	Organisch	3	.71	.44	.25	-.38	1.80
	18	12	Sonstige körp. S.	4	.13	.20	.10	-.18	.45
Gesamtskala (t1)	1	1	Organisch	3	2.19	.27	.15	1.52	2.87
	2	3	Residualpsychosen	16	2.29	.51	.12	2.02	2.56
	3	13	PS	16	2.44	.41	.10	2.21	2.65
	4	11	Essstörungen	13	2.47	.51	.14	2.16	2.78
	5	4	Dysthymia	45	2.55	.40	.06	2.43	2.68
	6	16	Sonstige PS	10	2.56	.50	.15	2.20	2.92
	7	15	High-Level-Borderline PS	22	2.57	.34	.07	2.41	2.72

ACP-a	Rang	Gruppe	ICD-10-Diagnosen	N	AM	SD	SF	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert Untergrenze	Obergrenze
Gesamtskala (t1)	8	6	Angst	94	2.58	.41	.04	2.49	2.66
			Gesamt	339	2.58	.41	.02	2.54	2.63
	9	5	Depressionen	34	2.62	.37	.06	2.49	2.75
	10	12	Sonstige körp. S.	4	2.62	.14	.07	2.39	2.86
	11	10	Psychosomatik	17	2.64	.42	.10	2.43	2.86
	12	17	Intelligenzminderung	2	2.67	.39	.28	-.90	6.25
	13	9	PTBS	5	2.67	.68	.30	1.83	3.52
	14	8	Anpassungsstörung	33	2.68	.40	.06	2.54	2.83
	15	18	VS Beginn Kindheit	3	2.73	.33	.19	1.89	3.57
	16	2	Psychotrope Substanzen	10	2.74	.37	.11	2.47	3.01
	17	7	Zwang	10	2.80	.34	.10	2.56	3.04
	18	14	Narzißtische PS	2	2.80	.06	.04	2.26	3.35

AM = Arithmetischer Mittelwert; SD = Standardabweichung; SF = Standardfehler, N = Anzahl der Fälle

Bezüglich der Rangreihenfolge der Diagnose fällt auf, dass die Diagnosegruppe «Organisch» bezüglich der positiven ACP-a-Skalen (PEVB, TPE, PKE, POE) auf den oberen Rangplätzen zu finden ist (niedrige Mittelwerte) – viermal auf Rang 1 (PEVB, TPE, PBE, Gesamtskala ACP-a), einmal auf Rang 2 (POE), einmal auf Rang 3 (IKP) und einmal auf Rang17. Gefolgt wird die Rangliste von den Diagnosegruppen (nur die ersten 3):

Intelligenzminderung 1 x Rang 1 (POE), 3 x Rang 3 (PEVB, TPE, NSWE, Gesamtskala), 1 x Rang 4 (Gesamtskala negativ), 1 x Rang 10 (IKP), 1 x Rang 12 (Gesamtskala), 1 x Rang 18 (PBE),

Residualpsychosen 3 x Rang 2 (PEVB, PBE, Gesamtskala), 1 x Rang 3 (POE), 1 x Rang 4 (TPE), 1 x Rang 11 (Gesamtskala negativ), 1 x Rang 12 (IKP), 1 x Rang 13 (NSWE),

Persönlichkeitsstörungen 2 x Rang 1 (NSWE: Narzißtische PS, Sonstige PS), 1 x Rang 10 (TPE: PS), 2 x Rang 2 (IKP, NSWE. Gesamtskala negativ:

Sonstige PS, narzisstische PS), 1 x Rang 3 (Gesamtskala: PS), 2 x Rang 4 (POE: PS), 1 x Rang 6 (Gesamtskala negativ).

Ausgehend von der Rangliste haben die Patienten mit «organischen Störungen»[85] die ‚schlechteste Meinung' über Psychotherapie. Mit einer Ausnahme: Die Möglichkeit, dass Psychotherapie zu einer 'negativen Selbstwirksamkeitserwartung' führt, schätzen sie eher als gering ein und haben in Bezug auf diesen Faktor eine positive Meinung über Psychotherapie. Sie sind damit nicht der Meinung, dass *die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe ein Zeichen für ihre Unfähigkeit ist, mit ihrem Leben fertig zu werden* (ACP-a: Item 15) oder dass sie *ihre Schwierigkeiten mit einem stärkeren Charakter leichter bewältigen könnten* (13). Prüft man diese aus der Rangreihenfolge der Mittelwerte für die Faktoren abgelesenen Annahmen mithilfe von Varianzanalysen (Mehrfachtestungen), dann erhärten sich die Aussagen, dass Patienten mit organischen Störungen ein geringeres 'Personales Empowerment' haben als Patienten, die «Psychotrope Substanzen» einnehmen oder an einer «Narzißstischen Persönlichkeitsstörung» leiden (s. Tab. 76, S. 274). Sie haben im Vergleich zu Patienten mit psychosomatischen - und Persönlichkeitsstörungen wesentlich geringere Befürchtungen, dass eine Psychotherapie ihre 'Selbstwirksamkeit' negativ beeinflussen könnte. Wie schon oben erläutert ist damit gemeint, dass sie weniger daran glauben, dass sie nur deshalb fremde Hilfe aufsuchen, weil sie nicht erwachsen oder zu sensibel sind und einen zu schwachen Charakter haben (Tab. 77, S. 274). Interessanterweise ist die Erwartungshaltung bezüglich einer positiven Behandlung in der Psychotherapie (PBE) bei den Patienten mit organischen Störungen am geringsten, während sie bei der Diagnose «Intelligenzminderung» am höchsten ist (Tab. 78, S. 275). Auch hinsichtlich des zu erwartenden Ergebnisses der Therapie (POE) erhoffen sich die «organisch Kranken» signifikant weniger von ihrer Therapie, als Patienten mit den Diagnosen «Psychotrope Substanzen», «Depressionen», «Zwang»[86], «Narzißtische PS» und «VS Beginn Kindheit»[87]. Die schlechte Meinung über Psychotherapie der Patienten mit der Diagnose «Intelligenzminderung» könnte natürlich gerade in dieser Störungsgruppe ihre Ursachen im recht anspruchsvollen Fragebogen ACP-a (Image der Psychotherapie)

---

85 Diagnosegruppe 1 («organisch»): «Organische emotional labile (asthenische) Störung»; «Leichte kognitive Störung».

86 Diagnosegruppe 7 («Zwang»): «Zwangsgedanken und Zwangshandlungen», «Zwangsrituale», etc.

87 Diagnosegruppe 18 («VS mit Beginn Kindheit»): «Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters; einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung»; «Tourette Syndrom».

haben. Hier bleibt die Frage offen, ob sie wirklich jede Frage richtig verstanden haben. Erwarten die Patienten mit der Diagnose «Intelligenzminderung» von der Psychotherapie wenig 'personales - (PEVB), transpersonales (TPE) Empowerment' und haben nur geringe 'positive Outcome-Erwartung', so erwarten sie wenigstens gut behandelt zu werden (PBE - 'Positive Behandlungserwartung'). Ähnliches gilt auch für die «Residualpsychosen» und die «Persönlichkeitsstörungen».

Sehr hohe Punktzahlen und damit sehr gute Meinungen über Psychotherapie finden sich bei den Diagnosen «Narzißtische PS»[88], «Zwang»[86] und «Psychotrope Substanzen», «VS Beginn Kindheit»[87] und «Anpassungsstörung», um nur fünf zu nennen, die häufig die höchsten Ränge (positives Psychotherapieimage) belegen. Ausgehend von der Gesamtskala des ACP-a haben Patienten mit der Diagnose «Zwangsstörung» eine bessere Meinung von Psychotherapie, als Patienten mit «organischen Störungen» und «Residualpsychosen». Patienten mit «Persönlichkeitsstörungen»[89] haben jedoch eine bessere Meinung von Psychotherapie als die Diagnosegruppen «Anpassungsstörung», «Zwangsstörung», «Residualpsychosen» und «Sonstige körperliche Ursachen»[90] (s. Anhang, Tab. 81, S. 276).

Die oben beschriebenen Unterschiede der Diagnosegruppen bezüglich der ACP-Skalen stützen damit das von Dr. Traub vorgeschlagene Schichtenmodell[71] zur Zuweisung von Patienten mit Mehrfachdiagnosen in eine Hauptstörungsgruppe: Patienten mit organischen und psychotischen Störungen haben negativere Meinungen über Psychotherapie (hinsichtlich der Behandlung als auch zum Therapieergebnis) als Patienten mit neurotischen Störungen (z.B. Dysthymia, Depression, Zwangsstörung, Anpassungsstörung, etc.; s. Anhang, Tab. 76 bis Tab. 81, S. 274 - 276).

Für den ACP-a-Faktor 'Transpersonales Empowerment' ließen sich mithilfe der Hypothesentests nur drei Unterschiede finden: Patienten mit «Anpassungsstörungen» sind mehr daran

---

88 Diagnosegruppe 14 («Narzißtische PS»): «Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung». Die Therapeuten gaben jedoch in der Psy-BaDo «Narzißtische Persönlichkeitsstörung» an.

89 Diagnosegruppe 13 («Persönlichkeitsstörungen»): «Ängstliche Persönlichkeitsstörung»; «Abhängige PS» «Ängstlich (vermeidende) PS»; «PS nicht näher bezeichnet»; «Akzentuierte Persönlichkeit (ängstlich vermeidend)»; «Zwanghafte Persönlichkeit»; «Paranoide Persönlichkeit»; «Abhängige (asthenische) PS».

90 Diagnosegruppe 12 («Sonstige Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren»): «Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen»; «Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet»; «Ejaculatio praecox, nicht verusacht durch eine organische Störung oder Krankheit».

interessiert, mithilfe der Psychotherapie ihren wahren Lebenssinn zu erkennen oder ihre religiösen/ spirituellen[91] Seiten zu entwickeln, als Patienten mit «Residualpsychosen», «Dysthymia» und «sonstigen körperlichen Ursachen»[90] (s. Anhang, Tab. 76, S. 274).

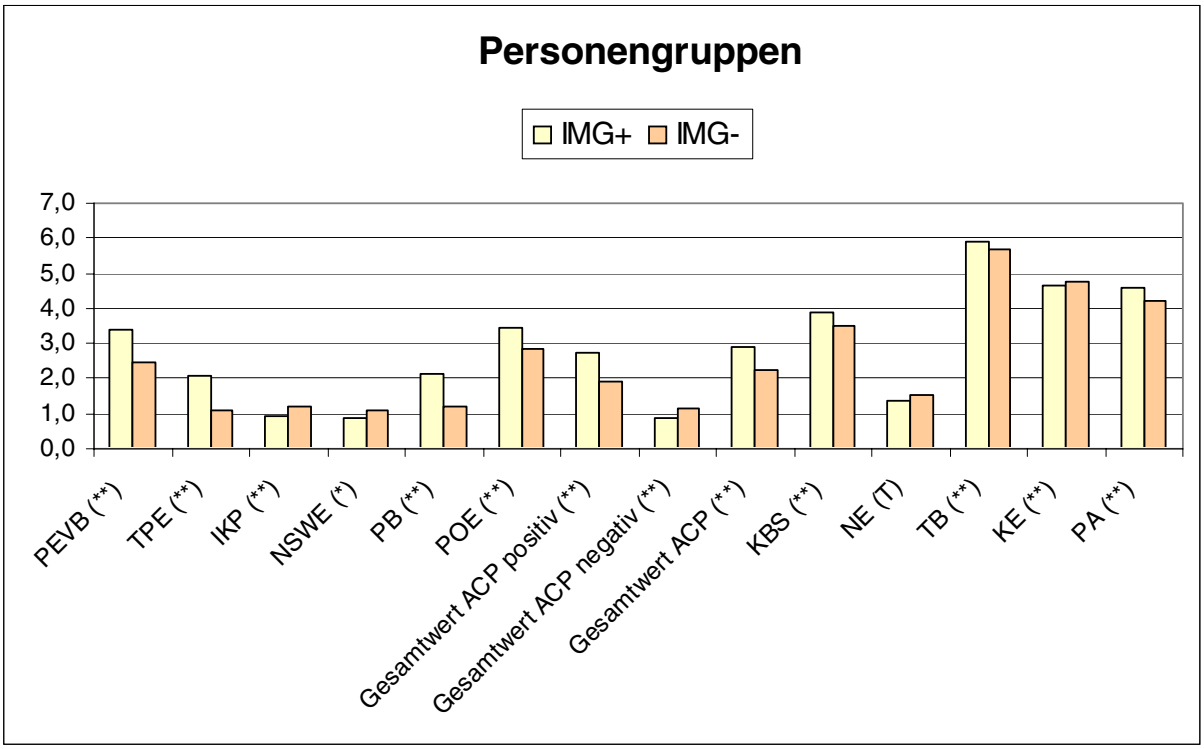
4.6 Berechnung der Personengruppen

Um die Hypothesen prüfen zu können ist es notwendig, zwischen Patienten mit eher positiven oder eher negativen Meinungen über Psychotherapie unterscheiden zu können. Dafür wurden mithilfe der Clusterzentrenanalyse zwei Personengruppen berechnet, die sich maximal auf den ACP-a- (Image der Psychotherapie) und ACP-P-Skalen (Patientenstundenbogen) unterscheiden. Dafür gingen in die Clusteranalyse die sechs ACP-a-Skalen und die fünf ACP-P-Skalen (über 15 Therapiesitzungen gemittelt) ein. Es konnten für 10 der 11 Skalen solche Extremgruppen berechnet werden. Für ACP-a-Skala 'Negative Selbstwirksamkeitserwartung (NSWE)' gelang dies nicht. Würden nur die ACP-a-Skalen in die Clusterberechung einfließen, wäre es möglich Personengruppen zu berechnen, die sich auf allen ACP-a-Skalen maximal unterscheiden. Die Priorität lag jedoch auf Personengruppen, die sich möglichst für das ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a) <u>und</u> für den Stundenverlauf über 15 Sitzungen (über 15 Stunden gemittelte ACP-P-Skalen) maximal unterscheiden. Ein möglicher Grund dafür, dass sich die negative ACP-a-Skala NSWE nicht mit einbeziehen lässt, liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit in deren geringer Varianz. Die Patienten haben die negativen Aussagen über Psychotherapie nur sehr sparsam und zurückhaltend beantwortet, um nicht eine Ablehnung zu riskieren. Die starke Zurückhaltung bei der Beantwortung negativ besetzter Fragen zeigt sich auch beim Faktor ‚Negative Einflüsse' (NE) des Stundenbogens. Auch diese Items waren durchweg negativ formuliert, was sich nach erfolgter Itemanalyse als sehr ungünstig erwiesen hat. Wahrscheinlich wäre es besser gewesen, generell positiv zu formulieren mit dem Ziel einer größeren Annahme bzw. Akzeptanz der Items. Es verbleiben somit zur Prüfung der Hypothesen 10 Skalen, die sich signifikant unterscheiden – fünf zur Bestimmung des ‚Images der Psychotherapie' (ACP-a) und fünf Stundenbogenskalen als Maße für den Therapie-

---

91 Spiritualität umfasst die persönliche Dimension von Glauben und Überzeugungen, im Gegensatz zu Religiosität, die eher mit Glaubenssystemen, Ritualen und institutionalisierten Gruppen assoziiert ist (Musick, Traphagan, Koenig & Larson, 2000. In: Galuska & Zundel, 2003, S. 87). Unter Spiritualität wird eine Seins- und Erlebnisweise verstanden, die sich einer transzendenten Dimension bewusst ist. Sie wird durch bestimmte Werte in Bezug auf den Umgang mit sich selbst, der Mitwelt und Umwelt und dem gegenüber charakterisiert, was als das Höchste und Letzte erkannt wird (Galuska & Zundel, 2003, S. 5, Mitte).

prozess. Die Mittelwerte der einen Personengruppe liegen durchgängig über dem Durchschnitt und die der anderen darunter. Deshalb wird die eine mit IMG+ (‚Imagepositive' = eher positive Meinungen über Psychotherapie) und die andere mit IMG- (‚Imagenegative' = eher negative Meinungen über Psychotherapie) benannt (s. auch Anhang, Tab. 85, S. 280). Die nachfolgende Abbildung zeigt die ACP-a- und ACP-P-Skalen jeweils nach IMG+ und IMG- gruppiert.



ACP-a-Skalen: PEVB = Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft, TPE = Transpersonales Empowerment, IKP = Inferiore kommunikative Position, NSWE = Neg. Selbstwirksamkeitserwartung, PB = Pos. Behandlungserwartung, POE = Pos. Outcome-Erwartung, ACP-P-Skalen: KBS = Klärungs-/Bewältigungs-/Selbstwerterfahrung, NE = Negative Einflüsse, TB = Therapiebeziehung, PKE = Pos. Kontrollerfahrung, PA = Problemaktualisierung. (**) $p < .01$ (**) $p < .05$ (T) $p < .1$ (Tendenz)

Abb. 41: Vergleich der Personengruppen auf den 6 ACP-a-Faktoren und 5 ACP-P-Skalen (über 15 Therapiesitzungen gemittelt).

4.7 Deskriptive Beschreibung der beiden Personengruppen IMG+ und IMG-

4.7.1 Allgemeine Beschreibung

In der Personengruppe IMG+ (Pat. mit positivem Therapieimage zu Beginn der Behandlungen) befinden sich 176 Patienten (♂68, ♀108) mit einem Altersdurchschnitt von 37.80 J. (♂37.49 J, ♀38 J) und einer Standardabweichung von 12.26 J (♂9.57 J, ♀13.73 J). Die Personengruppe IMG- (Pat. mit negativem Therapieimage zu Beginn der Behandlungen) besteht aus 102 Patienten (♂37, ♀65) mit einem Altersdurchschnitt von 39.45 J (♂39.27 J, ♀37.98 J) und einer Standardabweichung von 11.69 J (♂12.49 J, ♀11.28 J). Somit sind die beiden Personengruppen vom Altersdurchschnitt sehr ähnlich und vergleichbar.

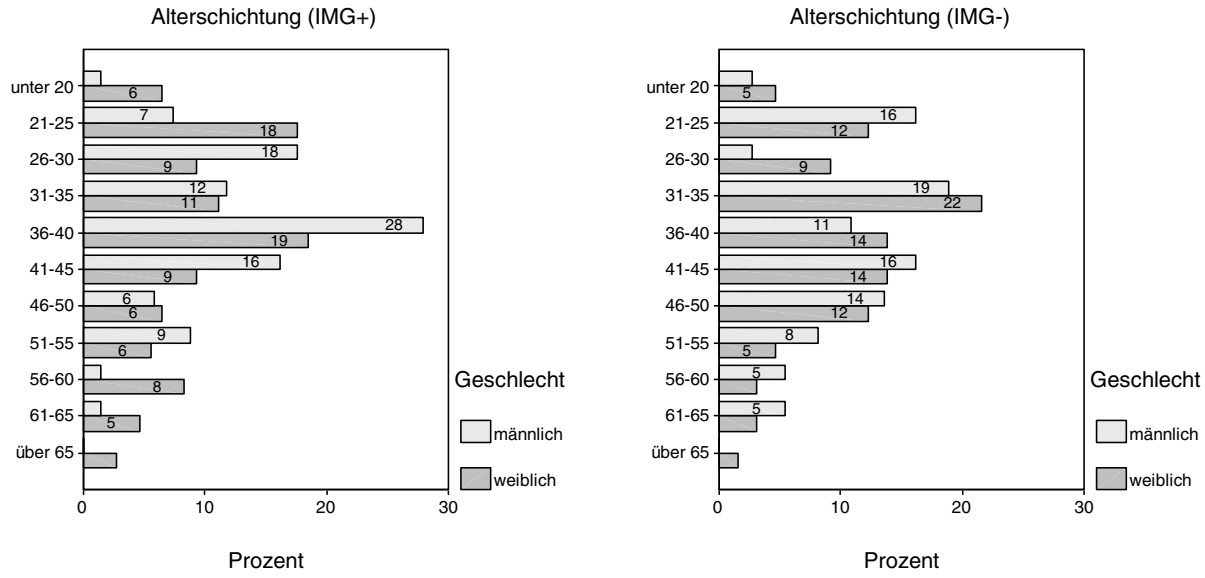


Abb. 42: Altersgeschichtete Fallzahlen der Personengruppen IMG+/ IMG-

Die Geschlechter sind in auch bei einer Altersschichtung (je Klasse 5 Jahre) zwischen den Personengruppen IMG+ und IMG- gleichverteilt. Auch bei den folgenden Gegenüberstellungen der deskriptiven Daten von IMG+ und IMG- konnten mit Hypothesentests keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Die beiden Personengruppen sind somit hoch vergleichbar.

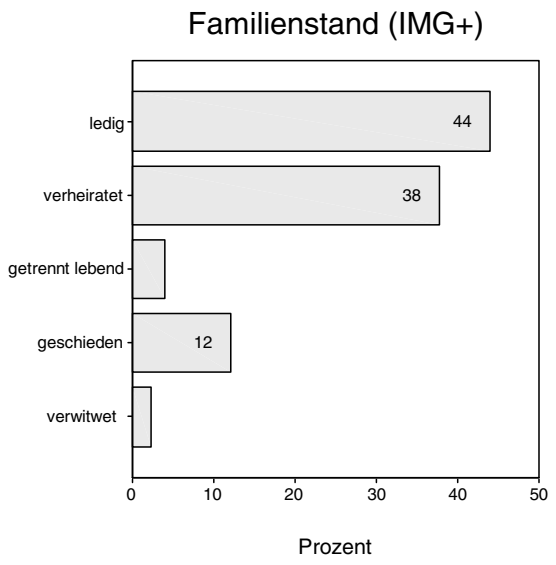


Abb. 43: Familienstand (IMG+)

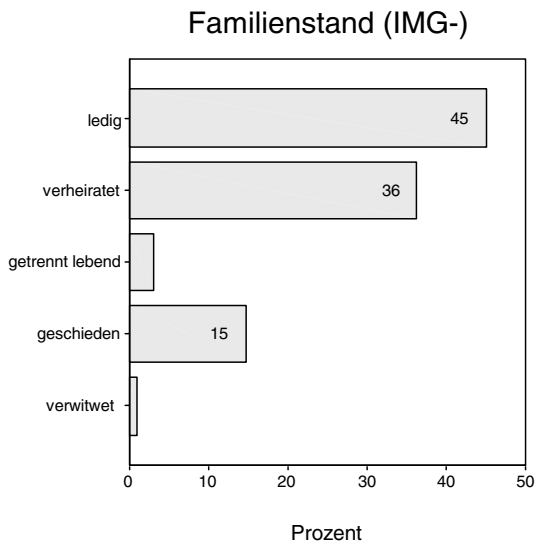


Abb. 44: Familienstand (IMG-)

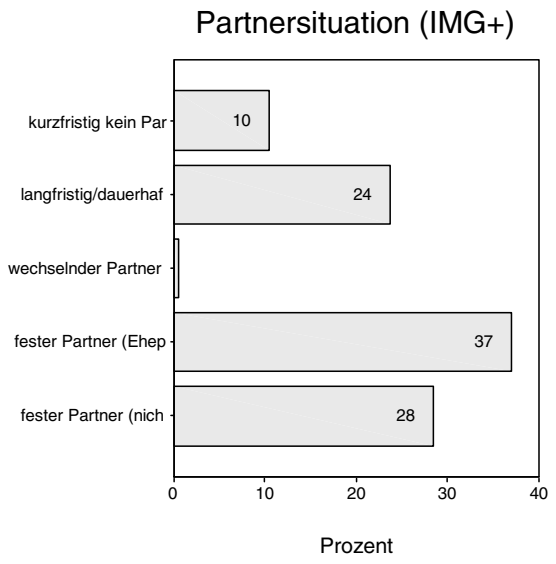


Abb. 45: Partnersituation (IMG+)

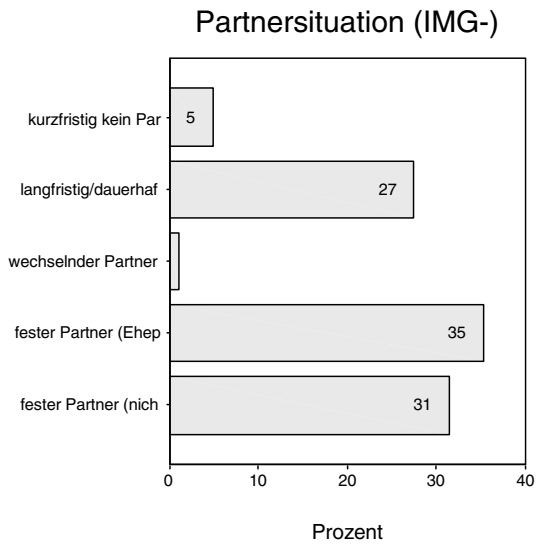


Abb. 46: Partnersituation (IMG-)

Beide Personengruppen haben etwa zu 66% feste Partner (mit + ohne Ehepartner).

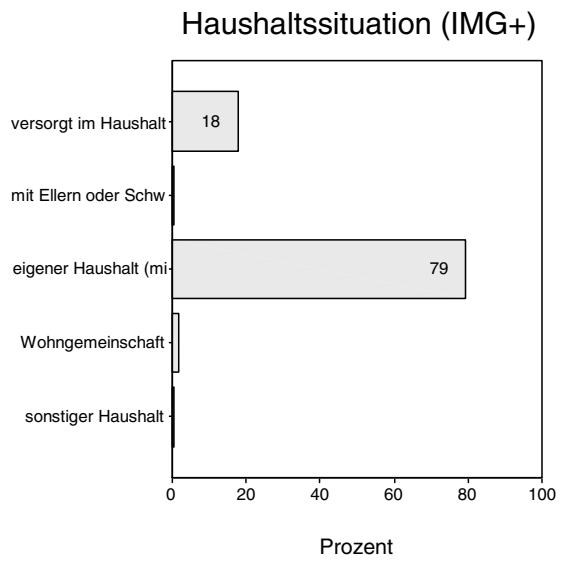


Abb. 47: Haushaltssituation (IMG+)

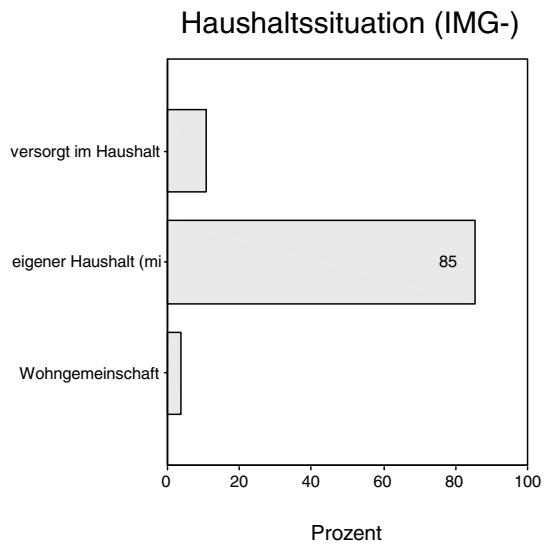


Abb. 48: Haushaltssituation (IMG-)

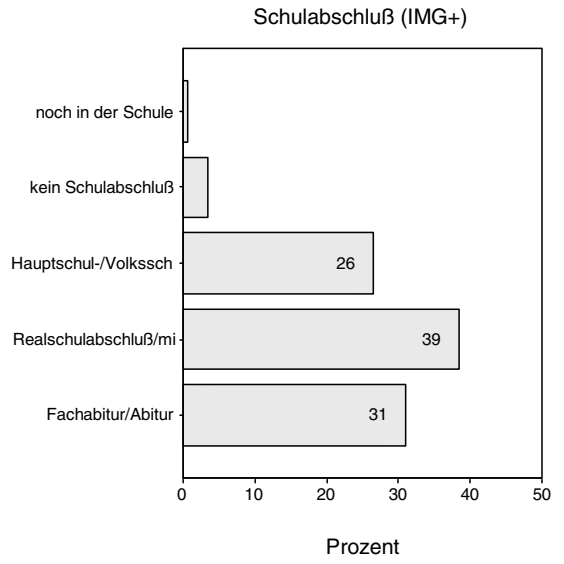


Abb. 49: Schulabschluß (IMG+)

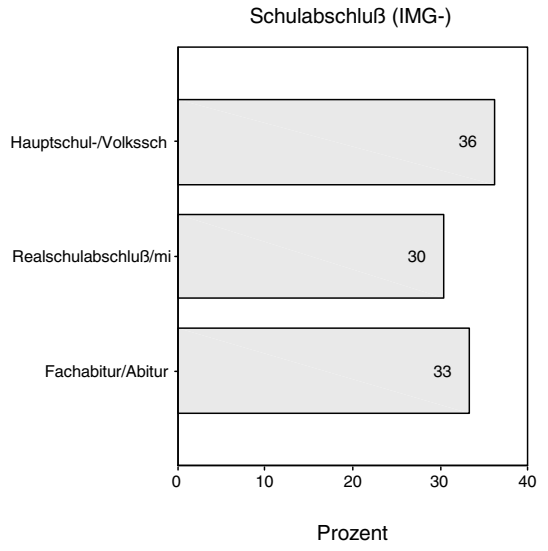


Abb. 50: Schulabschluß (IMG-)

Bei den ‚Imagepositiven' (IMG+) haben 70% einen höheren Bildungsstand (Realschule + Fachabitur/ Abitur) und bei den ‚Imagenegativen' (IMG-) sind es 63%.

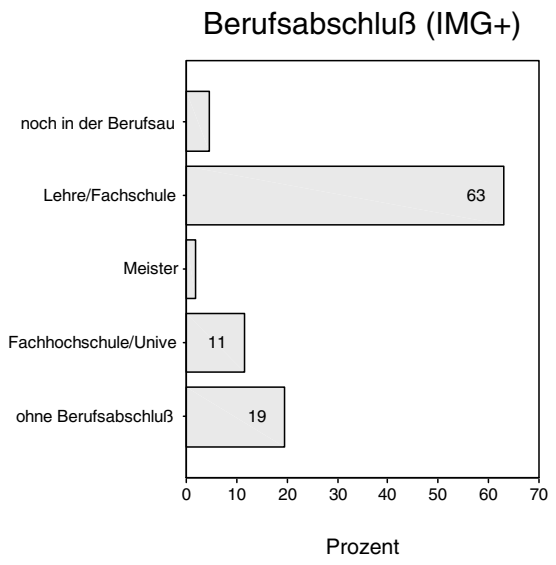


Abb. 51: Berufsabschluß (IMG+)

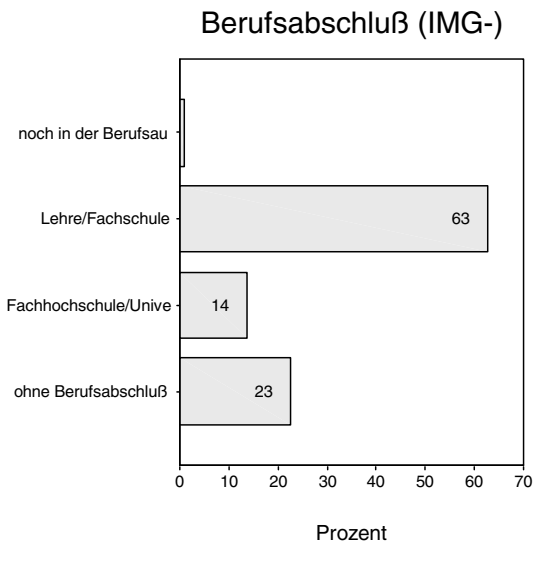


Abb. 52: Berufsabschluß (IMG-)

Bezüglich des Berufsabschlusses gibt es zwischen IMG+ und IMG- keine nennenswerten Unterschiede.

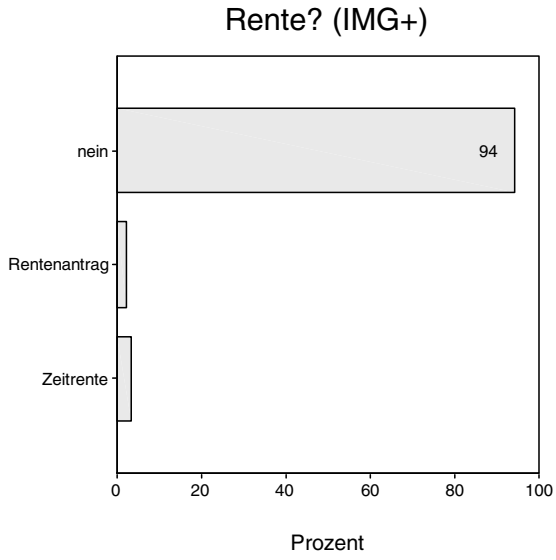


Abb. 53: Rentenantrag (IMG+)

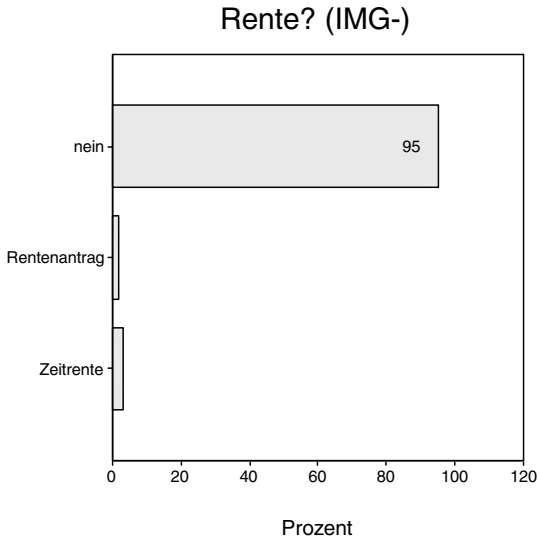


Abb. 54: Rentenantrag (IMG-)

In beiden Patientengruppen, IMG+ und IMG-, wurde zu fast gleichen Teilen (94% und 95%) keine Rente beantragt.

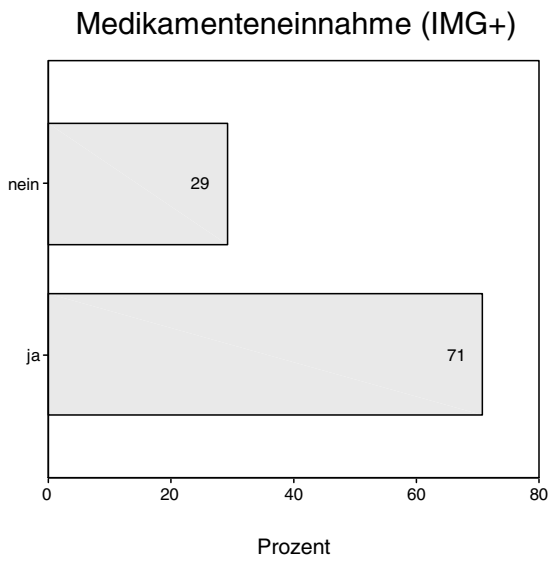


Abb. 55: Medikamenteneinnahme (IMG+)

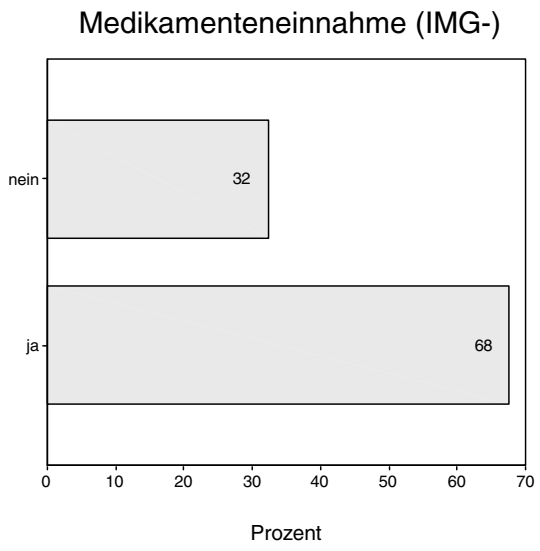


Abb. 56: Medikamenteneinnahme (IMG-)

Auch in Bezug auf die Medikamenteneinnahme sind beide Personengruppen hoch vergleichbar. In beiden Gruppen nehmen 68% – 71% der Patienten Medikamente ein.

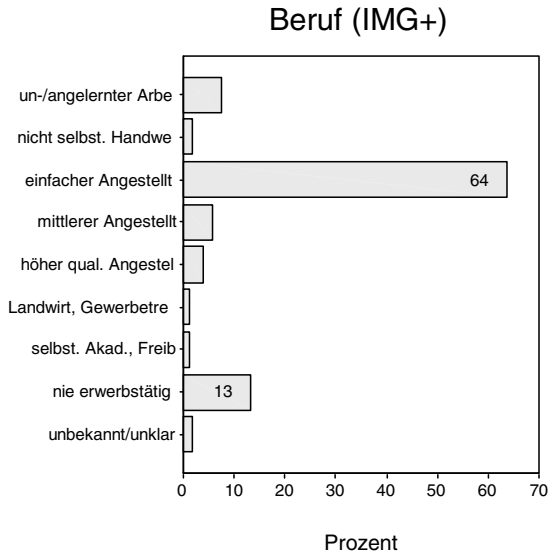


Abb. 57: Zuletzt ausgeübter Beruf (IMG+)

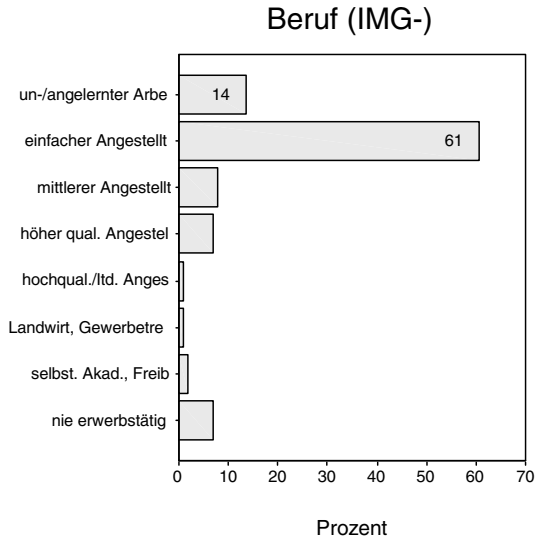


Abb. 58: Zuletzt ausgeübter Beruf (IMG-)

Sowohl bei IMG+ als auch bei IMG- sind etwa zwei Drittel der Patienten im einfachen Angestelltenverhältnis beschäftigt.

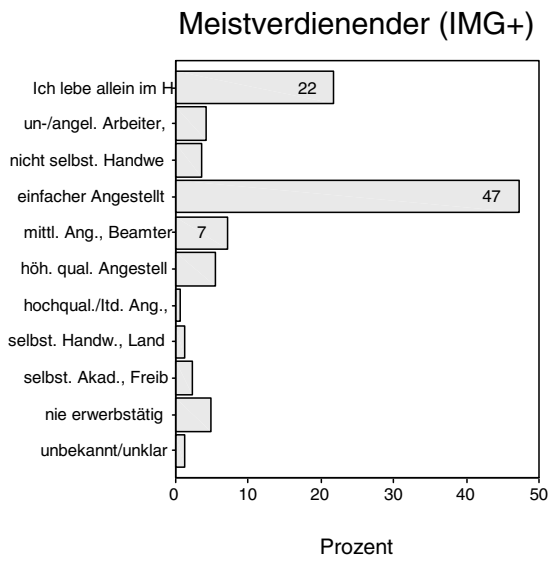


Abb. 59: Beruf d. Meistverdien. (IMG+)

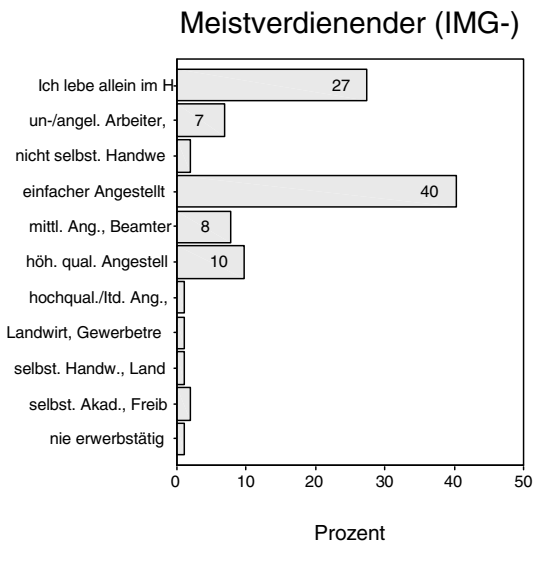


Abb. 60: Beruf des Meistverdien. (IMG-)

In IMG+ leben 22% Patienten als ‘allein lebende Meistverdiener’ (27% bei IMG-). Wird in einer Partnerschaft zusammengelebt und der Partner ist der Meistverdienende, dann ist er in beiden Gruppen überwiegend im einfachen Angestelltenverhältnis ((IMG+ = 47%, IMG- = 40%).

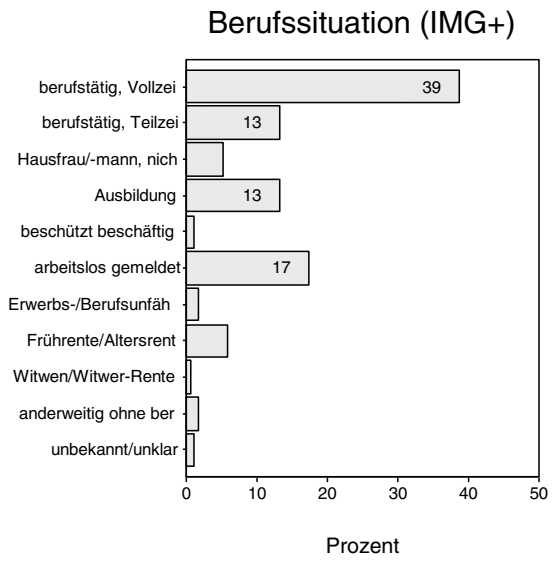


Abb. 61: Berufssituation (IMG+)

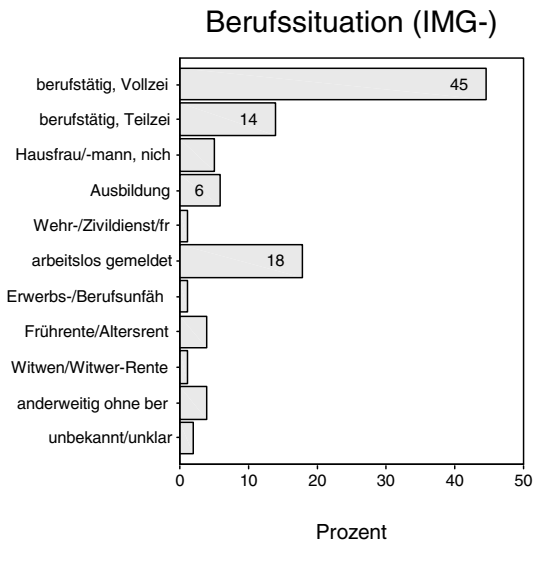


Abb. 62: Berufssituation (IMG-)

Bei den ‚Imagepositiven’ (IMG+) sind 39% vollzeitberufstätig, bei den ‚Imagenegativen’

(IMG-) sind es 45%.

Die folgenden vier Markeritems (Motivationsart, Änderungssensitivität, VT = Psychotherapie und Therapievorwissen)[92] wurden nicht gleich zu Anfang erhoben, sondern später aus der Arbeit mit den Patienten heraus konstruiert und hinzugefügt. Darum fehlen etwa zwei Fünftel der Fälle (135). Diese fehlenden Fälle wurden zur besseren Übersicht in die Prozentangaben nicht mit einberechnet.

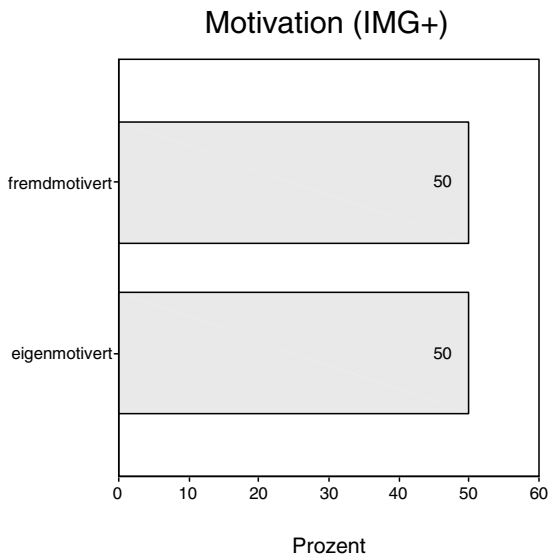


Abb. 63: Motivation (IMG+)

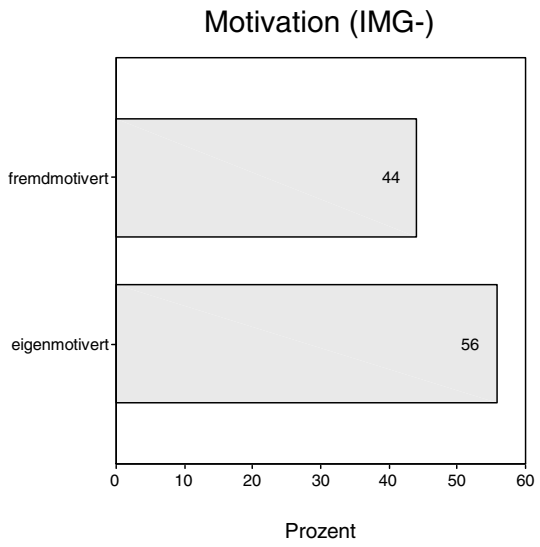


Abb. 64: VT = Motivation (IMG-)

Bei den ‚Imagenegativen' (IMG-) sind 56% eigenmotiviert (50% bei IMG+).

92 Motivationsart (fremdmotiviert, eigenmotiviert) = „Wie sind Sie hierher zum NIVT gekommen? Sind sie selbst darauf gekommen, eine Therapie zu machen, oder wurden hat Sie von jemanden geschickt?"

Änderungssensitivität (nein, ja) = „Geht es Ihnen lediglich um die Beseitigung ihres Problems oder möchten Sie sich generell verändern?"

VT = Psychotherapie? (nein, ja) = „Was glauben Sie, ist Verhaltenstherapie eine Psychotherapie oder irgendein anderes Verfahren?"

Therapievorwissen (nein, ja) = „Wissen Sie bereits etwas über Psychotherapie? Haben Sie Vorwissen aus Medien?"

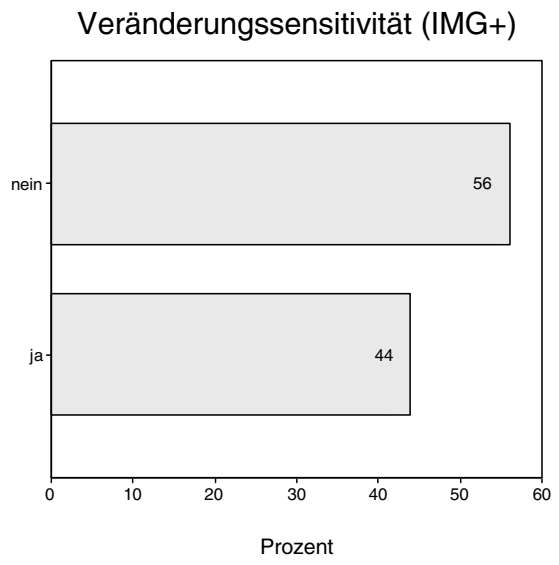


Abb. 65: Veränderungssensitivität (IMG+)

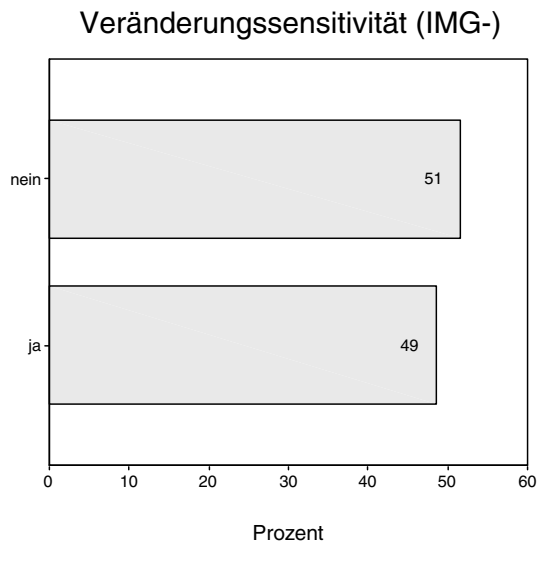


Abb. 66: Veränderungssensitivität (IMG-)

Die Patienten der IMG- wollen sich 49% generell verändern (44% bei IMG+).

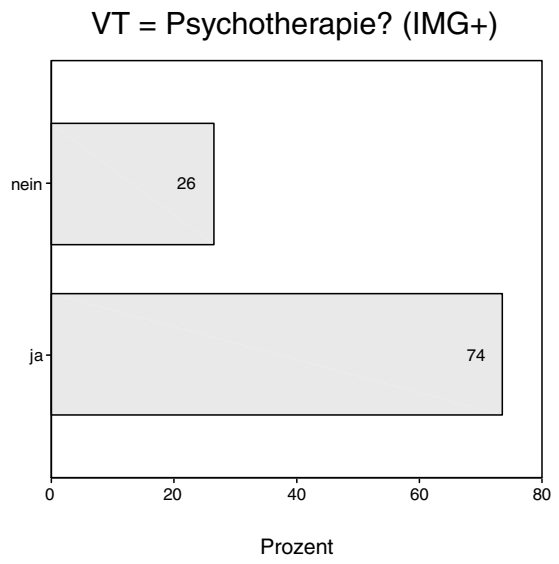


Abb. 67: VT = Psychotherapie? (IMG+)

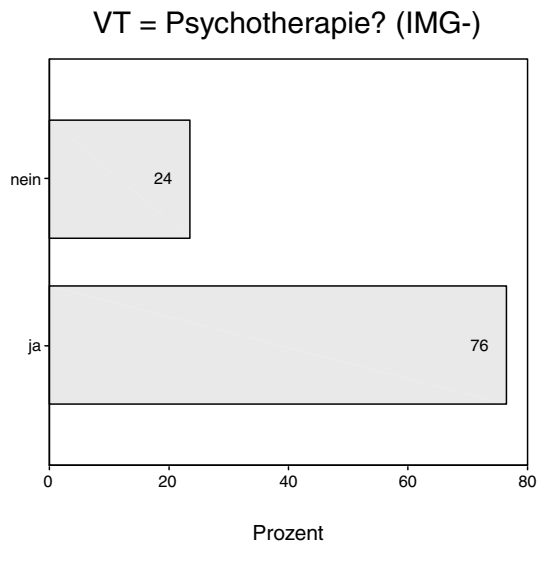


Abb. 68: VT = Psychotherapie? (IMG-)

Beide Patientengruppen glauben zu fast gleichen Anteilen, dass Verhaltenstherapie eine Psychotherapie ist.

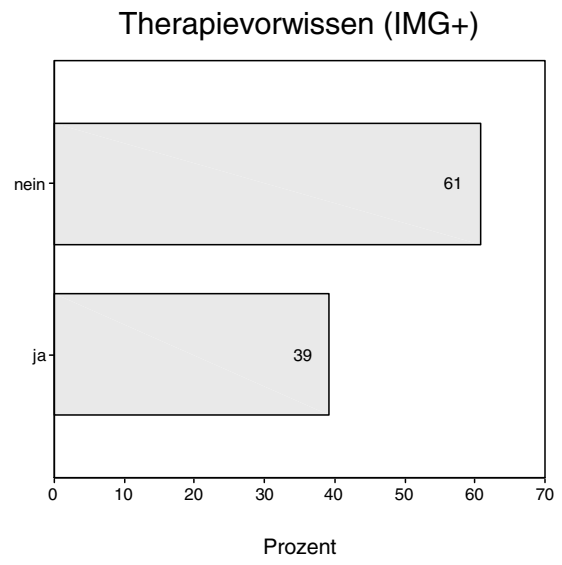


Abb. 69: Therapievorwissen (IMG+)

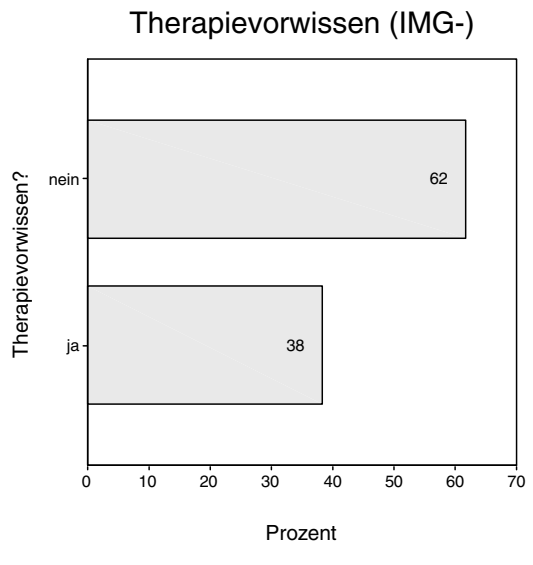


Abb. 70: Therapievorwissen (IMG-)

Bei beiden Patientengruppen glauben etwa 60% kein Vorwissen über Psychotherapie zu haben.

4.7.2 Altersbedingte Unterschiede

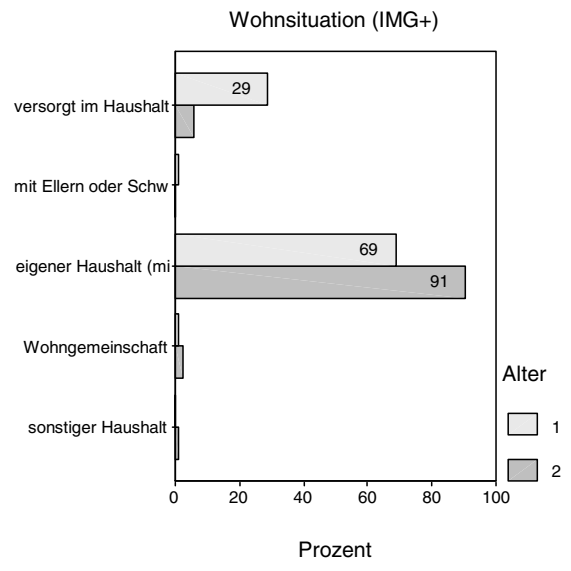


Abb. 71: Wohnsituation (IMG+) x Alter (am Median gesplittet)

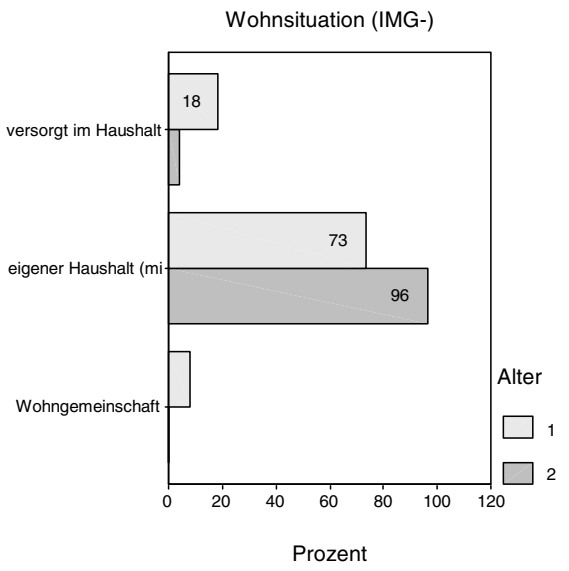


Abb. 72: Wohnsituation (IMG-) x Alter (am Median gesplittet)

Tendenziell gibt es bei den jüngeren ‚Imagenegativen' (IMG-) mehr Patienten, die als Wohnsituation «betreutes Einzelwohnen / betreute Wohngruppe» angegeben haben (8.2% zu 1.1% bei IMG+; Exakte Sign. = .064, $\chi^2 = 6.42$, s. Tab. 65, S. 263).

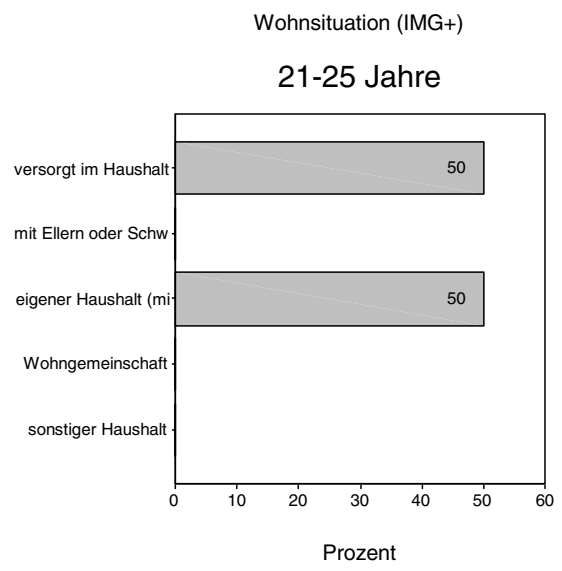


Abb. 73: Wohnsituation (IMG+) nach Altersschichtung

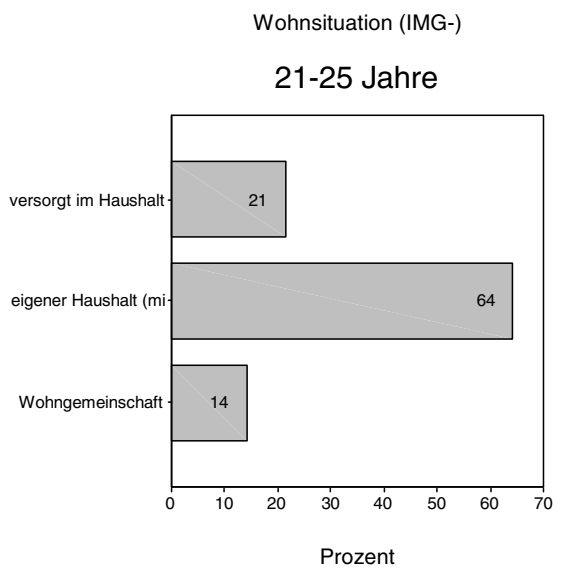


Abb. 74: Wohnsituation (IMG-) nach Altersschichtung

Tendenziell gibt es bei den 21-25jährigen ‚Imagenegativen' (IMG-) mehr Patienten die als Wohnsituation «eigener Haushalt» angegeben haben (14.3% zu 0% bei IMG+; Exakte Sign. = .068, χ^2 = 5.48, s. Tab. 66, S. 264).

4.7.3 Schulbedingte Unterschiede

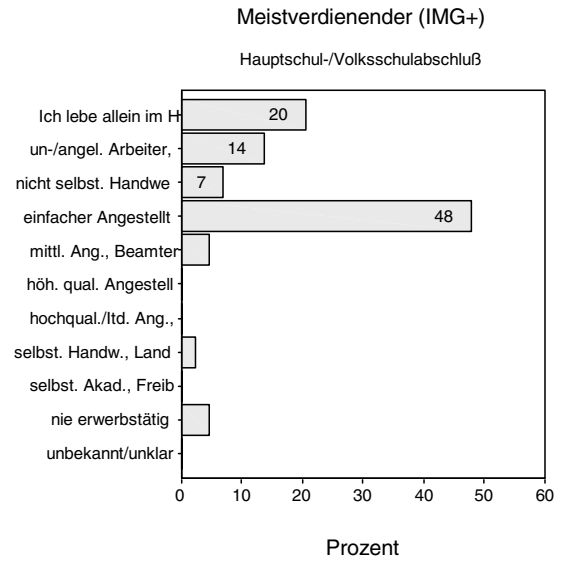


Abb. 75: Meistverdienender (IMG+) x Schulabschluß

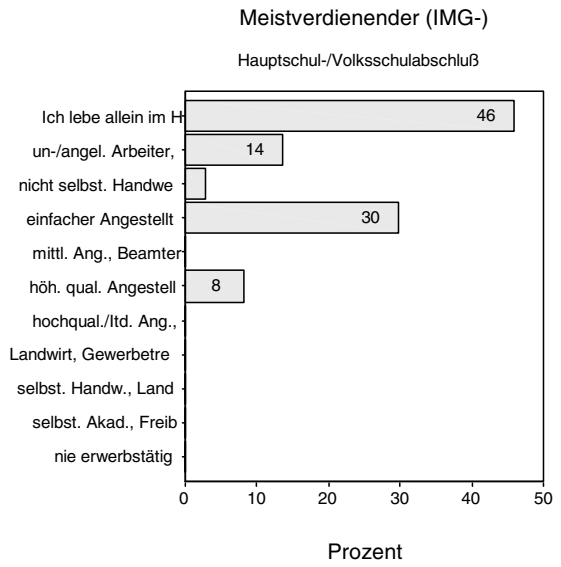


Abb. 76: Meistverdienender (IMG-) x Schulabschluß

Unter den ‚Imagenegativen' (IMG-) gibt es mehr Patienten, die alleine im Haushalt leben oder «Alleinverdiener» sind (45.9%, 20.5% bei IMG+; Exakte Sign. = .022, χ^2 = 14.18; s. Tab. 67, S. 265).

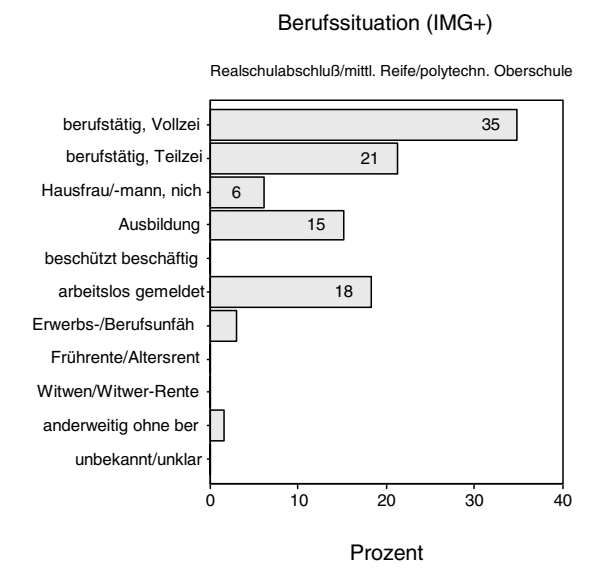


Abb. 77: Berufssituation (IMG+) x Schulabschluß

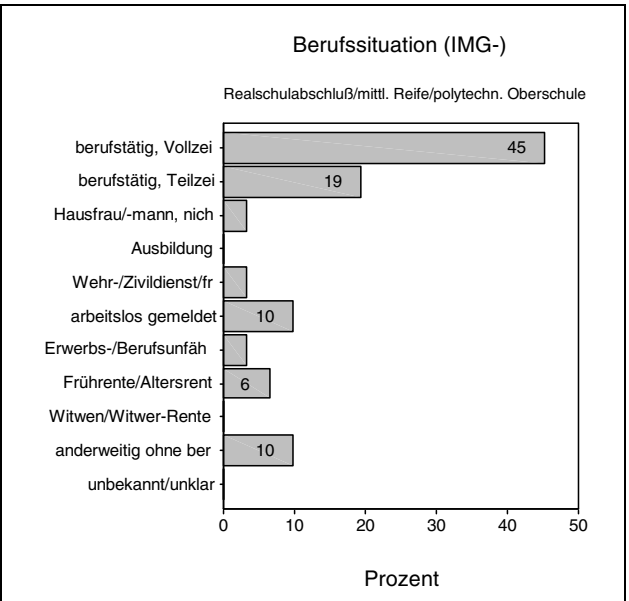


Abb. 78: Berufssituation (IMG-) x Schulabschluß

Unter den ‚Imagenegativen' (IMG-) mit «Realschulabschluß/ mittlerer Reife/ polytechnischer Oberschule» gibt es keinen Patienten, der noch in der «Ausbildung» ist (15.2% bei IMG+), jedoch mehr «Frührentner» (o. «Altersrente/Pension»; 6.5% zu 0% bei IMG+) und mehr Patienten «ohne berufliche Beschäftigung» (9.7%, 1.5% bei IMG+; Exakte Sign. = .024, χ^2 = 16.43; s. Tab. 68, S. 265).

4.7.4 Motivationsbedingte Unterschiede

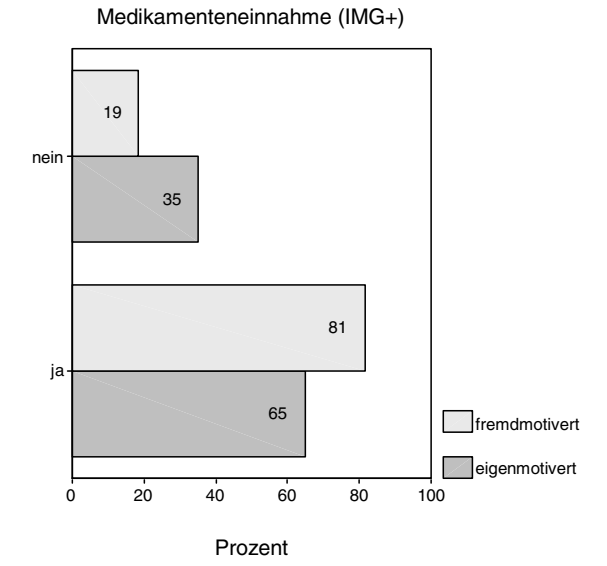


Abb. 79: Medikation (IMG+) x Motivation

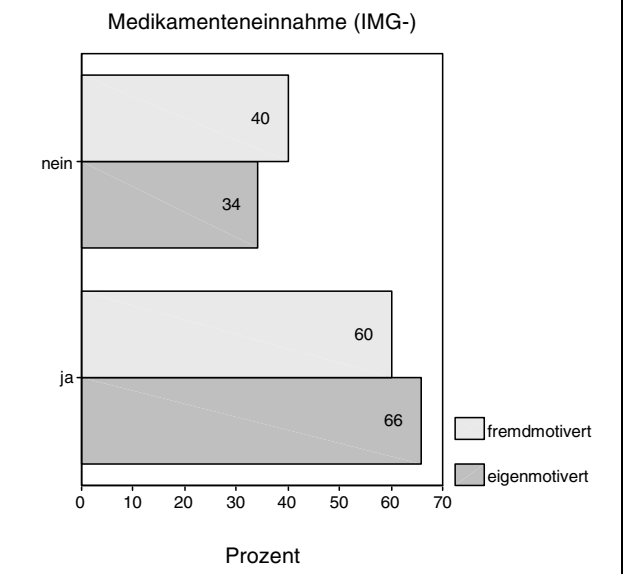


Abb. 80: Medikation (IMG-) x Motivation

Es gibt mehr fremdmotivierte 'Imagenegative' (IMG-) Patienten (40%), die keine Medikamente einnehmen (18.5% bei IMG+; Exakte Sign. = .032, χ^2 = 4.60; s. Tab. 69, S. 266).

4.7.5 Veränderungsspezifische Unterschiede

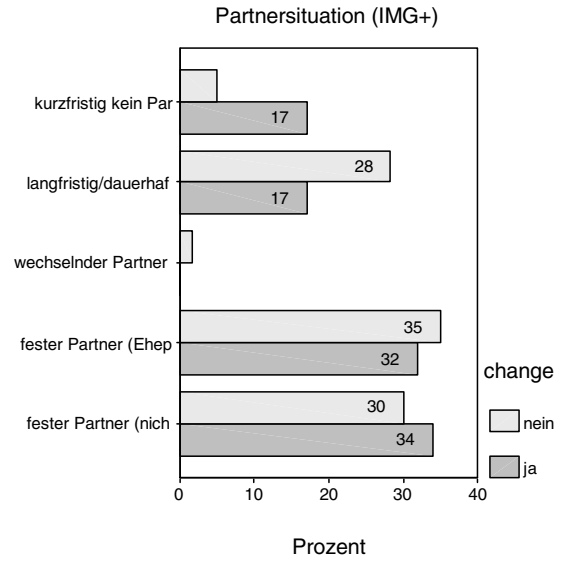


Abb. 81: Partnersituation (IMG+) x Änderungssensitivität

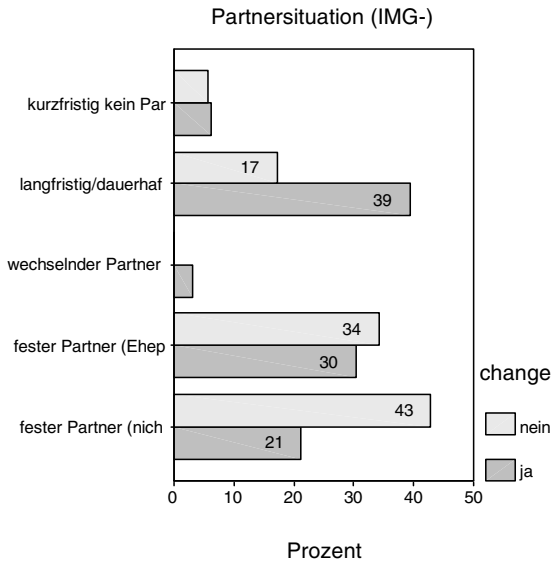


Abb. 82: Partnersituation (IMG-) x Änderungssensitivität

Wer zu den ‚Imagenegativen' (IMG-) gehört und angegeben hat, dass er sich generell verändern und nicht nur sein Problem bearbeiten möchte, der hat tendenziell zu 39.4% «langfristig/ dauerhaft keinen Partner» (17% bei IMG+; Exakte Sign. = .071, χ^2 = 8.11, s. Tab. 70, S. 267).

4.7.6 Meinungsbedingte Unterschiede – VTPSY x IMG x Medikamenteneinnahme

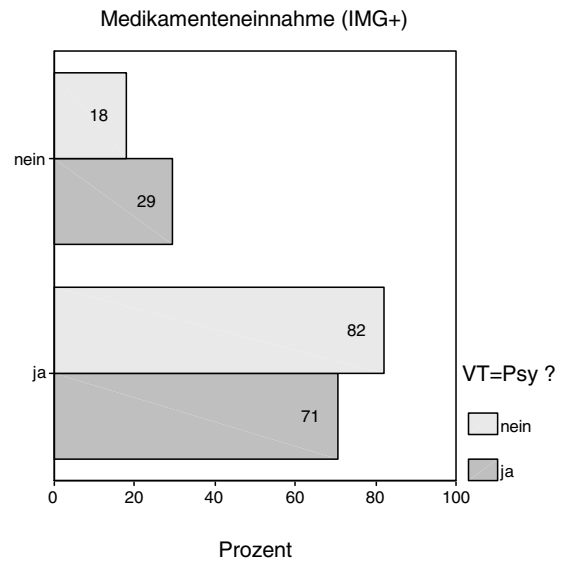


Abb. 83: VTPSY (IMG+) x Medikamenteneinnahme

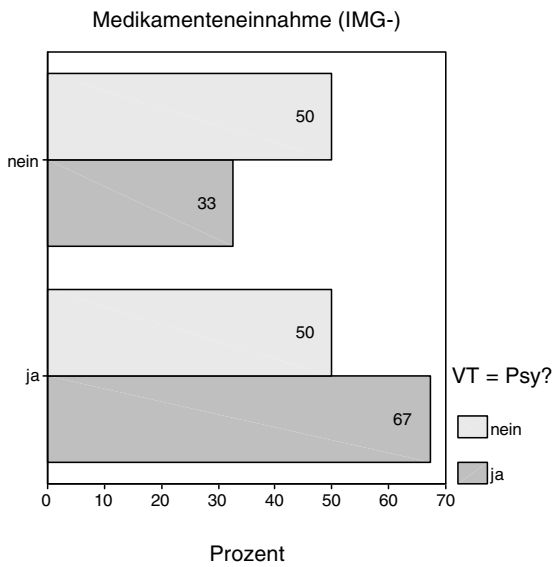


Abb. 84: VTPSY (IMG-) x Medikamenteneinnahme

Unter den Patienten, die angegeben haben, dass Verhaltenstherapie keine Psychotherapie ist, gibt es mehr 'Imagenegative' (50%), die keine Medikamente nehmen (17.9% bei IMG+; Exakte Sign. = .040, χ^2 = 5.05, s. Tab. 71, S. 268).

4.8 Prüfung der Hypothesen

4.8.1 Zusammenhang zwischen Patientenmeinungen über Psychotherapie (ACP-a) und Therapieverlauf (ACP-a; ACP-P)

4.8.1.1 Gruppenunterschiede bei 'Bewältigungs-/Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' (BKS)

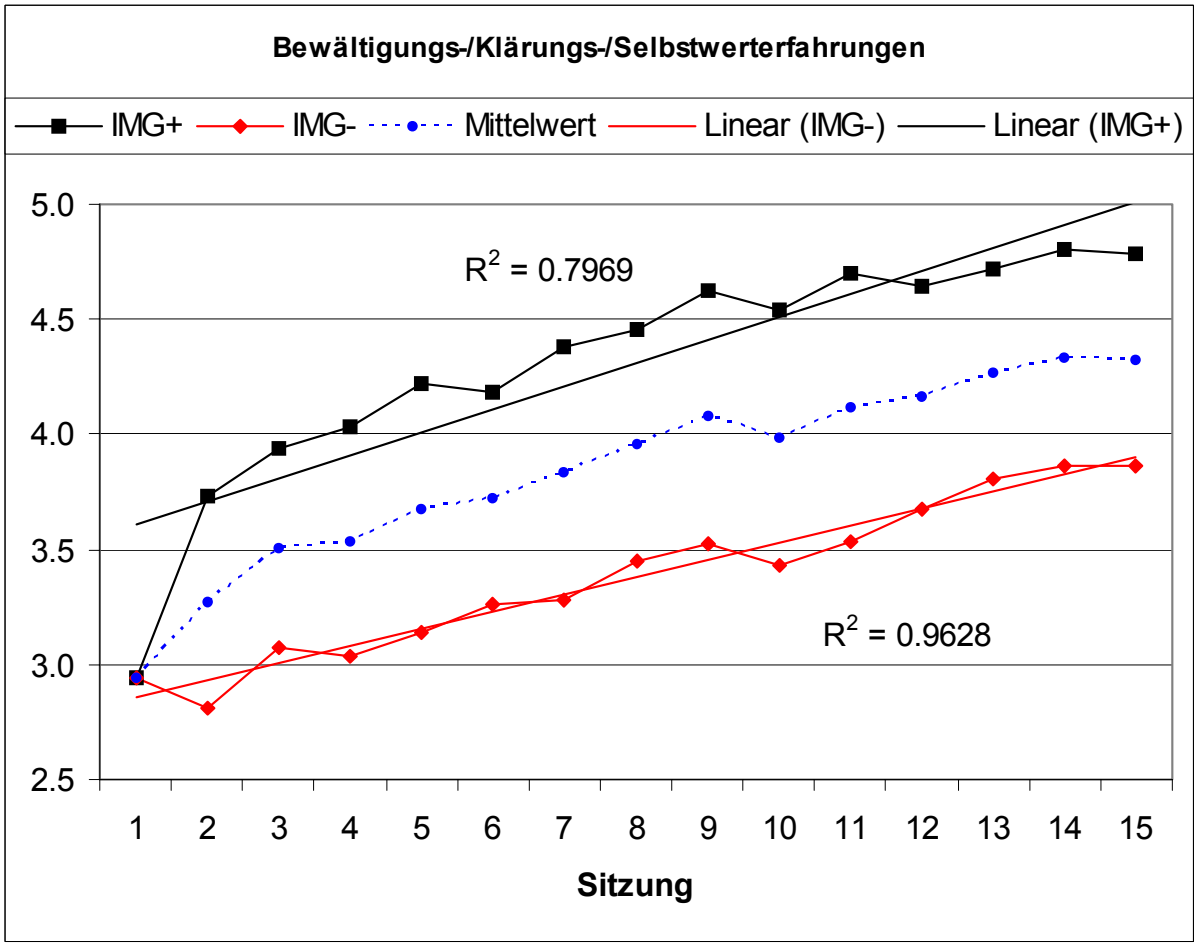


Abb. 85: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 1 (BKS)

Es gibt hoch signifikante Veränderungen zwischen den ‚Imagepositiven' (IMG+ und ‚Imagenegativen' (IMG-) Patienten im Verlauf der 15 Therapiesitzungen (Zeiteffekt: N = 108, F = 24.27, Sign. .000, Eta = .781, Teststärke = 1.000; s. Anhang Tab. 126, S. 300)[93], wobei

93 Da nicht immer eine Normalverteilung vorliegt, wurden zusätzlich immer auch nicht-parametrische Tests gerechnet. Da es bei den nicht-parametrischen kein Pendant für Messwiederholungen gibt und die Varianzanalyse recht robust gegen Abweichungen von der Normalverteilung ist, wurden auch bei Nicht-Normalverteilung eine Varianzanalysen gerechnet. Es wurde jedoch strenger beurteilt: Wurde bei einem Niveau p = .05 getestet, so sollte der F-Wert etwa einem p = .04 entsprechen. Bei Verletzungen der Varianzhomogenität sollte p = .01 sein (Zöfel, 2003, S. 217).

sich beide Personengruppen in unterschiedlicher Weise über die 15 Therapiesitzungen hinweg entwickeln (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 108, F = 3.45, Sign. = .000, Eta = .340, Teststärke = .999; s. Anhang Tab. 126, S. 300). Die Patienten mit einem negativen Psychotherapie-Image (IMG-), also diejenigen, die die im ACP-a angebotenen negativen Meinungen über Psychotherapie eher hoch und die positiven eher gering bewerteten, entwickeln sich innerhalb der 15 Therapiesitzungen auf einem signifikant geringeren Skalenniveau.[94] Sie geben an, in jeder der 15 Therapiesitzungen deutlich weniger 'Bewältigungs-/ Klärungs-/ und Selbstwerterfahrungen' zu machen und können diesen Abstand zu den ‚Imagepositiven' (IMG+) während der 15 Sitzungen nicht einholen (Gruppeneffekt: N = 108, F = 40.99, Sign. = .000, Eta = .281, Teststärke = .993; s. Anhang Tab. 126, S. 300). Sie sprechen somit deutlich schlechter auf das therapeutische Angebot an. Wie die eingezeichneten Trendlinien verdeutlichen, machen jedoch beide Patientengruppen (IMG+, IMG-) über die 15 Therapiesitzungen hinweg Fortschritte hinsichtlich ihrer Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen (IMG+ $\rightarrow R^2 = .7969$; IMG– $\rightarrow R^2 = .9628$). Das anfängliche Skalenniveau der ‚Imagepositiven' (IMG+) wird von den ‚Imagenegativen' (IMG-) jedoch erst zur etwa 13. Sitzung erreicht.

4.8.1.2 Gruppenunterschiede bei 'Negativen Einflüssen' (NE)

Die beiden Personengruppen IMG+ und IMG- entwickeln sich signifikant unterschiedlich über die die 15 Sitzungen hinweg (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 122, F = 2.09, Sign. = .018, Eta = .217, Teststärke = .983; s. Anhang Tab. 128, S. 302). Während die ‚Imagenegativen' (IMG-) mit steigender Tendenz immer mehr negative Angaben zum Verlauf der Psychotherapie machen, verhält es sich bei den ‚Imagepositiven' (IMG+) genau umgekehrt. Sie berichten mit fortschreitenden Sitzungen immer weniger über 'negative Einflüsse' während der Therapien (IMG+ $\rightarrow R^2 = .3735$; IMG– $\rightarrow R^2 = .2788$). Zu den 'negativen Einflüssen' gehören z. B. ein zu hoher, durch die Therapiestunden verursachter 'Leidensdruck' (Item 5 [ACP-P]: „In der heutigen Sitzung ist mir klar geworden, mit wie viel Abneigung ich zu der psychotherapeutischen Behandlung komme."), 'fehlende Adherence'[95] (Item 17: „Ich weiß jetzt, dass ich die Therapie am liebsten beenden möchte."), 'fehlen-

---

94 Damit sich die Unterschiede der Therapiesitzungen nicht auf bereits zu Anfang vorhandene Unterschiede zurückführen lassen, wurde bei diesen und den folgenden multivariaten Varianzanalysen der erste Messzeitpunkt (Sitzung 1) als Kovariate mit einberechnet.

95 Siehe Fußnote 26 auf Seite 66.

des Committment'[96] (Item 9: „Mir ist heute deutlich geworden, dass es mich enorm (und eigentlich zu sehr) belastet, in dieser Form von Therapie mitzuarbeiten."; Item 24: „Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet."), 'mangelnde Eigeninitiative' (Item 25: „Ich habe heute erkannt, dass ich überhaupt nur in Therapie bin, weil andere das wollen.") und 'zu geringe Identifikationsbereitschaft mit seinen Problemen' (Item 13: „Mir ist jetzt klar, dass für mich im Augenblick andere Anliegen/ Fragen/ Ziele wichtiger sind, als an irgendwelchen seelischen Problemen zu arbeiten."). Prüft man die Unterschiede zwischen ‚Imagepositiven' und ‚Imagenegativen' ohne Berücksichtigung des Unterschiedes, den sie bereits zu Beginn der Therapie aufwiesen (s. Kovariate)[94], dann sind beide Personengruppen während jeder Therapiesitzung signifikant unterschiedlich (s. Anhang, Tab. 129, S. 303, nicht-parametrische Tests).

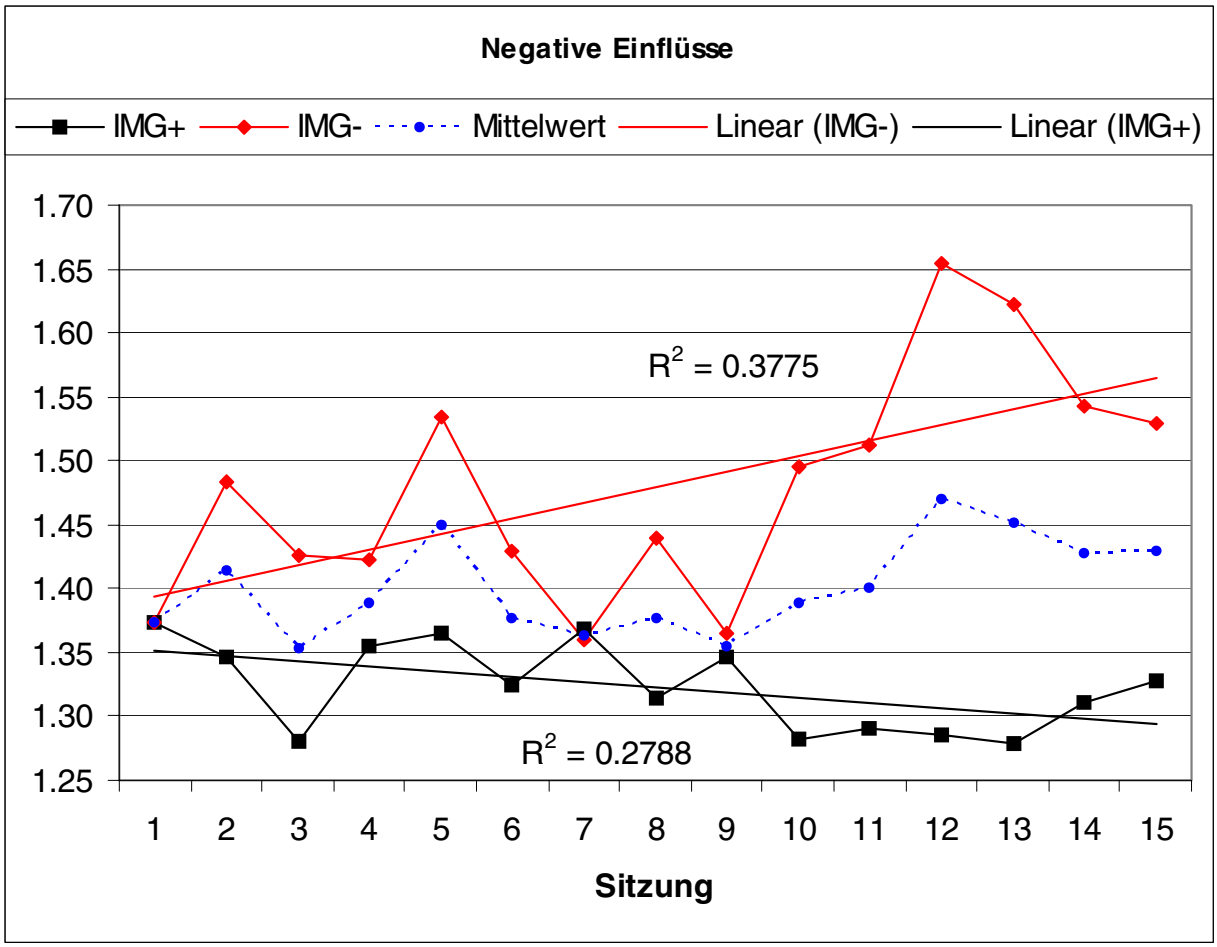


Abb. 86: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 1 'Negative Einflüsse' (NE)

96 Identifikationsbereitschaft mit der Therapie.

4.8.1.3 Gruppenunterschiede für 'Positive Therapiebeziehung' (PTB)

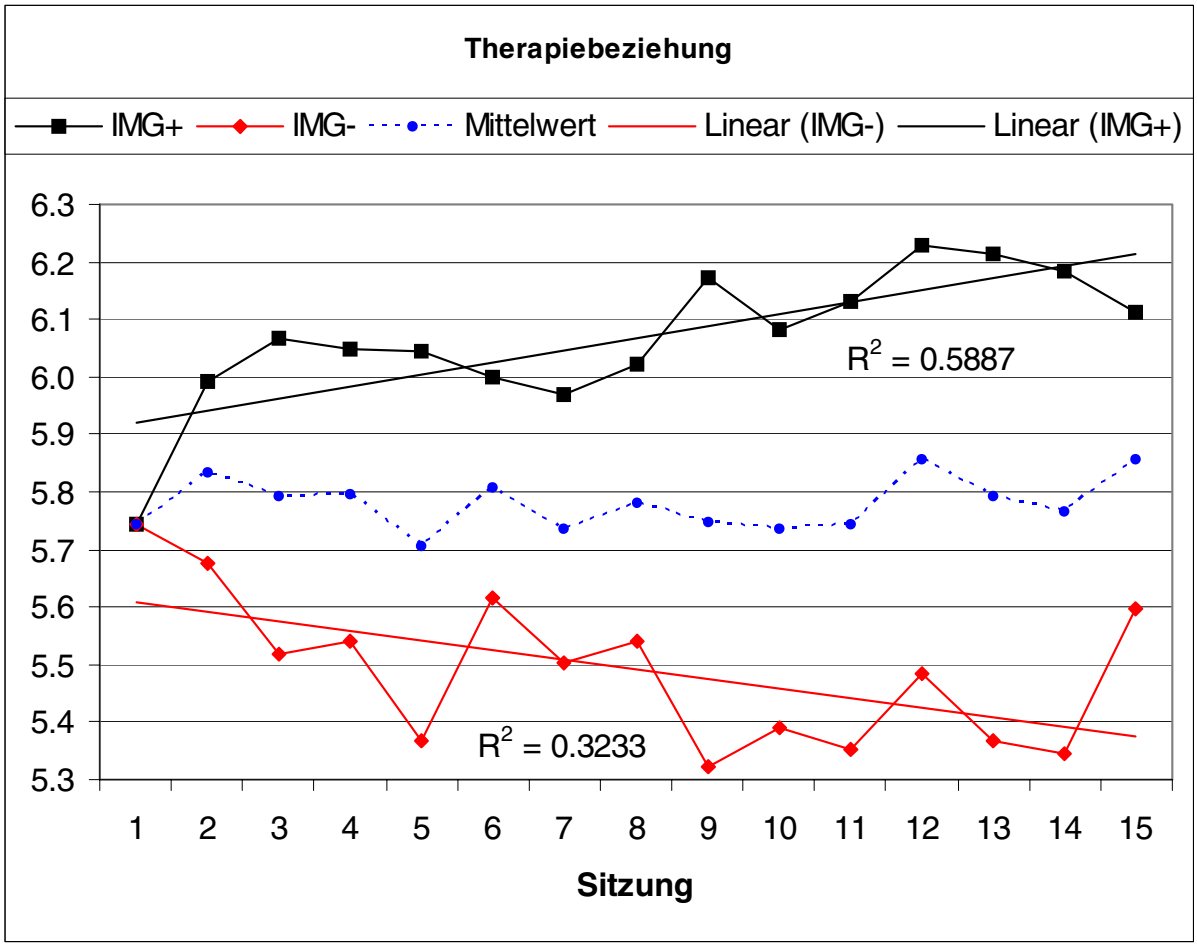


Abb. 87: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 'Positive Therapiebeziehung' (PTB)

Auch in der 'Therapiebeziehung' unterscheiden sich beide Personengruppen im Verlauf der 15 Therapiesitzungen hochsignifikant (Zeiteffekt: N = 114, F = 4.86, Sign. = .000, Eta = .410, Teststärke = .999; s. Anhang Tab. 126, S. 300)[93], wobei sich beide Personengruppen in konträr unterschiedlicher Weise über die 15 Therapiesitzungen hinweg entwickeln (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 114, F = 3.91, Sign. = .000, Eta = .358, Teststärke = .999; s. Anhang Tab. 130, S. 304). Während sich bei ‚Imagenegativen' (IMG-) die Therapiebeziehung im weiteren Verlauf der 15 Sitzungen immer mehr verschlechtert, weist die Trendlinie der ‚Imagepositiven' (IMG+) auf eine stetige Verbesserung der Therapiebeziehung hin (IMG+ $\rightarrow$ R^2 = .5887; IMG– $\rightarrow$ R^2 = .3233). Weiterhin fällt auf, dass sich beide Personengruppen auf einem signifikant unterschiedlichen Skalenniveau bewegen. Die ‚Imagenegativen' (IMG-) haben über den Verlauf der 15 Therapiesitzungen eine signifikant ungünstigere Therapiebeziehung (Gruppeneffekt: N = 114, F = 19.96, Sign. = .000, Eta = .152, Teststärke = .887; s. Anhang Tab. 126, S. 300) und erreichen das Skalenniveau der ‚Imagepositiven' zu keinem Zeitpunkt. Die ‚Imagenegativen' sprechen somit deutlich schlechter auf das therapeutische Angebot an.

4.8.1.4 Gruppenunterschiede für 'Positive Kontrollerfahrungen' (PKE)

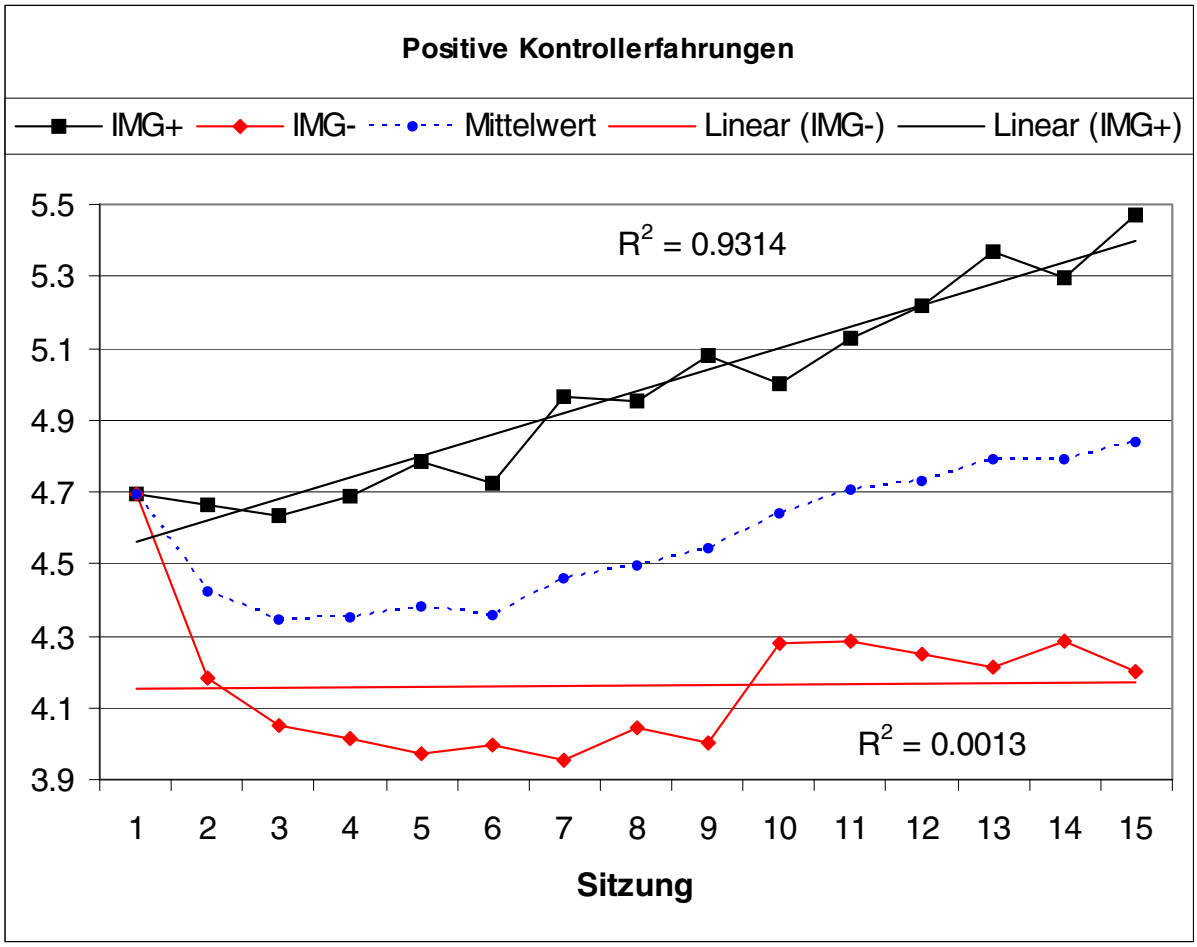


Abb. 88: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 'Positive Kontrollerfahrung' (PKE)

Für beide Personengruppen gibt es hoch signifikante Veränderungen im Verlauf der 15 Therapiesitzungen (Zeiteffekt: N = 112, F = 14.39, Sign. = .000, Eta = .677, Teststärke = 1.000; s. Anhang, Tab. 132, S. 306)[93], wobei sich beide Personengruppen völlig unterschiedlich entwickeln (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 112, F = 2.22, Sign. = .012, Eta = .245, Teststärke = .986; s. Anhang, Tab. 132, S. 306). Die fast waagerechte Trendlinie bei den ‚Imagenegativen' (IMG-) verdeutlicht, dass sie über die 15 Sitzungen hinweg für sich keine Steigerung ihrer 'Kontrollerfahrungen' erreichen können. Dagegen machen die ‚Imagepositiven' mit steigernder Tendenz immer mehr 'Kontrollerfahrungen' (IMG+ → R^2 = .9314; IMG– → R^2 = .0013) mit einer Intensität, die von den ‚Imagenegativen' zu keiner Sitzung erreicht wird (Gruppeneffekt: N = 112, F = 20.24, Sign. = .000, Eta = .157, Teststärke = .892; s. Anhang, Tab. 132, S. 306). Sie (IMG-) werden (statistisch gesehen) weniger das Gefühl haben, die Sitzung aktiv mitgestaltet zu haben (Item 26 [ACP-P]), oder auch einmal selbst entschieden zu haben, was besprochen wurde (27), geschweige denn, dass sie den Eindruck haben, dass der Therapeut sie ihren eigenen Weg gehen lässt bzw. diesen unterstützt (28).

4.8.1.5 Gruppenunterschiede für 'Problemaktualisierung' (PA)

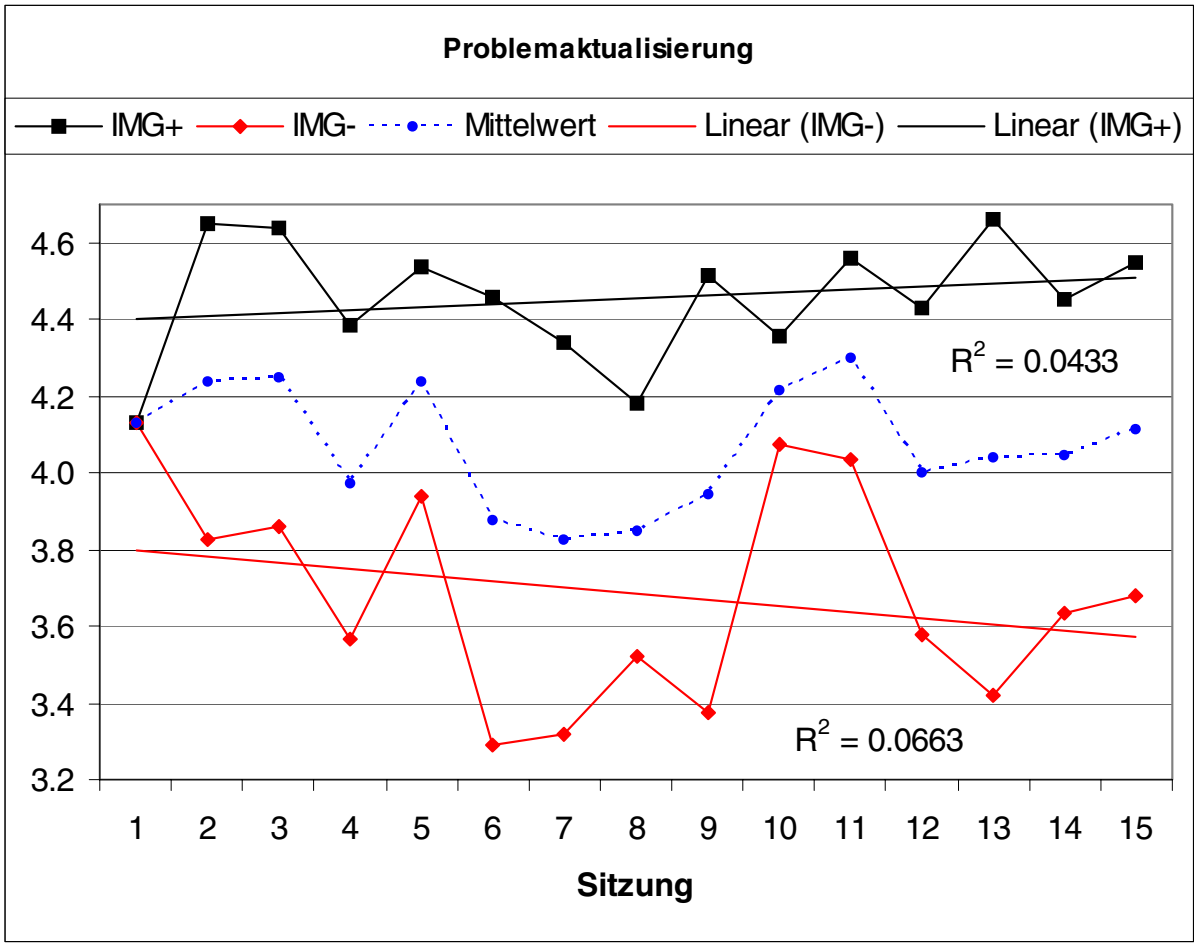


Abb. 89: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala 'Problemaktualisierung' (PA)

Auch bei der Skala mit dem stärksten Fokus auf die gefühlsmäßige Beteiligung der Patienten in der Therapiestunde gibt es hoch signifikante Veränderungen für beide Personengruppen im Verlauf der 15 Therapiesitzungen (Zeiteffekt: N = 105, F = 10.67, Sign. = .000, Eta = .627, Teststärke = 1.000; s. Anhang Tab. 132, S. 308)[93], wobei sich beide Personengruppen tendenziell in ihrem zeitlichen Verlauf über die Sitzungen hinweg noch unterscheiden (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 105, F = 1.65, Sign. = .082, Eta = .206, Teststärke = .950; s. Anhang, Tab. 132, S. 308). Die eingezeichneten Trendlinien verdeutlichen den unterschiedlichen zeitlichen Verlauf über die Sitzungen hinweg. Kann die 'Problemaktualisierung' bei den ‚Imagepositiven' (IMG+) mit der Zeit weiter gesteigert werden, so fällt sie bei den ‚Imagenegativen' immer weiter ab (IMG+ → R^2 = .0433; IMG– → R^2 = .0663). Ihnen fällt es deutlich schwerer, ihre tatsächliche Problemstruktur zu erleben. Sie werden nicht mit der gleichen Intensität sagen können, dass sie *heute gefühlsmäßig stark beteiligt waren* (19) oder dass ihnen *das in der heutigen Therapiesitzung besprochene Thema gefühlsmäßig nahe ging* (22). Dies können jedoch die ‚Imagepositiven' gleich zu Beginn der Therapie mit einem größeren Potential und größerer Intensität, von den ‚Imagenegativen' unerreicht (Gruppeneffekt: N = 105, F = 13.4, Sign. = .000, Eta = .116, Teststärke = .727; s. Anhang, Tab. 134,

S. 308). Die Konsequenz daraus wird vermutlich sein, dass sie (IMG-) weniger Einfluss auf ihre Probleme gewinnen werden können, was letztendlich einen negativen Einfluss auf den Outcome erwarten lässt.

4.8.1.6 Gruppenunterschiede für Gesamtwert positiv (ACP-P)

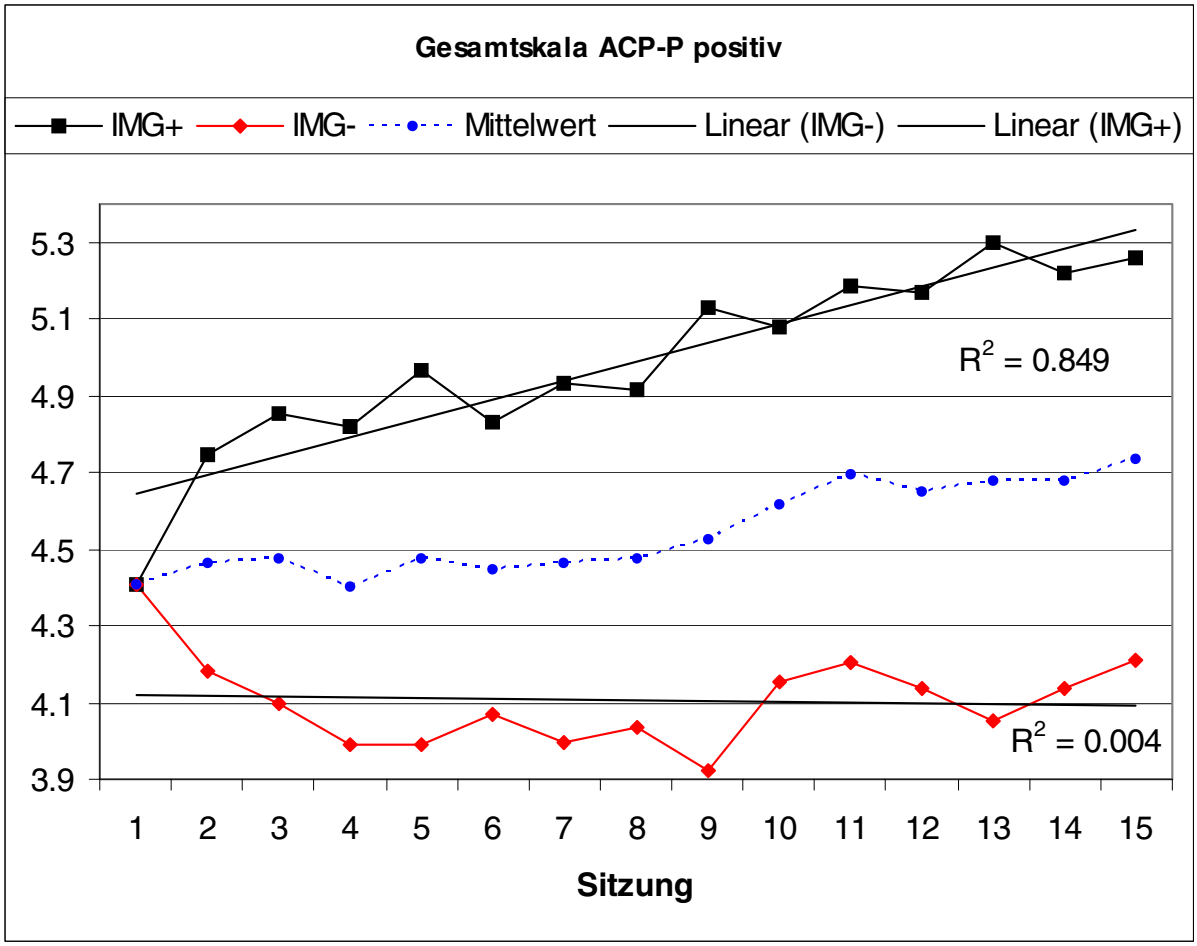


Abb. 90: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala Gesamtwert positiv

Betrachtet man alle positiven Skalen des ACP-P mithilfe eines berechneten Gesamtpunktwertes (Gesamtwert positiv)[97], dann zeigen sich die hoch signifikanten Veränderungen für beide Personengruppen im Verlauf der 15 Therapiesitzungen in aller Deutlichkeit (Zeiteffekt: N = 115, F = 15.6, Sign. = .000, Eta = .688, Teststärke = 1.000; s. Anhang, Tab. 136, S. 310)[93], wobei sich beide Personengruppen signifikant unterschiedlich über die 15 Therapiesitzungen hinweg entwickeln (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 115, F = 5.38, Sign. = .000, Eta = .432, Teststärke = .999; s. Anhang, Tab. 136, S. 310). Wie die

97 Gesamtwert positiv = Mittelwert (BKS, TB, PKE, PA).

eingezeichneten Trendlinien es ebenfalls andeuten, können die ‚Imagepositiven' ein positives Gefühl innerhalb der Therapiesitzungen über die 15 Kontakte hinweg früher entwickeln. Sie fühlen sich besser aufgehoben und machen deshalb positivere Angaben zum Therapieverlauf (IMG+ → R^2 = .8490; IMG– → R^2 = .0044). Dabei unterscheiden sie sich in der Intensität ihrer positiven Erfahrungen signifikant von der Gruppe IMG-. Diese erreicht zu keiner Zeit das Skalenniveau der Patienten, die mit positiver Einstellung zur Psychotherapie (IMG+) ihre Therapie begonnen haben (Gruppeneffekt: N = 115, F = 59.9, Sign. = .000, Eta = .348, Teststärke = .999; s. Anhang Tab. 136, S. 310).

4.8.1.7 Gruppenunterschiede für Gesamtwert (ACP-P)

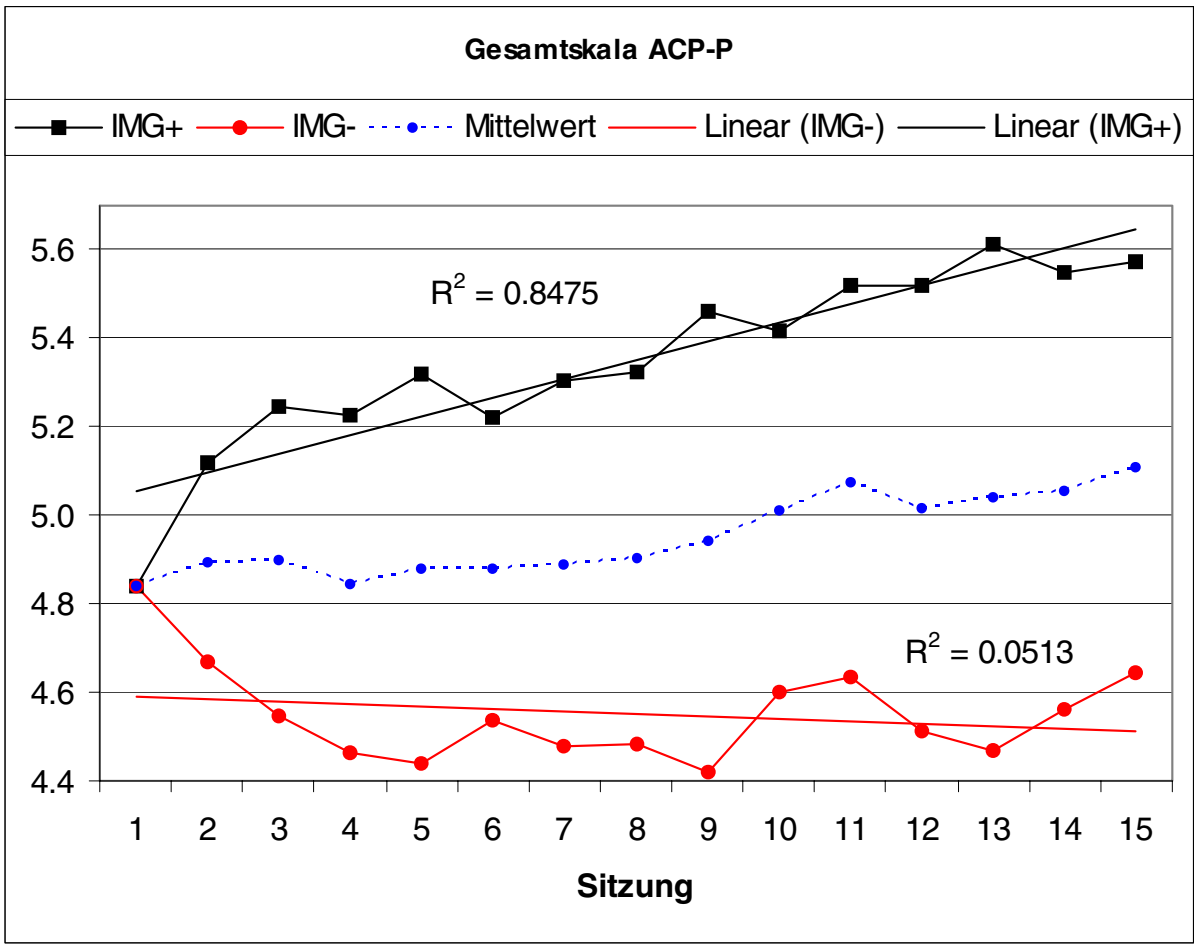


Abb. 91: Analyse des Stundenverlaufs von ACP-P-Skala Gesamtwert

Berechnet man für den Patientenstundenbogen (ACP-P) einen Gesamtscore ACP-P[98], der sich vom Gesamtscore ACP-P-positiv darin unterscheidet, dass die 'negativen Einflüsse' der

98 Gesamtscore ACP-P / ACP-T = Mittelwert (BKS, NE[umkodiert], TB, PKE, PA).

ACP-P-Skala NE mit einberechnet werden[98], dann können folgende Aussagen gemacht werden:

1. Es gibt hoch signifikante Veränderungen für beide Personengruppen (IMG+, IMG-) im Verlauf der 15 Therapiesitzungen (Zeiteffekt: N = 119, F = 15.43, Sign. = .000, Eta = .677, Teststärke = 1.000; s. Anhang, Tab. 138, S. 312)[93].
2. Beide Personengruppen entwickeln sich signifikant unterschiedlich über die 15 Therapiesitzungen hinweg (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 119, F = 6,18, Sign. = .000, Eta = .456, Teststärke = 1.000; s. Anhang, Tab. 138, S. 312).
3. Die Trendlinien zeigen für beide Personengruppen einen entgegen gesetzten Verlauf. Während die ansteigende Trendlinie der ‚Imagepositiven' (IMG+) auf förderliche Therapieprozesse hindeutet, die sich mit der Zeit vergrößern, deutet die fallende Trendlinie der ‚Imagenegativen' (IMG-) auf einen ungünstigen Therapieverlauf hin, der sich mit der Zeit immer weiter verschlechtert (IMG+ $\rightarrow R^2 = .8490$; IMG– $\rightarrow R^2 = .0044$).
4. Beide Gruppen unterscheiden sich in der Intensität ihrer positiven Erfahrungen signifikant voneinander. Die ‚Imagenegativen' erreichen zu keiner Zeit das Skalenniveau der ‚Imagepositiven' (Gruppeneffekt: N = 51, F = 74.17, Sign. = .000, Eta = .390, Teststärke = .999; s. Anhang Tab. 138, S. 312).

Nicht der Weg ist das Schwierige.
Vielmehr ist das Schwierige der Weg.

(Søren Kierkegaard zit. n. Banzhaf, 2004)

Die wichtigste Stunde ist die Gegenwart,
der bedeutendste Mensch der, der dir gerade gegenübersteht,
und das wichtigste Werk ist die Liebe.

(Meister Eckehart zit. n. Banzhaf, 2004)

4.8.2 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-)

Es wird vermutet, dass Patienten mit einer positiven Einstellung zur Psychotherapie schon zu Beginn der Behandlungen den Therapeuten mehr Kooperationsangebote machen und die Therapeuten sich deshalb leichter auf diese Patienten 'einschwingen' können. Die Therapeuten sollten damit besser in der Lage sein, die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten richtig zu deuten, was sich in einer größeren Übereinstimmung zwischen Patienten und Therapeuten bei den Bewertungen des Stundenverlaufes zeigen sollte. Statistisch werden dafür neue Skalen berechnet, die aus den standardisierten Differenzwerten der jeweiligen Patienten- und Therapeutenstundenbogenskalenwerte pro Therapiesitzung bestehen. Es wird erwartet, dass es zwischen Patienten und Therapeuten mehr Übereinstimmungen (geringerer Skalenwert pro Sitzung auf den Differenzskalen) über die vom Patienten erlebten Erfahrungen in der Therapiestunde gibt, wenn die Patienten ein positives Therapieimage (IMG+ = 'Imagepositive') haben. Vice versa sollte es bei den ‚Imagenegativen' (IMG-) größere Unterschiede und Abweichungen zwischen den Patientenselbst- und Therapeutenfremdeinschätzungen geben (höherer Skalenwert pro Sitzung auf den Differenzskalen).

4.8.2.1 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes für die Skala 'Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-)

Wie bereits vorher in Abb. 85, Seite 159 gezeigt, geben Patienten mit einer positiven Einstellung zur Psychotherapie (IMG+) schon zu Beginn der Behandlungen an, dass sie in den Therapiestunden mehr 'Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' (BKS) machen können, als die ‚Imagenegativen' (IMG-). Die Abb. 92 (unten) zeigt, dass das Image der Psychotherapie auch einen Einfluss auf die Übereinstimmung der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen bezüglich der vom Patienten erlebten Prozesserfahrungen (BKS) über den Zeitraum der berechneten 15 Therapiesitzungen hat (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 111, F = 1.78, Sign. = .053, Eta = .208, Teststärke = .964; s. Anhang, Tab. 140, S. 314; Tab. 141, S. 314).

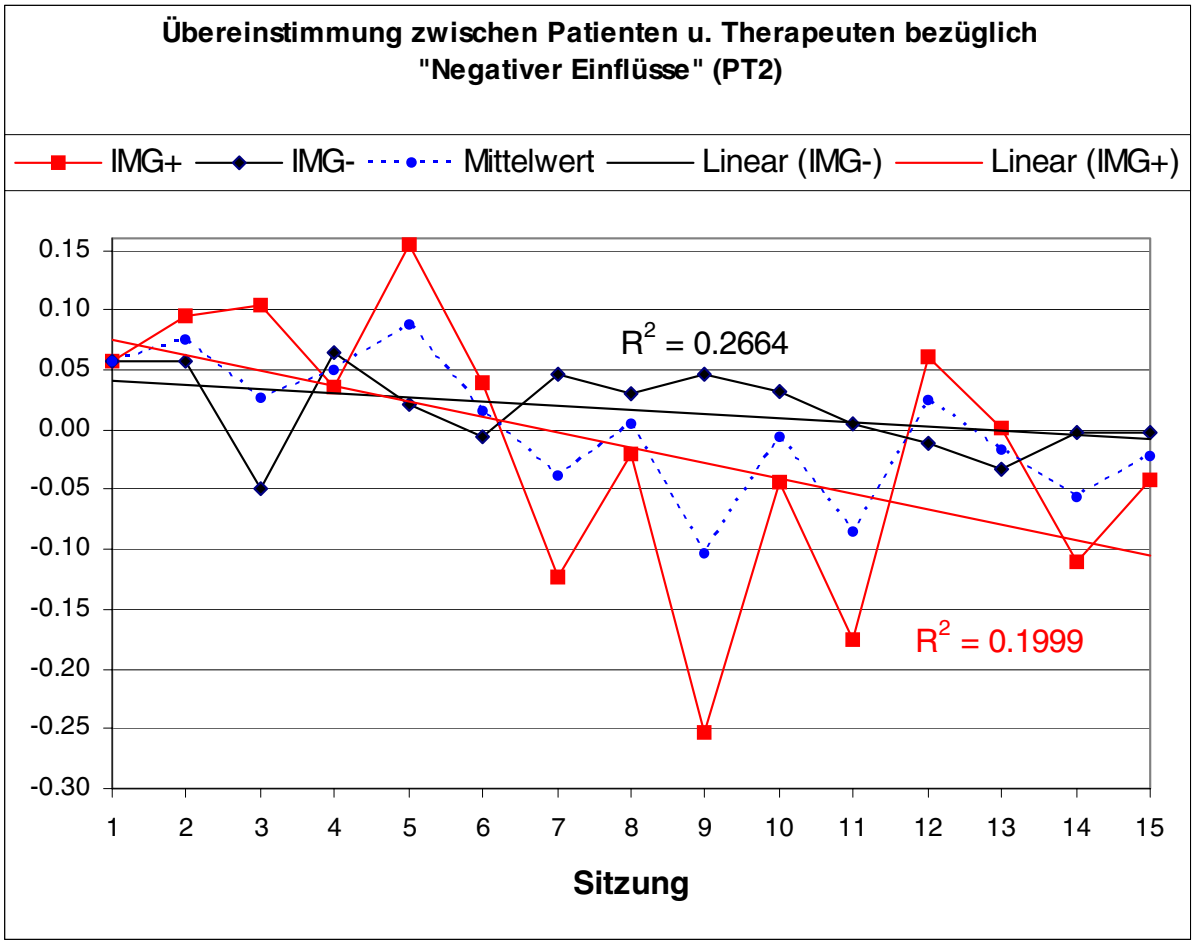


Abb. 92: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich 'Bewältigungs-/Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' im Therapieverlauf

Die Therapeuten von ‚Imagepositiven' (IMG+) stimmen im weiteren Verlauf der 15 Therapiesitzungen mit ihren Patienten bezüglich deren Selbsteinschätzung der gemachten Erfahrungen gut und oft überein (geringere Differenzwerte/ pro Sitzung; siehe schwarz eingezeichnete Verlaufskurve in Abb. 93; die Skalenwerte zirkulieren um 0 herum = völlige Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil). Im Gegensatz dazu zeigt die rot eingezeichnete Verlaufskurve der ‚Imagenegativen' (IMG-) größere Differenzwerte zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzung von Sitzung zu Sitzung. Dies bedeutet, dass die Therapeuten- und Patienteneinschätzungen bezüglich der vom Patienten wahrgenommen 'Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' stark voneinander abweichen. Die Verlaufskurve wechselt mehrfach mit großen Sprüngen zwischen plus (Therapeut ‚unterschätzt' die Patientenangaben) und minus (Therapeut ‚überschätzt' die Patientenangaben), was ein Hinweis darauf sein könnte, dass es für die Therapeuten der ‚Imagenegativen' unter Umständen schwieriger ist, den Prozessverlauf der Patienten einzuschätzen. An dieser Stelle ein wichtiger Hinweis:

Wenn im weiteren Verlauf der Beschreibungen von ‚über- und unterschätzen' die Rede ist, so werden diese Begriffe nicht im Sinne von richtig und falsch verwendet, so als hätten die

Therapeuten etwas falsch gemacht, weil sie in ihrer Beurteilung der Erlebnisse des Patienten diese ‚über- oder unterschätzten'. Sondern die Begriffe ‚über- und unterschätzen' kennzeichnen hier im rein mathematisch statistischen Sinne die Einschätzungsrichtung und den Abstand der beiden Einschätzungen voneinander. Bewertet z. B. der Patient die Frage – *Ich habe jetzt das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe* – auf der Skala von 1 (nein, überhaupt nicht) bis 7 (genau richtig) mit 5 und der Therapeut bewertet das entsprechend umformulierte (inhaltlich gleiche) Item – *Der Patient/ die Patientin hatte heute das Gefühl, dass er/ sie sich selbst und seine/ ihre Probleme besser verstehen kann.* – mit 4, dann wird im Weiteren davon gesprochen, dass der Therapeut die Erfahrungen des Patienten in der Therapiesitzung ‚unterschätzt' – im Sinne von *geringer bewertet* (5 - 4 = 1 → positiver Skalenwert der Differenzkurve). Würde im umgekehrten Fall der Patient dieses Item mit 2 und der Therapeut mit 5 bewerten, dann hätte der Therapeut die Intensität der vom Patienten erlebten Erfahrungen während der Therapiesitzungen ‚überschätzt' im Sinne von *höher bewertet* (2 - 5 = -3 → negativer Skalenwert der Differenzkurve). Um diesen speziellen Umgang mit den Begriffen ‚unter- und überschätzen' auch im weiteren Verlauf der Ausführungen deutlich zu kennzeichnen, werden die Begriffe immer in Anführungszeichen gesetzt. Weiterhin ist davon auszugehen, dass es sich bei den abweichenden Einschätzungen der Prozessverläufe durch die Therapeuten nicht um einen willentlichen bewussten Vorgang handelt, sondern um eine Dynamik, die im Therapieprozessgeschehen *geschieht*. Im Abschnitt 4.8.2.7 (Zusammenfassung) auf Seite 179 weiter unten wird ein möglicher Erklärungsansatz dieser Dynamik zur Diskussion gestellt. Würde es auf der anderen Seite bei den Vergleichen darum gehen, inwieweit die Patienten die Wahrnehmung ihrer Therapieprozesse richtig einschätzen, so wäre ganz klar umgekehrt zu prüfen, inwieweit die Patienten in ihrer Einschätzung vom Urteil des Therapeuten abweichen, weil diese, als Experten für Psychotherapie in professioneller Begleitung durch erfahrene Supervisoren, über mehr Kompetenz verfügen, Therapieprozesse richtig einzuschätzen. Darum geht es jedoch nicht. Sondern mit den Vergleichen der Patientenselbst- und Therapeutenfremdeinschätzung der vom Patienten erlebten Prozesse soll herausgefunden werden, inwieweit diese übereinstimmen, weil anzunehmen ist, dass sich bei einer höheren Übereinstimmung ein besserer Prozessverlauf ergibt und vice versa. So verstanden bedeuten die höheren positiven Werte der roten Differenzkurve der ‚Imagenegativen' Patienten im obigen Diagramm (Abb. 92), dass die Therapeuten die vom Patienten angegebenen 'Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' (BKS) geringer bewerteten – ‚unterschätzten'. Die vielen Sprünge in der Verlaufskurve von Sitzung zu Sitzung deuten an, dass die Patienten aus der Perspektive der Therapeuten kein klares Verhalten zeigen. In der einen Sitzung erscheint es so, als würde die Therapie gut verlaufen, dass der Patient sich jetzt den Situationen besser gewachsen fühlt und in der nächsten Sitzung erleben sie den Patienten

wieder als unfähig, seine Schwierigkeiten zu bewältigen. Der Therapieprozess zeigt sich von Sitzung zu Sitzung als Wechselbad der Gefühle. Mal hat der Patient das Gefühl, seine Probleme jetzt besser zu verstehen, traut sich nun zu, seine Probleme aus eigener Kraft zu lösen und nimmt die Unterstützung des Therapeuten bereitwillig an und in der nächsten Sitzung sieht es völlig anders aus. Nun entsteht beim Therapeuten auf einmal der Eindruck, dass nichts so richtig geht. Es ist nicht möglich, dem Kern der Sache näher zu kommen. Diese starke Ambivalenz spiegelt sich auch bei den Therapeuteneinschätzungen der vom Patienten gemachten Erfahrungen wieder. Mal stimmen sie mehr überein und in der nächsten Sitzung wieder überhaupt nicht. Dies deutet darauf hin, dass es nicht so recht gelingen will, eine stabile beständige Arbeitsbasis aufzubauen – der Prozessverlauf gestaltet sich als aufwendig und schwierig.

Die eingezeichnete (rote) Trendlinie verdeutlicht darüber hinaus, dass die Therapeuten die ‚Imagenegativen' (IMG-) bezüglich ihrer gemachten 'Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' (BKS) mit fortschreitender Sitzungsanzahl immer weniger ‚unterschätzen' werden. Das weist darauf hin, dass es den Therapeuten trotz schwieriger Therapieprozesse mit der Zeit gelingt, sich in die Patienten einzufühlen ($R^2 = .4275$; fallende Differenzwerte über 15 Therapiesitzungen zw. ACP-P u. ACP-T). Dagegen zeigt die (schwarze) fast waagerechte Trendkurve der ‚Imagepositiven' (IMG+) eine auffällige Konstanz in der Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut bezüglich der erlebten Erfahrungen, über den Verlauf der 15 Sitzungen betrachtet. Die Differenzwerte für IMG+ bewegen sich um den Nullbereich herum – es gibt somit viel Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient bezüglich der gemachten 'Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen' mit einer leichten Tendenz der Therapeuten, die erlebten Erfahrungen des Patienten zu ‚überschätzen' ($R^2 = .0409$, über die Sitzungen fast konstante Differenzwerte zwischen ACP-P u. ACP-T).

4.8.2.2 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes für die Skala 'Negative Einflüsse' bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-)

Die Abb. 86 zur schwarze Verlaufskurve (S. 161) zeigte bereits, dass Patienten mit einer positiven Einstellung zur Psychotherapie (IMG+) gleich zu Beginn der Behandlungen auch weniger 'negative Einflüsse' (NE) während der Therapiestunden erleben bzw. auf den Stundenbögen zurückmelden. Die Abb. 93 (unten) zeigt darüber hinaus, dass die Therapeuten dieser Patienten (IMG+) während der 15 Therapiesitzungen mit ihren Patienten sehr gut und weitestgehend konstant in den Einschätzungen der 'negativen Einflüsse' übereinstimmen (geringere Differenzwerte/ pro Sitzung; siehe schwarz eingezeichnete Verlaufskurve in Abb. 93; die Skalenwerte zirkulieren um 0 herum = völlige Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil). Vermutlich können die Therapeuten die Wünsche und Bedürfnisse dieser

Patienten leichter erspüren – sich ungestörter in den Patienten *einschwingen*. Die eingezeichnete (schwarze) Trendlinie verdeutlicht, dass die Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut bei den ‚Imagepositiven' (IMG+) mit fortschreitender Therapie immer größer wird (R^2 = .2664; fallende Differenzwerte zw. ACP-P u. ACP-T; Trendlinie bewegt sich in Richtung Skalenwert 0 = völlige Übereinstimmung der Einschätzungen zw. Patient und Therapeut), wohingegen bei den ‚Imagenegativen' (IMG-) die Inkongruenz der Bewertungen zwischen Patient und Therapeut bezüglich des Stundenverlaufes mit deutlich steigender Tendenz immer größer wird (R^2 = .1999, ansteigende negative Differenzwerte zwischen ACP-P u. ACP-T; fallende Trendlinie in Richtung negativer Skalenwerte = ‚Überschätzung' der Patiententurteile durch die Therapeuten). Im zeitlichen Verlauf über die 15 Therapiesitzungen bewerten die Therapeuten der ‚Imagenegativen' (IMG-) die von ihren Patienten erlebten 'negativen Einflüsse' von Sitzung zu Sitzung völlig unterschiedlich und zum Teil konträr – mal ‚überschätzen' und mal ‚unterschätzen' sie den Prozessverlauf (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 111, F = 1.67, Sign. = .074, Eta = .196, Teststärke = .954; s. Anhang, Tab. 142, S. 316;Tab. 143, S. 316).

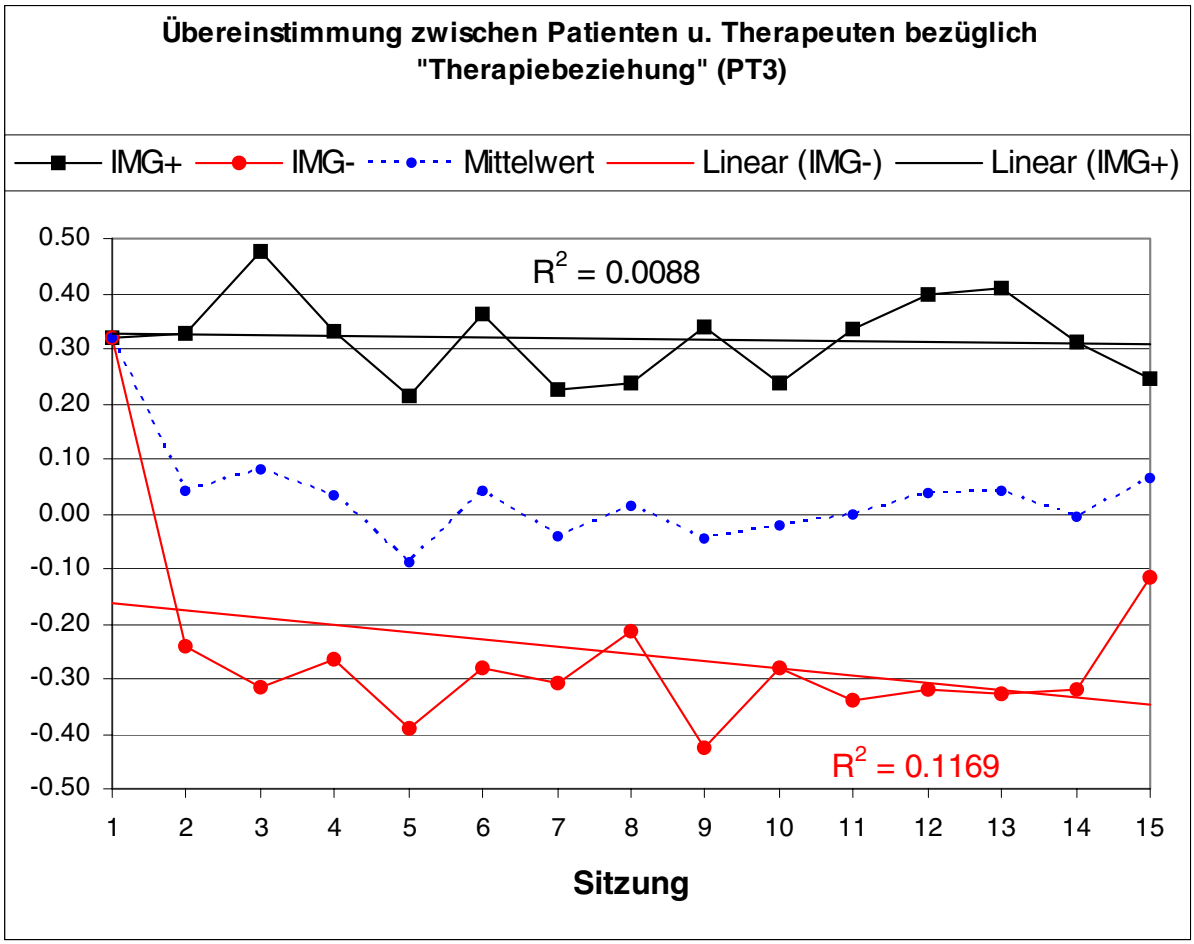


Abb. 93: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich 'Negativer Einflüsse' im Therapieverlauf

4.8.2.3 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes für die Skala 'Therapiebeziehung' bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-)

Waren die beiden vorherigen Diagramme zur Beschreibung der 'Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrungen' (BKS) und der 'negativen Einflüsse' (NE) dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeuten der ‚Imagenegativen' (IMG-) die gemachten Prozesserfahrungen ihrer Patienten zum Teil im regen Wechsel mal ‚über-, mal unterschätzen', so gibt es bezüglich der vom Patienten erfahrenen 'Therapiebeziehung' (TB) eine klare Festlegung der *Einschätzungsrichtung* (Gruppeneffekt: N = 110, F = 16.9, Sign. = .000, Eta = .136, Teststärke = .827; s. Anhang Tab. 144, S. 318; Tab. 145, S. 319). Die Therapeuten der ‚Imagepositiven' (IMG+) ‚unterschätzen' in der Regel die vom Patienten gemachten Erfahrungen bezüglich der Therapiebeziehung (R^2 = .0088, positive Differenzwerte zwischen ACP-P u. ACP-T; fast waagerechte Trendlinie im positiven Skalenbereich verbleibend = konstante ‚Unterschätzung' der Patientenurteile durch die Therapeuten), während die Therapeuten der ‚Imagenegativen' (IMG-) die vom Patienten im weiteren Verlauf der Therapiesitzungen gemachten Erfahrungen hinsichtlich der gemeinsamen Therapiebeziehung tendenziell immer weiter ‚überschätzen' (R^2 = .1169, ansteigende negative Differenzwerte zwischen ACP-P u. ACP-T; fallende Trendlinie in Richtung des negativen Skalenbereiches = ‚Überschätzung' der Patientenurteile durch die Therapeuten; Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 110, F = 2.49, Sign. = .005, Eta = .271, Teststärke = .992; s. Anhang Tab. 144, S. 318).

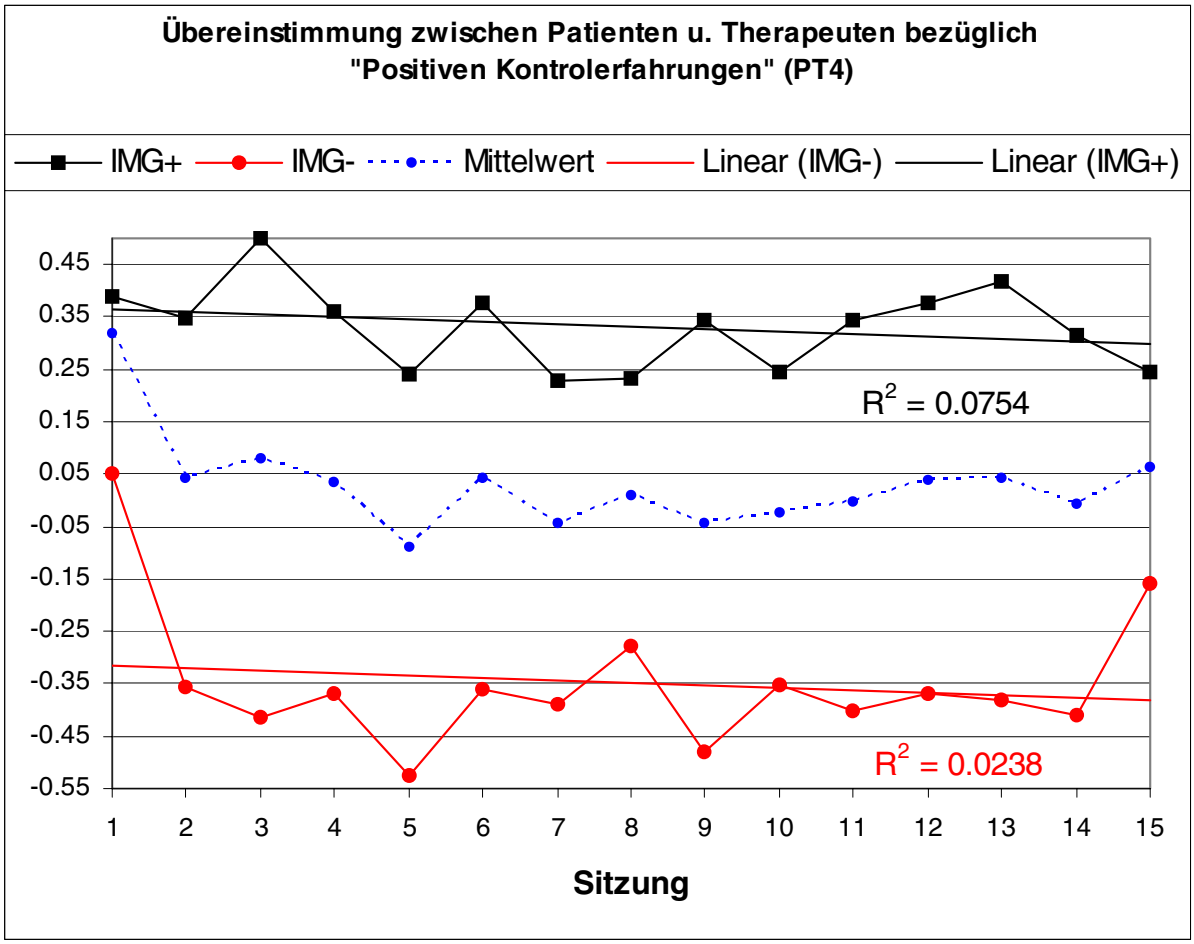


Abb. 94: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Therapiebeziehung' im Therapieverlauf

4.8.2.4 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes für die Skala 'Positive Kontrollerfahrungen' bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-)

Auch bezüglich der 'Positiven Kontrollerfahrungen' (PKE) gibt es, ähnlich wie schon bei den 'Therapiebeziehungen' (TB), klar getrennte Einschätzungsrichtungen – die Therapeuten der ‚Imagepositiven' (IMG+) ‚unterschätzen' die von den Patienten gemachten Kontrollerfahrungen, die Therapeuten der ‚Imagenegativen' (IMG-) ‚überschätzen' sie. Eventuell bemerken die Therapeuten (IMG+) die vom Patienten gemachten 'Kontrollerfahrungen' nicht oder schenken ihnen weniger Aufmerksamkeit, bewerten sie aber auf jeden Fall in den Therapeutenstundenbögen signifikant geringer (Gruppeneffekt: N = 93, F = 1.73, Sign. = .191, Eta = .019, Teststärke = .129; s. Anhang, Tab. 146, S. 320; Tab. 147, S. 321).

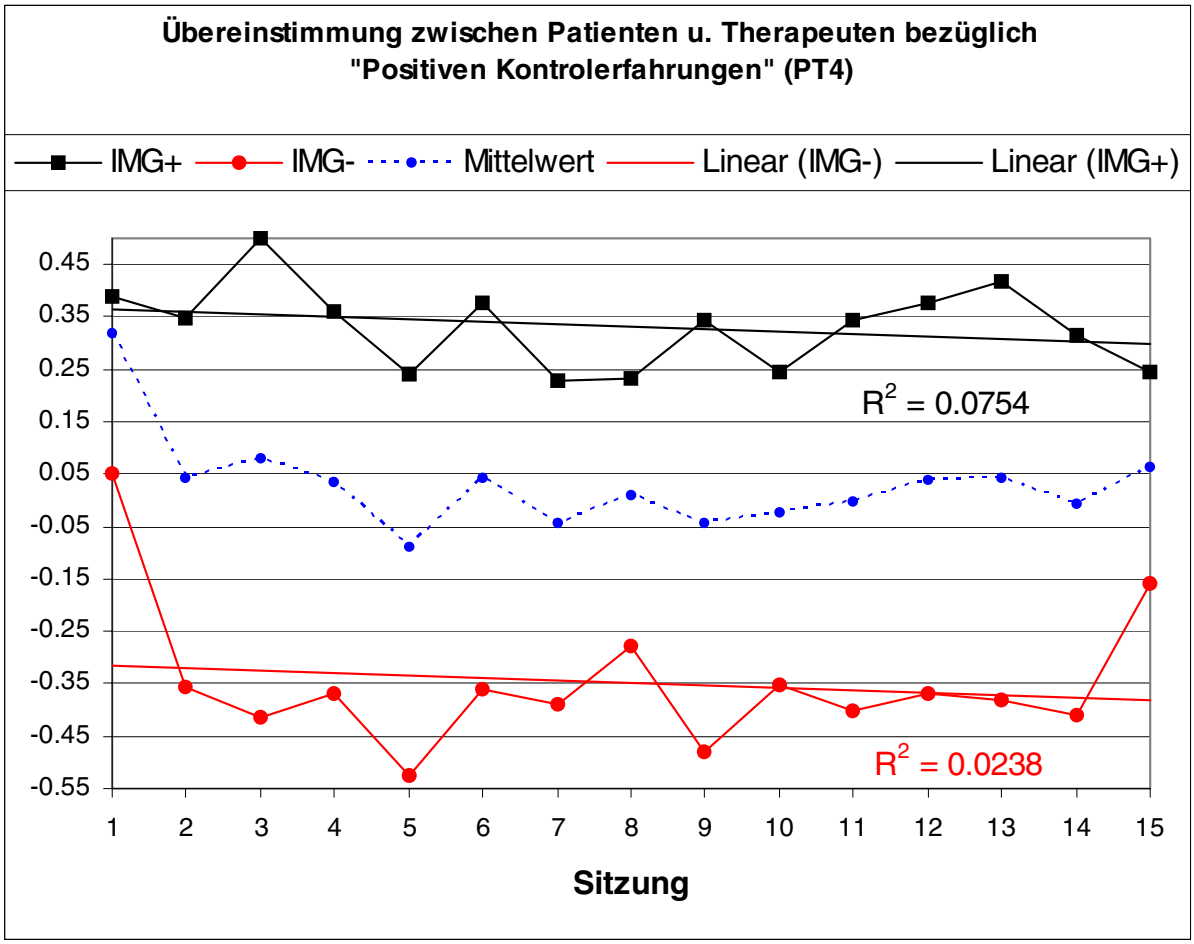


Abb. 95: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Positiven Kontrollerfahrungen' im Therapieverlauf

Bei Patienten mit einer anfänglich eher positiven Einstellung zur Psychotherapie (IMG+) ‚unterschätzen' die Therapeuten die von den Patienten angegebenen Kontrollerfahrungen. Während die Patienten der Meinung sind, dass sie den Therapieprozess mitgestalten können (Item 26 [ACP-P]), Einfluss darauf haben, was besprochen wird (27) und glauben, ihren eigenen Weg in der Therapie zu gehen (28), bewerten die Therapeuten die von den Patienten angegebenen 'Positiven Kontrollerfahrungen' (PKE) weniger euphorisch. Für die ‚Image-negativen' (IMG-) verhält es sich genau umgekehrt – die Therapeuten glauben, dass ihre Patienten mehr 'Kontrollerfahrungen' machen, als diese selbst angegeben. Diese ‚Überschätzung' der Patientenerfahrungen durch die Therapeuten wird mit jeder folgenden Therapiesitzung im Trend immer größer (tendenzieller Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 109, F = 1.33, Sign. = .203, Eta = .167, Teststärke = .906; s. Anhang Tab. 146, S. 320).

4.8.2.5 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes für die Skala 'Problemaktualisierung' bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-)

Bezüglich der 'Problemaktualisierung' (PA) verhalten sich die Differenzkurven fast so wie bei den ersten beiden beschriebenen Faktoren – 'Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrungen' (BKE) und 'Negative Einflüsse' (NE). Jedoch zeigt die Kurve der ‚Imagepositiven' (IMG+, schwarze Linie), dass es bezüglich der stark emotional geprägten 'Problemaktualisierung' den Therapeuten schwerer fällt, diese Prozesserfahrungen der Patienten richtig bzw. in gleicher Weise wie von den Patienten erlebt einzuschätzen.

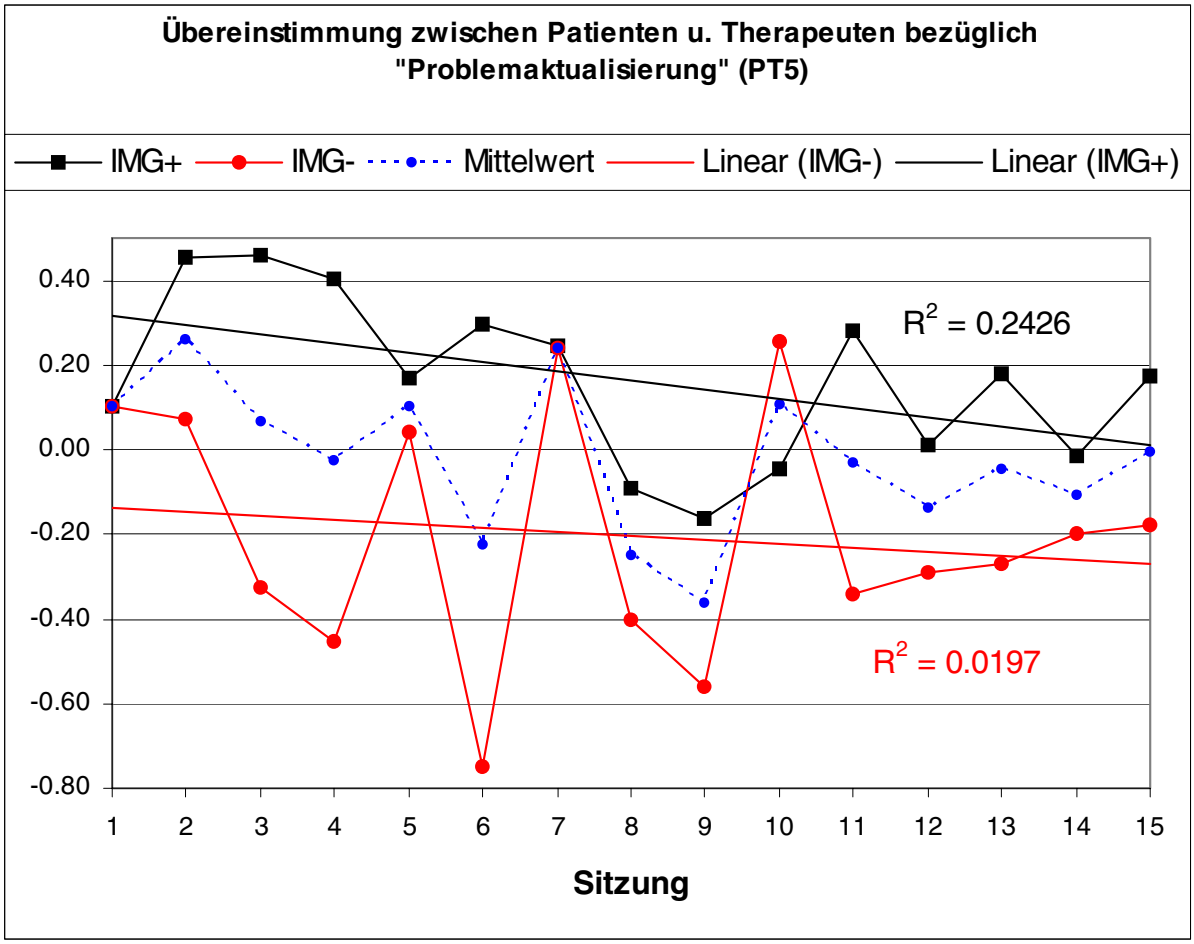


Abb. 96: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Problemaktualisierung' im Therapieverlauf

Während sie in den ersten sieben Sitzungen die gefühlsmäßige Beteiligung des Patienten ‚unterschätzen', neigen sie in Sitzung 8 bis 10 dazu, sie ‚überzubewerten'. Im weiteren Verlauf der Therapiesitzungen nähert sich die Differenzkurve IMG+ (schwarz) jedoch immer weiter dem Wert 0 («völlige Übereinstimmung»). Nach 15 Therapiesitzungen schätzen beide – Therapeut und Patient – die Intensität der gemachten Problemaktualisierung gleich ein (R^2 = .2426, fallende Differenzwerte in Richtung 0 zwischen ACP-P u. ACP-T; fallende Trendlinie in Richtung 0 im positiven Skalenbereiches verbleibend = ‚Überschätzung' der

Patientenurteile durch die Therapeuten). Beide nehmen mit steigender Tendenz gleichermaßen wahr, dass der Patient gefühlsmäßig stark beteiligt ist (Item 19 [ACP-P]) und dass die in der Therapiesitzung behandelten Themen dem Patienten sehr nahe gehen (22). Dagegen unterscheidet sich die Differenzkurve der ‚Imagenegativen' (IMG-, rot) sofort auf den ersten Blick durch sieben größere Sprünge von Sitzung zu Sitzung (Sitzung 2 auf 3, 4 auf 5, 5 auf 6, 6 auf 7, 7 auf 8, 9 auf 10, 10 auf 11), bei dem die Therapeuten wahrscheinlich wieder das bereits vorher beschriebene *Wechselbad der Gefühle* beim Patienten erleben, mit dem daraus resultierenden Wechsel zwischen ‚Über- und Unterschätzung' der Gefühlsintensitäten. Der Trend geht in Richtung ‚Überschätzung' ($R^2 = .0197$, ansteigende negative Differenzwerte zwischen ACP-P u. ACP-T; fallende Trendlinie in Richtung des negativen Skalenbereiches = ‚Überschätzung' der Patientenurteile durch die Therapeuten).

4.8.2.6 Übereinstimmung der Patientenselbsteinschätzungen (ACP-P) und Therapeutenfremdeinschätzungen (ACP-T) des Therapieverlaufes für die Gesamtskala 'Prozesserfahrungen' bezüglich der Grundeinstellung der Patienten zur Psychotherapie (ACP-a → IMG+ / IMG-)

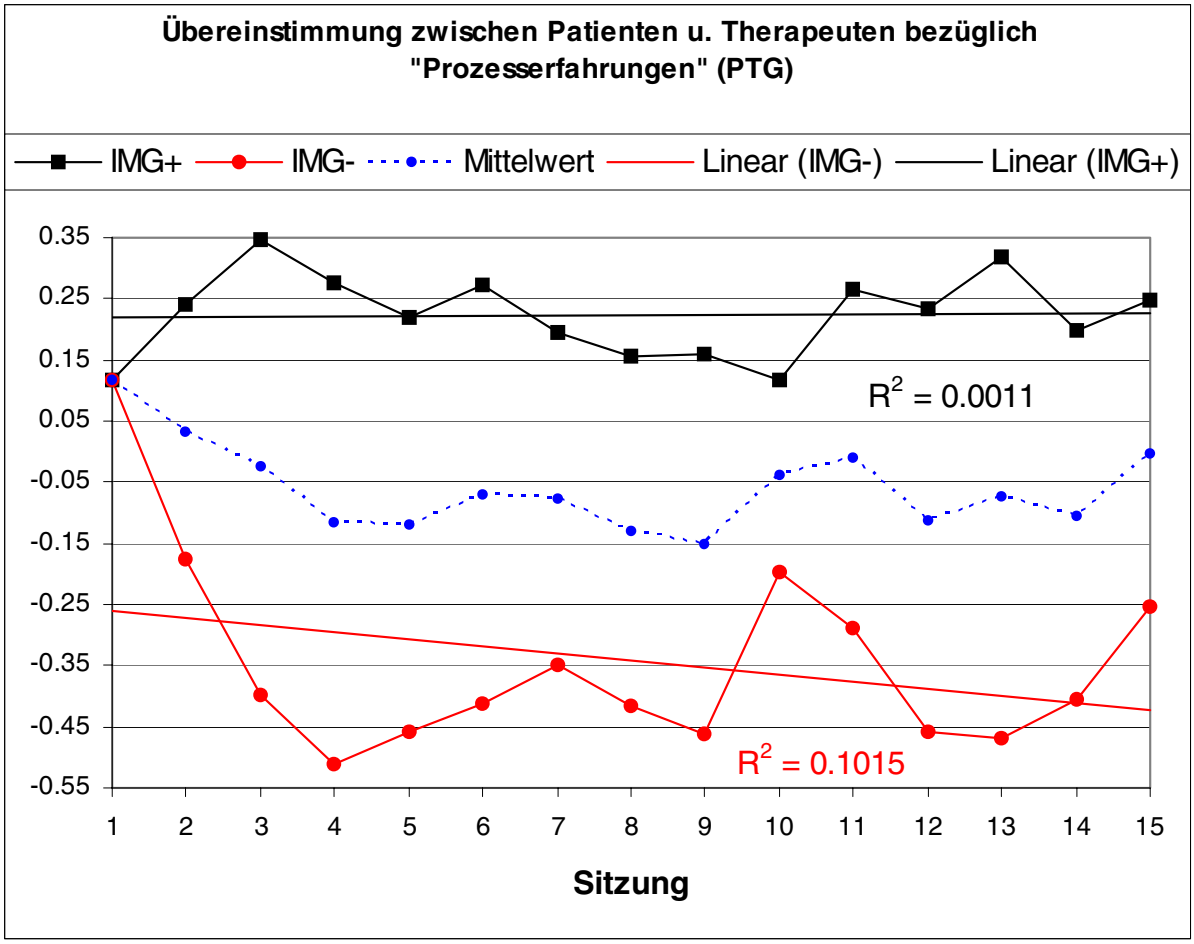


Abb. 97: Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeutenurteil bezüglich der 'Prozesserfahrungen' im Therapieverlauf

Die Skala 'Prozesserfahrungen' ist der Gesamtsummenscore der einzelnen Stundenbogenskalen[98]. Wobei die negative Skala NE ('Negative Einflüsse') umgepolt mit einberechnet wurde,

damit geringe Punktzahlen, und damit weniger 'negative Einflüsse', den Gesamtscore erhöhen. Mithilfe dieser Gesamtskala ist es nun möglich, die generelle Dynamik zwischen Patient und Therapeut bezüglich der Einschätzungen der Therapieprozesse kompakt darzustellen. Die Unterschiede sind nun im obigen Diagramm klar getrennt zu erfassen. Es gibt signifikante Unterschiede bezüglich der Überstimmung zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzung hinsichtlich der vom Patienten erlebten Therapieprozesse (Gruppeneffekt: N = 117, F = 26.59, Sign. = .000, Eta = .189, Teststärke = .956; s. Anhang, Tab. 150, S. 324) und eine klare Festlegung der Einschätzungsrichtung. Die Therapeuten der ‚Imagepositiven' (IMG+) ‚unterschätzen' die Intensität der vom Patienten erlebten Erfahrungen (R^2 = .0088, positive Differenzwerte zwischen ACP-P u. ACP-T; fast horizontale Trendlinie im positiven Skalenbereich = ‚Unterschätzung' der Patientenerfahrungen durch die Therapeuten), während die ‚Imagenegativen' (IMG-) ‚überschätzt' werden (R^2 = .1015, negative Differenzwerte zwischen ACP-P u. ACP-T; fallende Trendlinie in Richtung des negativen Skalenbereiches = in der Intensität ansteigende ‚Überschätzung' der Patientenurteile durch die Therapeuten mit fortlaufender Anzahl von Therapiesitzungen). Wie die Trendlinien es bereits andeuten, entwickeln sich die Übereinstimmungen zwischen Patienten und Therapeuten bezüglich der erlebten Prozesserfahrungen über die Zeit der 15 Therapiesitzungen hinweg unterschiedlich. Die Prozesserfahrungen der ‚Imagenegativen' (IMG-) wird von ihren Therapeuten mit fortschreitender Anzahl der Therapiesitzungen immer weiter ‚überschätzt' (Interaktionseffekt zwischen Gruppe [IMG] x Sitzung: N = 117, F = 4.7, Sign. = .000, Eta = .395, Teststärke = .999; s. Anhang, Tab. 150, S. 324).

4.8.2.7 Zusammenfassung

Die Überprüfung der Übereinstimmung zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Prozesserfahrungen des Patienten liefert ganz im Sinne der ersten Arbeitshypothese A (Abschnitt 3.2, S. 79) Hinweise auf einen förderlichen Einfluss von positiver Patientenmeinung über Psychotherapie auf die Prozesserfahrungen während der Therapie. Wenn Therapeuten ‚Imagepositive' Patienten (IMG+) therapieren, neigen sie überwiegend dazu, die Patientenurteile generell und verhältnismäßig konstant zu ‚unterschätzen' bzw. als weniger positiv/ optimistisch zu beurteilen. Jedoch gibt es bei ihnen, im Gegensatz zu den Therapeuten der ‚Imagenegativen' (IMG-), auch Sitzungen, in denen sie bezüglich einiger Teilbereiche völlig mit ihren Patienten über den Verlauf der Therapiestunde übereinstimmen. Dies deckt sich mit Veröffentlichungen im Bereich der Prozessforschung. Es gibt Untersuchungen, die für erfolgreiche Therapien zeigen, dass die ‚Unterschätzung' des Prozessverlaufes bzw. die eher skeptische Grundhaltung der Therapeuten gegenüber ihren Patienten vermutlich auf eine erfolgreiche Therapie hindeutet. „Erfolgreiche Psychotherapeuten sind im

Vergleich zu ihren Klienten eher skeptischer bezüglich positiver Veränderungen/ der Offenheit des Klienten und pessimistischer hinsichtlich des voraussichtlichen Therapieerfolges." (Eckert, 1977, S. 153). „In diesen Untersuchungen wurde als Erklärung für die zu positiven Einschätzungen der Patientenurteile durch die Therapeuten deren zu optimistische Grundhaltung bezüglich eines Therapieerfolges angenommen. Diese führte dazu, dass der Therapieprozess und das Erleben des Patienten nicht mehr korrekt gesehen wurde, was letztendlich für den Behandlungserfolg schädlich sein musste."[99] Eckert konnte in einer späteren Forschungsarbeit (Eckert & Biermann-Ratjen, 1990) zeigen, dass die ‚Identität des Therapeuten' ebenfalls ein Wirkfaktor innerhalb der Psychotherapien ist. Mit ‚Identität' ist hier die Identifikation des Therapeuten mit seiner Form von Psychotherapie gemeint, als Basis bzw. Ausgangspunkt für das Beziehungsangebot an den Patienten. Stimmen die Vorstellungen zwischen Therapeuten und Patienten diesbezüglich überein, gelingt die Therapiebeziehung und es ist ein förderlicher Therapieprozess zu erwarten. Die positivere Einstellung der ‚Imagepositiven' (IMG+) zur Psychotherapie und ihre größeren/ höheren 'Erfahrungen/ Erwartungen bezüglich Psychotherapie' (FMP[100]: N = 214; F = 30.30, Sign. = .000, Eta = .13; s. Anhang, Tab. 73, S. 270) lassen vermuten, dass sie sich bereits im Vorfeld mehr als die ‚Imagenegativen' (IMG-) darüber im klaren sind, welche Therapierichtung sie am meisten anspricht bzw. welches therapeutische Beziehungsangebot sie suchen. Dies erleichtert die ‚Passung' zwischen Therapeuten und Patienten. Ein positives ‚Psychotherapieimage' könnte somit indirekt, über das größere Vorwissen, die Suche nach dem richtigen Therapeuten (mit der passenden ‚Theorie') erleichtern.

Im Gegensatz dazu erscheint die ‚Überschätzung' der von den ‚Imagenegativen' Patienten (IMG-) erlebten Prozesserfahrungen durch die Therapeuten fast so, als ob sie den von ihnen wahrgenommenen ungünstigeren Verlauf der Therapie durch das Aufsetzen einer ‚rosa roten Brille' zu kompensieren versuchten, um die unerfreulichen Therapieprozesse für sich erträglicher zu machen. Positiver betrachtet könnte es jedoch auch sein, dass es sich um Ausgleichsprozesse handelt. Mit ihren ‚Über- oder Unterschätzungen' der vom Patienten wahrgenommenen Prozesserfahrungen setzen die Therapeuten eventuell eine Art ‚Gegengewicht'

---

99 Frei wiedergegeben aus einer eMail von Prof. Dr. Jochen Eckert (März 2007) auf meine Anfrage nach einem Erklärungsansatz für die größeren Abweichungen in den Übereinstimmungen zwischen Therapeuten und Patienten in seiner Studie (Eckert, 1977) bei nicht erfolgreichen Therapien.

100 FMP = Fragebogen zur Psychotherapiemotivation; s. Anhang, Abschnitt 10.21.4, S. 346.

oder ‚Gegenpol', ähnlich dem Funktionsmechanismus der Akkumulatoren, bei denen durch die chemische bzw. elektrische Ladungsdifferenz für die notwendige Spannung gesorgt wird, damit beim Verbinden der Batteriepole ein Strom fließen kann. Der von den ‚Imagenegativen' eher negativ bewertete Therapieverlauf wäre in diesem Bild der Minuspol der Batterie. Die ‚Überschätzung' des Therapieverlaufes durch die Therapeuten, im Sinne eines eher positiven Verlaufes der Therapie, wäre der Pluspol (und vice versa). Die gegensätzlichen Bewertungen bringen so eine Art Spannung in den Therapieprozess, die sich ausgleichen will und damit eine Kraft für Veränderungen im Therapieprozess schafft. Es ist zu vermuten, dass diese ‚Überschätzung' der Patientenurteile der ‚Imagenegativen' (IMG-) durch die Therapeuten in der Therapiesitzung mehr aktiven Einsatz (Verstärkung) erfordert und ihnen somit einiges mehr abverlangt. Während die ‚Unterschätzung' der Patientenurteile bei den ‚Imagepositiven' (IMG+), als eine Art ‚Dämpfung der Euphorie' des Patienten, wahrscheinlich weniger anstrengend ist. Denn die Patienten, die ihre Therapie schon von der ersten Sitzung an mit einer eher positiven Einstellung zur Psychotherapie beginnen (IMG+) fühlen sich in der Therapie wohler (Item 1 [ACP-P]), sind der Meinung, dass sie sich gut mit dem Therapeuten verstehen (8) und fühlen sich mehr wertgeschätzt (20). Aufgrund der vielen vorangegangen Hinweise kann die Alternativhypothese A_1 uneingeschränkt angenommen werden. Patienten, die eine Psychotherapie mit einem positiven Image von ihr beginnen – die 'Imagepositiven' (IMG+), haben im Vergleich zu den ‚Imagenegativen' (IMG-) einen deutlich besseren Therapieverlauf. Sie profitieren in vielerlei Hinsicht vom therapeutischen Angebot, da sie eine höhere Problembewältigungskompetenz besitzen und sich in der Therapie stärker angenommen fühlen. Unter anderem können die Therapeuten bei der Therapie solcher Patienten (IMG+) diese einfacher und wahrscheinlich auch aktiver mit geeigneten Maßnahmen anleiten, damit sie leichter mit ihren Problemen fertig werden. Dazu gehört auch, dass die ‚Imagepositiven' eher ein Verständnis und Einsicht in die Hintergründe der gegenwärtigen Schwierigkeiten gewinnen. Diesen motivationalen Aspekt – *Warum verhalte ich mich so und nicht anders?* – können sie schneller durch die Explikation impliziter Bedeutungen verstehen und für notwendige Verhaltensänderungen nutzen. Vermutlich wird es ihnen eher gelingen, eine Verbindung zwischen folgenden Extremen herzustellen:

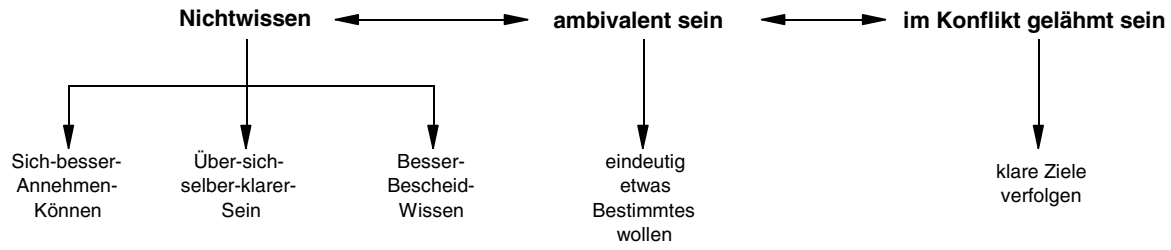


Abb. 98: Veränderungskompetenz

Nicht das Beginnen wird belohnt,
sondern einzig und allein das Durchhalten.

(Katharina von Siena zit. n. Banzhaf, 2004)

4.8.3 Zusammenhang zwischen Patientenmeinungen über Psychotherapie (ACP-a) und Therapie-Outcome (Pre-Post-Differenzen)

4.8.3.1 Korrelation der ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen

Hier soll aus Platzgründen nur eine Auswahl der Korrelationen (r >= .3) dargestellt werden. Die vollständigen Berechnungen befinden sich im Anhang von Seite 288 bis 294. Bei der Interpretation der Korrelationen der Pre-Post-Differenzen mit dem ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a) ist zu beachten, dass die z-normierten Pre-Post-Differenzen so berechnet wurden, dass ein positiver z-Wert eine Verbesserung und ein negativer z-Wert eine Verschlechterung im Sinne des Therapieerfolges darstellt. So bedeutet z. B. eine signifikante positive Korrelation zwischen dem ACP-a-Gesamtwert und der Skala 'Somatisierung' (SCL-90), dass ein besseres Psychotherapieimage des Patienten zum Zeitpunkt des Erstkontaktes nach etwa 25 Therapiesitzungen mit einer geringeren 'Somatisierung' einhergeht. In den nachfolgenden Tabellen (Tab. 34, S. 186 bis Tab. 37, S. 189) finden sich 28 Skalen der vorgelegten psychometrischen Tests zur Erfolgsmessung, für die es signifikante Korrelationen (r >= .3) mit dem ACP-a gab. Es gibt somit zahlreiche Zusammenhänge zwischen dem ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a) und dem Therapieerfolg, die nachfolgend beschrieben werden:

Wer z. B. am Anfang der Therapie mehr 'Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft' (PEVB) hat, also sagt … dass er mutig genug ist, sich seinen Problemen zu stellen (ACP-a: Item 27), … durch die Therapie zeigt, dass er Verantwortung für sich selbst übernimmt (17), … mit der Therapie sein Leben verändern und in die eigenen Hände nehmen will (40), der leidet zum Zeitpunkt der Postmessung weniger darunter, dass … andere an den eigenen Schwierigkeiten Schuld sind (SCL-90: Item 8), … man den meisten anderen Menschen nicht trauen kann (18), etc. (ZSC9_F08: 'Paranoides Denken'; r = .330*); sie haben weniger Angst ('Angst': r = .312); man fühlt sich weniger unwirklich, fremd, als kein Mensch (SCL-90: 'Depersonalisation'; r = .312**) und auch die alltägliche Umwelt erscheint nicht unwirklich, fremd und entfernt (VDS-90: 'Derealisation'; r = .327*).

Diese Zusammenhänge deuten zum einen darauf hin, dass Patienten, die ihre Psychotherapie mit *Veränderung* und *selbstbestimmtem Handeln* in Verbindung bringen im Vergleich zu den veränderungsresistenten und fremdbestimmten Patienten ein positives Selbstbild entwickeln in dem sie sich als Menschen wahrnehmen können, die auf ihre Umwelt zugehen und damit am Leben teilnehmen. Psychotherapie sollte somit ein angstfreies Klima schaffen und dem Patienten Mut machen, also ihn darin bestärken, sich in die Therapie mit seinen Wünschen einzubringen. Die Botschaft „Ich bin hier gefragt – es geht um meine Gesundung und ich kann mitbestimmen, was in der Therapie (mit mir) gemacht wird und wie es weitergeht" macht Hoffnung auf baldige Besserung und ist eine Aufforderung, wieder am Leben teil-

zunehmen. Anderseits können die Zusammenhänge auch so interpretiert werden, dass Menschen, die unter den oben genannten Störungen leiden (Paranoides Denken, Depersonalisation, Derealisation) von einer Therapie, die personale Selbstbestimmung und Veränderungschancen anbietet, nicht gleichermaßen von positiven Psychotherapieangeboten profitieren *können, wie Patienten ohne diese Störungen..*

Patienten mit mehr 'Transpersonalem Empowerment' am Anfang der Therapie (TPE) – wer also sagt, dass er durch die Inanspruchnahme von Psychotherapie seinen wahren Lebenssinn erkennen will (Item 5), eine höhere Ordnung respektieren (20) oder seiner inneren Stimme folgen möchte (35) – sind nach 25 Therapiesitzungen weniger proaktiv (FIG-50: 'Proaktivität'; r = -.336**)[101] – sie glauben eher nicht daran, dass es unzählige Gelegenheiten gibt, die nur erkannt und ergriffen werden müssen (FIG-50: Item 7), aber es fällt ihnen nun leichter … sich Gruppen anzuschließen (IIP: Item 3), … sich fremden Menschen vorzustellen (7), … mit anderen etwas zu unternehmen (14), etc. (IIP: 'zu introvertiert'; r = .339**); … Kontakte mit anderen aufzunehmen (24); … sich nicht mehr so zu isolieren (IVS-39: 'Sozialkontakt'; r = .292*); … sich nun wieder mehr auf andere zu verlassenen wenn sie gebraucht werden (Item 7 [RSQ: 'Fehlendes Vertrauen'; r = .310**]), mit dem Wissen akzeptiert zu werden (28); es wird weniger Angst empfunden (VDS-90: 'Angst'; r = .412**), man fühlt sich weniger unwirklich, fremd, als kein Mensch (VDS-90: 'Depersonalisation'; r = .324**); auch die alltägliche Umwelt erscheint nicht unwirklich, fremd und entfernt (VDS-90: 'Derealisation'; r = .295*) und der Leidensdruck ist geringer (FPTM: 'Leidensdruck'; r = .350*).

Die gefundenen Zusammenhänge deuten darauf hin, dass das Angebot von bewusstseinspsychologischen Inhalten in der Therapie den Gesundheitszustand der Patienten verbessert. Indem sie bewusstseinspsychologische Qualitäten wie *Vertrauen*, *innere Ruhe* und *soziale Eingebundenheit* fördert, fühlen sich die Patienten von ihrer Umwelt mehr angenommen, haben weniger Angst und sind weniger gestresst. Das Grundgefühl „Es ist alles ist Ordnung – Alles wird gut" reduziert den Leidensdruck durch ein inneres Loslassen. Es ist darum nicht notwendig, ständig alles unter Kontrolle zu halten, aus der Angst heraus, es könnten wichtige Chancen und Möglichkeiten im Leben versäumt werden. Damit wird ein Gegenpol zur rational-kognitiv bewusst gesteuerten Lösung der Probleme angeboten. Durch das Eingebundensein in eine höhere Ordnung kann der Patient darauf vertrauen, dass die Lösung seiner

---

101 * = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant; ** = Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Probleme nicht nur durch sein eigenes Zutun herbeigeführt werden kann, sondern auch durch andere bzw. durch nicht bewusste Vorgänge, die sich seiner Kontrolle entziehen. Er erfasst nun intuitiv, dass er Mensch unter Menschen ist im Hier und Jetzt. In diesem System wirkt nicht nur er auf andere, sondern eben auch andere (heilsam) auf ihn.

Die höchsten Korrelationen gibt es mit der ACP-a-Skala 'Positive Behandlungserwartungen' (PBE). Wer der Meinung ist, dass … der Psychotherapeut grenzenloses Verständnis für seine Probleme zeigt (ACP-a: Item 39) und davon ausgeht, … nicht nur repariert, sondern auch geheilt zu werden (41), der schätzt seinen Gesundheitszustand nach 25 Therapiesitzungen als heilbar ein (FIG-50: Item23); will nicht weiter so wie vorher mit sich umgehen (37) und glaubt eher nicht daran, dass er ohne die Hilfe anderer verloren wäre (44; ZFI9_F04: 'Krankheitsbezogene Besserung'; r = .298*); die Patienten leiden weniger unter … Somatisierung (SCL-90: 'Somatisierung'; r = .280*), … 'Depression' (r = .335**), … 'Ängstlichkeit' (r = .418**), … 'Aggressivität' (r = .306**), … 'Phobische Angst' (r = .457**) und haben folgerichtig weniger 'Symptombelastung' (r = .392**). Die höchsten Korrelationen wies der SCL-90 bei den angstbezogenen Skalen aus. Auch der VDS-90 bestätigt dies mit hochsignifikanten Korrelationen für die Skalen 'Angst' (r = .330**) und 'Hypochondrie' (r = .450**). Wer weniger Angst hat, der leidet auch weniger (FPTM: 'Leidensdruck'; r = .335*).

Dieser Zusammenhang kann als empirische Bestätigung des von Frank (1961, s.a. Kapitel 1.3.3, S. 35) postulierten Generalfaktors gelten – die *Induktion einer Besserungserwartung*. Ein Therapeut, der Verständnis für die Situation seines Patienten hat, vermittelt ihm Wertschätzung und Anerkennung. Gelingt es dem Therapeuten auf Basis einer so geschaffenen positiven Therapiebeziehung seinem Patienten das Gefühl zu geben „Alles wird gut", so wird dieser zuversichtlich sein und im weiteren Verlauf der Therapie Verbesserungen bezüglich seiner Problematik erwarten. Nach Frank ist es diese *Besserungserwartung*, die den eigentlichen Heilungsprozess auslöst. Handelt es sich anfänglich bei der induzierten *Besserungserwartung* noch um eine Art ‚Placeboeffekt', so macht der Patient im Laufe der Therapie nun echte Fortschritte und reale positive Selbstwerterfahrungen.

Geht man nur von der Gesamtskala ACP-a aus, so steht das ‚Image der Psychotherapie' mit den Pre-Post-Differenzen der Skalen 'Krankheitsbezogene Besserung' (FIG-50: ZFI9_F04, r = .298), 'Somatisierung' (SCL-90: ZSC9_F01; r = .290*), 'Symptombelastung' (SCL-90: ZSC9_F10;r = .288*), 'Gedächtnis/ Konzentration' (VDS-90: ZVD9_OR; .303*), 'Angst' (VDS-90: ZVD9_AN; r = .362**), 'Derealisation' (VDS-90: ZVD9_DR; r = .327), 'Leidensdruck' (FPTM: ZFP9_F1; r = .316*), 'Eigeninitiative' (ZFP9_F5; r = -.355*) und 'Psychotherapiemotivation' (FPTM: ZFP9_FG; r = -.327) im Zusammenhang.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die obigen Ausführungen Hinweise dafür liefern, dass ein positives ‚Psychotherapieimage' die Qualität und das Ergebnis der Psychotherapie

verbessern. Wird der Patient in der Psychotherapie nicht nur als Patient (Erduldender) sondern als Mensch mit dem Recht auf Selbstbestimmung (Empowerment) und persönliche Weiterentwicklung gesehen, der über die Bedürfnisse der Funktionswiederherstellung hinaus eben auch geheilt werden will, dann sind bewusstseinspsychologische Qualitäten wie z.B. Achtsamkeit, Gefühl der Verbundenheit (mit etwas größerem Ganzen) und innere Ruhe in der Therapie unverzichtbar. Psychotherapie wäre dann über die Störungsbeseitigung hinaus ein probates Mittel, den Menschen zu heilen und auch in seiner historischen Entwicklung weiterzubringen.

Tab. 34: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 1

Korrelationen

		ZFI9_F04	ZFI9_F07	ZII9_F04	ZII9_F08	ZIN9_A09	ZIN9_A14	ZIV9_F05	ZRS9_F03
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,214	-,096	,273*	-,006	,070	-,008	,199	,232*
	Signifikanz (2-seitig)	,090	,449	,018	,961	,544	,945	,087	,042
	N	64	64	75	75	77	77	75	77
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,232	-,346**	,339**	-,010	,159	,026	,292*	,310**
	Signifikanz (2-seitig)	,065	,005	,003	,931	,168	,820	,011	,006
	N	64	64	75	75	77	77	75	77
AC1_F3	Korrelation nach Pearson	,205	-,158	,196	,300**	,300**	-,087	,303**	,133
	Signifikanz (2-seitig)	,104	,214	,093	,009	,008	,452	,008	,248
	N	64	64	75	75	77	77	75	77
AC1_F4	Korrelation nach Pearson	,039	-,298*	,080	,115	-,042	-,305**	,125	,083
	Signifikanz (2-seitig)	,759	,017	,498	,324	,716	,007	,285	,474
	N	64	64	75	75	77	77	75	77
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,298*	-,074	,181	,143	,177	-,074	,199	,083
	Signifikanz (2-seitig)	,017	,562	,119	,222	,123	,520	,088	,471
	N	64	64	75	75	77	77	75	77

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

AC1_.. = ACP-a zu t1: F1 = ‘Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)’, F2 = ‘Transpersonales Empowerment (TPE)’, F3 = ‘Inferiore kommunikative Position (IKP)’, F4 = ‘Negative Selbstwirksamkeitserartung (NSWE)’, F5 = ‘Positive Behandlungserwartungen (PBE)’, F6 = ‘Positive Outcome-Erwartungen (POE)’;

ZFI9.. = Pre-Post-Differenz FIG-50 (z-normiert): F04 = ‘Krankheitsbezogene Besserung’; F07 = ‘Proaktivität’;

ZII9.. = Pre-Post-Differenz IIP (z-normiert): F04 = ‘zu introvertiert’, F08 = ‘zu expressiv’;

ZIN9.. = Pre-Post-Differenz INK (z-normiert): F09 = ‘Kontrolle haben’, F14 = ‘Selbstbelohnung’;

ZIV9.. = Pre-Post-Differenz IVS-39 (z-normiert): F05 = ‘Sozialkontakt’;

ZRS9.. = Pre-Post-Differenz RSQ (z-normiert): F03 = ‘Fehlendes Vertrauen’.

Tab. 35: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 2

Korrelationen

		ZSC9_F01	ZSC9_F04	ZSC9_F05	ZSC9_F06	ZSC9_F07	ZSC9_F08	ZSC9_F09	ZSC9_F10
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,172	,205	,139	,243*	,052	,330**	,216	,249*
	Signifikanz (2-seitig)	,132	,072	,226	,032	,652	,003	,058	,028
	N	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_F3	Korrelation nach Pearson	,075	,256*	,197	,211	,242*	,226*	,294**	,258*
	Signifikanz (2-seitig)	,515	,024	,084	,064	,033	,047	,009	,023
	N	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,280*	,335**	,418**	,306**	,457**	,198	,270*	,392**
	Signifikanz (2-seitig)	,013	,003	,000	,006	,000	,082	,017	,000
	N	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,290**	,191	,224*	,261*	,198	,218	,173	,288*
	Signifikanz (2-seitig)	,010	,094	,048	,021	,083	,056	,129	,011
	N	78	78	78	78	78	78	78	78

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

AC1_.. = ACP-a zu t1: F1 = ‘Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)’, F2 = ‘Transpersonales Empowerment (TPE)’, F3 = ‘Inferiore kommunikative Position (IKP)’, F4 = ‘Negative Selbstwirksamkeitserartung (NSWE)’, F5 = ‘Positive Behandlungserwartungen (PBE)’, F6 = ‘Positive Outcome-Erwartungen (POE)’;
ZSC9.. = Pre-Post-Differenz SCL-90 (z-normiert): F01 = ‘Somatisierung’; F04 = ‘Depression’, F05 = ‘Ängstlichkeit’, F06 = ‘Aggressivität’, F07 = ‘Phobische Angst’, F08 = ‘Paranoides Denken’, F09 = ‘Psychotizismus’, F10 = ‘Symptombelastung’.

Tab. 36: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 3

Korrelationen

		ZVD9_OR	ZVD9_AN	ZVD9_DP	ZVD9_DR	ZVD9_PN	ZVD9_HY	ZVD9_SB
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,178	,312*	,327**	,296*	,239	,101	,138
	Signifikanz (2-seitig)	,150	,010	,007	,015	,051	,414	,265
	N	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,260*	,412**	,324**	,295*	,147	,243*	,225
	Signifikanz (2-seitig)	,034	,001	,007	,015	,237	,048	,067
	N	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F3	Korrelation nach Pearson	,078	,192	,207	,107	,334**	,256*	,317**
	Signifikanz (2-seitig)	,531	,119	,093	,389	,006	,037	,009
	N	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,249*	,330**	,141	,174	,168	,450**	,230
	Signifikanz (2-seitig)	,042	,006	,256	,160	,175	,000	,061
	N	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	,180	,227	,137	,290*	,130	,075	,043
	Signifikanz (2-seitig)	,146	,064	,270	,017	,293	,546	,729
	N	67	67	67	67	67	67	67
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,303*	,362**	,233	,327**	,094	,228	,123
	Signifikanz (2-seitig)	,013	,003	,057	,007	,451	,064	,321
	N	67	67	67	67	67	67	67

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

AC1_.. = ACP_a zu t1; ZVD9.. = Pre-Post-Differenz VDS-90 (z-normiert)
F1 = ‘Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)’, F2 = ‘Transpersonales Empowerment (TPE)’, F3 = ‘Inferiore

kommunikative Position (IKP)', F4 = 'Negative Selbstwirksamkeitserartung (NSWE)', F5 = 'Positive Behandlungserwartungen (PBE)', F6 = 'Positive Outcome-Erwartungen (POE)', OR = 'Gedächtnis/Konzentration', AN = 'Angst', Depersonalisation', DR = 'Derealisation', PN = 'Pavor Nocturnus', HY = 'Hypochondrie', SB = 'Symptombelastung'.

Die Skalen der beiden Fragebögen zur Psychotherapiemotivation (FMP, FPTM)[102] wurden in erster Linie zur Prüfung der Konstruktvalidität vorgelegt und nicht zur Überprüfung von Therapieeffekten. Dennoch wurden sie in dieser Studie auch in die Postmessung (t_2) mit einbezogen, so dass Pre-Post-Differenzen berechnet werden können. Konnten die vorher beschriebenen psychometrischen Skalen einfach interpretiert werden – ein positiver z-Wert = Verbesserung und ein negativer z-Wert = Verschlechterung, so ist dies im Falle der Skalen zur Psychotherapiemotivation nicht so ohne weiteres möglich. Dies liegt einerseits daran, dass diese Skalen nicht für die Pre-Post-Messung konstruiert wurden, andererseits gibt es für diese Skalen unterschiedliche Interpretationsrichtungen. Zum Beispiel ist im Konstrukt der Psychotherapiemotivation ein hoher Leidensdruck eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie, denn ohne Leidensdruck ist der Patient aus dieser Sicht zu wenig für seine Psychotherapie motiviert. Aus der Perspektive der Erfolgsmessung ist es genau umgekehrt – der Leidensdruck soll sinken – somit ist ein geringer Leidensdruck das Erfolgskriterium[103]. Unter Berücksichtigung dieser Eigenheiten lässt sich folgendes feststellen (S. 189 unten): Der Patient wird nach 25 Kontakten weniger 'Leidensdruck' und 'Eigeninitiative' angeben, wenn er auch am Anfang seiner Behandlungen mehr 'Transpersonales Empowerment' (TPE; r = .350*), größere Erwartungen an eine positive Behandlung (PBE; r = -.335*) bzw. insgesamt höhere Punktzahlen für das 'Image der Psychotherapie' (AC1-FG; r = .316*) angegeben hat. Gaben die Patienten zu Beginn ihrer Behandlungen weniger 'negative Selbstwirksamkeitserwartungen'[104] und mehr 'positive Behandlungserwartungen' an[105], dann wurde nach 25

---

102 Siehe Anhang, Abschnitt 10.21.4, FMP, S. 346; Abschnitt 10.21.5, FPTM; S. 346.

103 ZFP9_F1 = z-Werte von FP1_F1 (Leidensdruck zu t_1) – FP2_F1 (Leidensdruck zu t_2). Im Sinne eines Therapieerfolges sollte der Leidensdruck zurückgehen – FP2_F1 muss somit eine geringere Ausprägung haben, als FP1_F1. Dies führt zu einer positiven Pre-Post-Differenz und damit auch zu einem positiven z-Wert. Alle Pre-Post-Differenzen wurden analog so berechnet, dass ein positiver z-Wert eine Verbesserung, ein negativer eine Verschlechterung ausweist. Die positiven Korrelationen zwischen den ACP-a-Skalen und der FPTM-Skala ‚Psychischer Leidensdruck' weisen auf einen positiven Zusammenhang hin. Höhere Punktzahlen z. B. für die Gesamtskala ACP-a (‚positives Psychotherapieimage') führen zu höheren z-Werten –> größere Pre-Post-Differenz –> mehr Therapieerfolg.

104 NSWE: AC1_F4; r = .307*; … Psychotherapie ist kein Zeichen für die Unfähigkeit, mit ihrem Leben fertig zu werden ist (15), … auch ein starker Charakter keine Hilfe bei der Bewältigung die-

Therapiesitzungen weniger auf ‘symptombezogene Zuwendungen’ Wert gelegt, d. h. sie gaben an, dass … es nicht mehr so häufig vorkommt, dass sich jemand um sie kümmert, wenn sie Beschwerden haben (FPTM: Item 7); … die Leute verständnisvoller sind als sonst (14) oder … die Umwelt mehr Rücksicht nimmt auf sie (17).

Vergleicht man nur die Summenskala des ACP-a mit der Gesamtskala der Pre-Post-Differenz des FPTM (ZFP9_FG), dann fällt die negative Korrelation zwischen beiden auf (r = -.327). Wer am Anfang eine sehr gute Meinung über Psychotherapie hat, wird nach 25 Kontakten weniger ‚Psychotherapiemotivation’ haben. Auf den ersten Blick erscheint dies wie eine Verschlechterung des Therapieergebnisses, aber es lässt sich auch in Richtung eines Therapieerfolges deuten. Die ‚Imagepositiven’ haben aus ihrer Sichtweise zum Zeitpunkt der Postmessung ihr Ziel weitestgehend erreicht und sind deshalb unter Umständen nicht mehr so stark motiviert, die Therapie weiterzuführen. Sie machen gute Erfahrungen während der Behandlungen (s. Abschnitt 4.8.2.7, S. 179) und haben viele Therapieeffekte nach 20. Sitzungen (s. unten Abschnitt 4.8.6, S. 204). Dies könnte die sinkende Therapiemotivation zum Zeitpunkt der Postmessung bei ‚Imagepositiven’ erklären. So betrachtet ist der Rückgang von Psychotherapiemotivation als positiv zu bewerten. Dagegen erhöht sich die Psychotherapiemotivation bei den ‚Imagenegativen’ Patienten. Da sie während der Behandlungen weniger gute Erfahrungen machen und weniger positive Ergebnisse im Sinne der Erfolgskriterien haben, ist die Therapie für sie bei weitem noch nicht beendet. War ihre Motivation für die Therapie vermutlich am Anfang eher gering, so sind sie nach 20 Therapiesitzungen unter Umständen deutlich motivierter als vorher und hoffen ebenfalls auf eine positive Weiterentwicklung bzw. Lösung ihrer Probleme.

---

ser Probleme ist (13), … Psychotherapie hat nichts mit einem Mangel an Erwachsensein zu tun (33) und … ist auch kein Zeichen dafür, dass man zu sensibel ist (31).

105 PBE: AC1_F6; r = .330*; … Psychotherapie dabei helfen kann, einen Anfang bei der Lösung unbefriedigender Umstände zu machen (1); sie ist wirkungsvoller als ein Gespräch mit Freunden (9) und solange dauert, bis man auf dem Weg der Gesundung ist (12)

Tab. 37: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 4

Korrelationen

		ZFM9_F2	ZFP9_F1	ZFP9_F2	ZFP9_F5	ZFP9_FG
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	-,301*	,350*	,152	-,295*	-,209
	Signifikanz (2-seitig)	,022	,018	,318	,049	,169
	N	58	45	45	45	45
AC1_F4	Korrelation nach Pearson	-,146	,271	,307*	-,081	,099
	Signifikanz (2-seitig)	,273	,072	,040	,596	,517
	N	58	45	45	45	45
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	-,124	,335*	,201	-,320*	-,269
	Signifikanz (2-seitig)	,355	,025	,186	,032	,074
	N	58	45	45	45	45
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	-,040	,267	,330*	-,275	-,196
	Signifikanz (2-seitig)	,765	,076	,027	,067	,198
	N	58	45	45	45	45
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	-,080	,316*	,103	-,355*	-,327*
	Signifikanz (2-seitig)	,552	,034	,500	,017	,029
	N	58	45	45	45	45

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

AC1_.. = ACP-a zu t1: F1 = ‘Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)’, F2 = ‘Transpersonales Empowerment (TPE)’, F3 = ‘Inferiore kommunikative Position (IKP)’, F4 = ‘Negative Selbstwirksamkeitserartung (NSWE)’, F5 = ‘Positive Behandlungserwartungen (PBE)’, F6 = ‘Positive Outcome-Erwartungen (POE)’;

ZFM9.. = Pre-Post-Differenz FMP (z-normiert): F1 = ‘Laienätiologie’;

ZFP9.. = Pre-Post-Differenz FPTM (z-normiert): F1 = ‘Psychischer Leidensdruck’, F2 = ‘Symptombezogene Zuwendung’, F4 = ‘Eigeninitiative’, FG = ‘Gesamtwert FPTM’.

4.8.3.2 Korrelation der Antwortzeiten für die ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen

Bei der Interpretation der Korrelationen zwischen den Pre-Post-Differenzen mit den Antwortzeiten der Skalen zum ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a) ist zu beachten, dass die z-normierten Pre-Post-Differenzen so berechnet wurden, dass ein positiver z-Wert eine Verbesserung und ein negativer z-Wert eine Verschlechterung im Sinne des Therapieerfolges darstellt. Deshalb bedeutet z. B. eine signifikante negative Korrelation zwischen der Bearbeitungszeit für die ACP-a-Gesamtwertskala zu t_1 (AC1_FGz) und der Pre-Post-Differenz zIN1_A08 (INK: 'Leistung', r = -.266*), dass in diesem Fall für das angestrebte Therapieziel 'Leistungsverbesserung' weniger Fortschritte zu erwarten sind, als bei einer kürzeren Bearbeitungszeit für den Fragebogen ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a). In den nachfolgenden Tabellen (Tab. 38, S. 191; Tab. 39, S. 192; Tab. 40, S. 192) finden sich 19 Pre-Post-Differenzen der vorgelegten psychometrischen Tests zur Erfolgsmessung mit signifikanten Korrelationen zwischen den Antwortzeiten und den ACP-a-Skalen (t_1). Es gibt somit zahlreiche Zusammenhänge zwischen den Reaktionszeiten für die Items zum ‚Image der Psychotherapie' (ACP-a) und dem Therapieerfolg, die nachfolgend beschrieben werden sollen:

Tab. 38: Korrelationen der Antwortzeiten der ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 1

Korrelationen

		ZFI9_F03	ZFI9_F05	ZFI9_F07	ZFI9_GES	ZSA9_F04	ZSA9_F07	ZFM9_F3	ZFP9_F5
AC1_F3Z	Korrelation nach Pearson	-,227	-,151	-,070	-,232	,020	-,062	-,199	-,365*
	Signifikanz (2-seitig)	,071	,234	,584	,065	,862	,594	,135	,014
	N	64	64	64	64	76	76	58	45
AC1_F4Z	Korrelation nach Pearson	-,211	-,167	-,287*	-,276*	,028	-,091	-,230	-,021
	Signifikanz (2-seitig)	,095	,187	,021	,027	,808	,436	,083	,890
	N	64	64	64	64	76	76	58	45
AC1_F5Z	Korrelation nach Pearson	-,327**	-,301*	-,058	-,275*	-,057	-,145	-,293*	-,183
	Signifikanz (2-seitig)	,008	,016	,647	,028	,625	,210	,026	,228
	N	64	64	64	64	76	76	58	45
AC1_F6Z	Korrelation nach Pearson	,101	-,068	,072	,093	,277*	,241*	-,137	,019
	Signifikanz (2-seitig)	,425	,593	,572	,467	,016	,036	,306	,904
	N	64	64	64	64	76	76	58	45
AC1_FGZ	Korrelation nach Pearson	-,186	-,170	-,093	-,203	,111	-,064	-,264*	-,148
	Signifikanz (2-seitig)	,140	,179	,466	,107	,339	,585	,045	,331
	N	64	64	64	64	76	76	58	45

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

AC1_.. = ACP-a zu t1: Endung z steht für Antwortzeit; F1z = '(Zeit) Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)', F2 = '(Zeit) Transpersonales Empowerment (TPE)', F3 = '(Zeit) Inferiore kommunikative Position (IKP)', F4 = '(Zeit) Negative Selbstwirksamkeitserartung (NSWE)', F5 = '(Zeit) Positive Behandlungserwartungen (PBE)', F6 = '(Zeit) Positive Outcome-Erwartungen (POE)';
ZFI9.. = Pre-Post-Differenz FIG-50 (z-normiert): F03 = 'Soziale Resonanz'; F05 = 'Gesundheitsbezogene Besserung'; F07 = 'Proaktivität'; Ges = 'FIG-50 Gesamtskala';
ZSA9.. = Pre-Post-Differenz SASB (z-normiert): F04 = 'Selbstunterstützung', F07 = 'Selbstvernichtung';
ZFM9.. = Pre-Post-Differenz FMP (z-normiert): F03 = 'Erfahrungen/ Erwartungen bezüglich Psychotherapie';
ZFP9.. = Pre-Post-Differenz FMPT (z-normiert): F05 = 'Eigeninitiative'.

Tab. 39: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 2

Korrelationen

		ZII9_F06	ZIN9_A03	ZIN9_A08	ZIN9_A11	ZRS9_F02
AC1_F1Z	Korrelation nach Pearson	-,158	-,252*	-,225*	-,227*	-,001
	Signifikanz (2-seitig)	,176	,027	,049	,047	,990
	N	75	77	77	77	77
AC1_F2Z	Korrelation nach Pearson	-,263*	-,129	-,193	-,163	,106
	Signifikanz (2-seitig)	,022	,262	,092	,156	,359
	N	75	77	77	77	77
AC1_F5Z	Korrelation nach Pearson	,006	-,072	-,334**	-,136	-,098
	Signifikanz (2-seitig)	,956	,533	,003	,240	,395
	N	75	77	77	77	77
AC1_F6Z	Korrelation nach Pearson	-,124	-,220	-,176	,049	,359**
	Signifikanz (2-seitig)	,291	,054	,125	,671	,001
	N	75	77	77	77	77
AC1_FGZ	Korrelation nach Pearson	-,197	-,185	-,266*	-,164	,086
	Signifikanz (2-seitig)	,090	,108	,019	,154	,458
	N	75	77	77	77	77

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

AC1_.. = ACP-a zu t1; Endung z steht für Antwortzeit; F1z = '(Zeit) Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)', F2z = '(Zeit) Transpersonales Empowerment (TPE)', F3z = '(Zeit) Inferiore kommunikative Position (IKP)', F4z = '(Zeit) Negative Selbstwirksamkeitserartung (NSWE)', F5z = '(Zeit) Positive Behandlungserwartungen (PBE)', F6z = '(Zeit) Positive Outcome-Erwartungen (POE)';

zII9_ = Pre-Post-Differenz IIP (z-normiert): F06 = 'zu ausnutzbar'

zIN9_ = Pre-Post-Differenz INK (z-normiert):; F03 = 'Anderen helfen', F08 = 'Leistung', F11 = 'Glauben/ Sinn',

zRS9_ = Pre-Post-Differenz RSQ (z-normiert): F02 = 'Angst vor Nähe'.

Tab. 40: Korrelationen des ACP-a-Skalen mit ausgesuchten Pre-Post-Differenzen Teil 3

Korrelationen

		ZSC9_F08	ZVD9_DR	ZVD9_TI	ZVD9_AG	ZVD9_ES	ZVD9_DI
AC1_F2Z	Korrelation nach Pearson	-,228*	-,148	,085	-,042	-,031	,028
	Signifikanz (2-seitig)	,045	,231	,496	,733	,800	,823
	N	78	67	67	67	67	67
AC1_F4Z	Korrelation nach Pearson	-,177	-,105	,318**	-,182	,179	,072
	Signifikanz (2-seitig)	,120	,399	,009	,141	,147	,563
	N	78	67	67	67	67	67
AC1_F5Z	Korrelation nach Pearson	-,136	-,263*	,134	-,299*	,370**	,271*
	Signifikanz (2-seitig)	,234	,031	,281	,014	,002	,027
	N	78	67	67	67	67	67
AC1_FGZ	Korrelation nach Pearson	-,227*	-,165	,174	-,129	,120	,063
	Signifikanz (2-seitig)	,045	,182	,159	,298	,334	,612
	N	78	67	67	67	67	67

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

AC1_.. = ACP_a zu t1; Endung z steht für Antwortzeit;

F1z = '(Zeit) Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft (PEVB)', F2z = '(Zeit) Transpersonales Empowerment (TPE)', F3z = '(Zeit) Inferiore kommunikative Position (IKP)', F4z = '(Zeit) Negative Selbstwirksamkeitserartung (NSWE)', F5z = '(Zeit) Positive

Behandlungserwartungen (PBE)', F6z = '(Zeit) Positive Outcome-Erwartungen (POE)',
zSC1_ = Pre-Post-Differenz SCL-90 (z-normiert): F08 = 'Paranoides Denken',
ZVD9.. = Pre-Post-Differenz VDS-90 (z-normiert): DR = 'Derealisation', TI = 'Tics', AG = 'Aggression', ES = 'Essstörung', DI = 'Dissoziation'.

Wer am Anfang der Therapie die Items der Skala 'Personales Empowerment/ Veränderungsbereitschaft' (PEVB) schneller beantworten konnte und es ihm damit leichter fiel zu sagen, „… ich bin mutig genug, mich meinen Problemen zu stellen (ACP-a: Item 27)", „… durch die Therapie übernehme ich Verantwortung für mich selbst (17)", „… mit der Therapie kann ich mein Leben verändern und in die eigenen Hände nehmen (40)", der wird nach 25 Therapiesitzungen sein Bedürfnis, anderen zu helfen und sie zu unterstützen eher befriedigen können (ZIN9_A03), als Patienten mit längeren Bearbeitungszeiten. Dies gelingt auch für 'Leistungsverbesserungen' (ZIN9_A08) und dem Wunsch nach mehr Glauben und mehr Sinn im Leben (ZIN9_A11).

Die Antwortzeiten der ACP-a-Skala 'Transpersonales Empowerment' hängen mit der Skala 'Interpersonelle Probleme' (IIP) und 'Paranoides Denken' (SCL-90) zusammen. Wer wenig Probleme mit der Beantwortung der Items zum 'Transpersonalem Empowerment' hat und diese zügig bewerten kann, der wird zum Zeitpunkt der Postmessung angeben, dass er sich weniger ausgenutzt fühlt (ZII9_F06) als vorher (t_1). Auch die Neigung, anderen Menschen die Schuld an den eigenen Schwierigkeiten zu geben, geht zurück (zSC9_F08).

Die Antwortzeit für die Skala 'Inferiore kommunikative Position' (IKP) hängt zusammen mit Forschritten bezüglich der Mitarbeit bzw. Motivation in der Therapie. Wer die Items der IKP schneller beantworten kann, der wird bis zur 25. Therapiesitzung mehr 'Eigeninitiative' haben. Im Unterschied zu vorher (t_1) ist der Patient nun der Meinung, dass er sich um seine Behandlung bemühen muss bzw. dass seine Entscheidung für die Therapie für den Verlauf bzw. das Ergebnis eine Rolle spielt. (zFP9_F5).

Lange Antwortzeiten bezüglich der Skala 'Negative Selbstwirksamkeitserwartung' (NSWE) verringern die 'Proaktivität' und führen zu einer geringen Punktzahl auf der Gesamtskala FIG-50 – 'Fragebogen der integrativen Gesundheitsskalen' (zFI9_Ges). Längere Bearbeitungszeiten für die Items der Skala NSWE hängen zusammen mit Verbesserungen spezieller körperlicher Störungen – ‚Tics' – „…unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können." (VDS, Item 46)

Die meisten Korrelationen mit Pre-Post-Differenzen, neun an der Zahl, gibt es im Zusammenhang mit 'Positiven Behandlungserwartungen' (AC1-F5Z). Wer einer positiven Behandlungserwartung schnell zustimmen kann, der wird nach 25 Therapiesitzungen Verbesserungen bezüglich

… seiner 'Sozialen Resonanz' (zFI9_F03), … der 'Gesundheitsbezogenen Besserung' (zFI9_F05), … seiner Erfahrungen mit Psychotherapie und an sie gestellte Erwartungen

(zFP9_F5), … seiner Probleme mit ‘Leistung’ (zIN9_A08), ‘Derealisation’ (zVD9_DR) und ‘Aggression’ (zVD9_AG) haben. Bei ‘Essstörungen’ (zVD9_ES) und ‘Dissoziativen Störungen’ (ZVD9_DI) ist es genau umgekehrt. Hier hängen Verbesserungen mit einer längeren Beantwortungszeit der Items zu den ‘Positiven Behandlungserwartungen’ zusammen. Wenn Patienten mit diesen Störungen länger darüber nachdenken, ob sie „… in ihrer Psychotherapie nur ihre Probleme abgeben wollen (38)“, oder „… sie nur deshalb in die Psychotherapie gehen, weil der Therapeut hier grenzenloses Verständnis für sie hat (39)“ oder „… sie davon ausgehen, dass sie in der Psychotherapie nicht nur ‚repariert’, sondern auch geheilt werden (41)“, dann sind sie vermutlich zu mehr Veränderung bereit, als diejenigen, die diese Item schnell *wegklicken*.

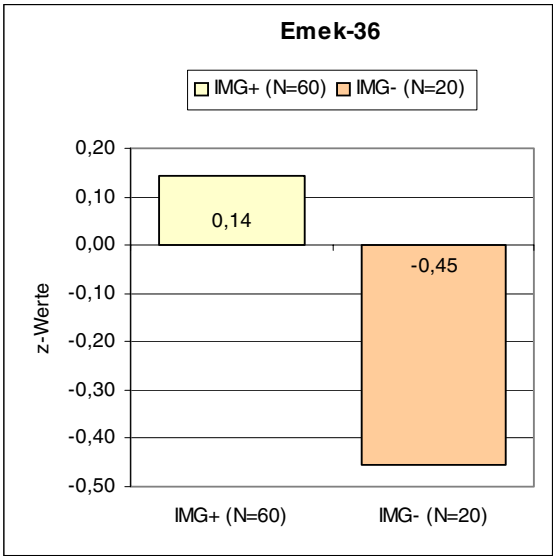
Patienten, die sich ein sehr gutes Ergebnis ihrer Therapie versprechen, also z. B. sagen: „Mit der Psychotherapie kann ich einen Anfang machen, um für mich unbefriedigende Umstände zu ändern (ACP-Item 1)“, die werden nach 25 Therapiesitzungen mehr Interesse an sich selbst zeigen (ZSA9_F04: ‘Selbstunterstützung’), sich weniger ablehnen (ZSA9_F07: ‘Selbstvernichtung’), mehr Nähe zulassen können, ohne Angst vor Verletzung (ZRS9_F02: ‘Angst vor Nähe’).

Ausgehend von der Gesamtbearbeitungszeit für den ACP-a (t_1) gibt es drei Korrelationen mit ’allgemeinen Behandlungserwartungen’ (ZFM9_F3), ‘Leistung’ (ZIN9_A08) und ‘Paranoidem Denken’ (ZSC9_F08). Die Patienten mit den kürzeren Bearbeitungszeiten für den ACP-a sind diejenigen, die nach 25 Therapiesitzungen von sich den Eindruck haben, … mehr ‘Leistung’ zu erbringen (INK Item 2), … sich mehr anstrengen und durchhalten zu können (22), dass sie tüchtige Menschen sind (41). Gaben sie zu Therapiebeginn noch anderen die Schuld für ihre Schwierigkeiten (SCL-90, Item 8), so sind sie jetzt anderer Meinung, denn sie können jetzt anderen Menschen wieder vertrauen (18). Waren sie noch nach dem Erstgespräch der Meinung, dass nur eine medizinische Behandlung ihnen helfen könnte (FMP-Item 23) und sie beim Arzt besser aufgehoben wären, als bei einer Psychologin/ einem Psychologen (31) – so geben sie jetzt an, dass die professionelle Unterstützung und Hilfe bei der Lösung ihrer persönlichen Probleme durch die Psychotherapie ihnen mehr helfen konnte, als dass nur die Einnahme von Medikamenten der Fall gewesen wäre (26).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bereits die Bearbeitungszeiten für den ACP-a nach dem Erstgespräch Hinweise darauf geben können, ob nach 25 Therapiesitzungen mehr oder weniger Forschritte in Sinne der vorgelegten psychometrischen Skalen zum ‘Therapieerfolg’ zu erwarten sind.

4.8.3.3 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und den Pre-Post-Differenzen des Erfolgskriteriums EMEK-36

Um den Therapieerfolg mit einem Zahlenwert zu beschreiben, wurde ein EMEK-36-Wert[106] als Erfolgskriterium berechnet und damit Varianzanalysen mit den Personengruppen IMG+ ('Imagepositive') und IMG- ('Imagenegative') gerechnet. Die beiden Personengruppen unterscheiden sich signifikant auf diesem Erfolgskriterium (F = 14,20, Sign. = .000, Eta = .154, Teststärke = .269; s. Anhang, Tab. 152, S. 326).



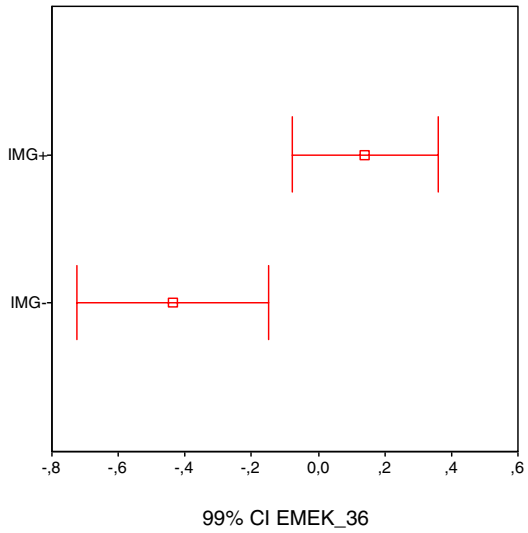


Abb. 99: Erfolgskriterium EMEK-36

Das nebenstehende Diagramm zeigt, dass die ‚Imagepositiven' (IMG+, linker gelber Balken) eine Verbesserung auf dem Erfolgskriterium (EMEK-36) aufweisen können (positiver z-Wert = .14), während sich die ‚Imagenegativen' (IMG-) verschlechtern (negativer z-Wert = -0.45). Patienten mit negativer Meinung zur Psychotherapie sind im Sinne der vorgelegten psychometrischen Skalen zur Erfolgsmessung weniger erfolgreich als Patienten, die zu Beginn ihrer Psychotherapie eine positive Einstellung haben. Das darunter abgedruckte Diagramm mit den Konfidenzintervallen (99%) verdeutlicht noch einmal den Unterschied zwischen Patienten mit positiveren (IMG+) und negativeren (IMG-) Meinungen über Psychotherapie. Die beiden Gruppen sind hinsichtlich des Erfolgskriteriums EMEK-36 unterschiedlich, wenn sich die beiden Fehlerbalken nicht überlappen.

106 EMEK = Einmaliges multiples Ergebniskriterium (s. a. Winkler, 2001, S. 121; Findeisen, 2001, S. 280).

mit Konfidenzintervallen	

4.8.3.4 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- auf den Einzelskalen des Erfolgskriteriums EMEK-36

Die ‚Imagepositiven' (IMG+) weisen bereits zum Zeitpunkt t_2 (≈ 25. Sitzung) mehr Veränderungen (in der gewünschten Richtung) auf, als die ‚Imagenegativen'. Sie (IMG+) berichten, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat (FIG - Krankheitsbezogene Besserung); sie erreichen weiterhin Verbesserungen auf den Skalen:

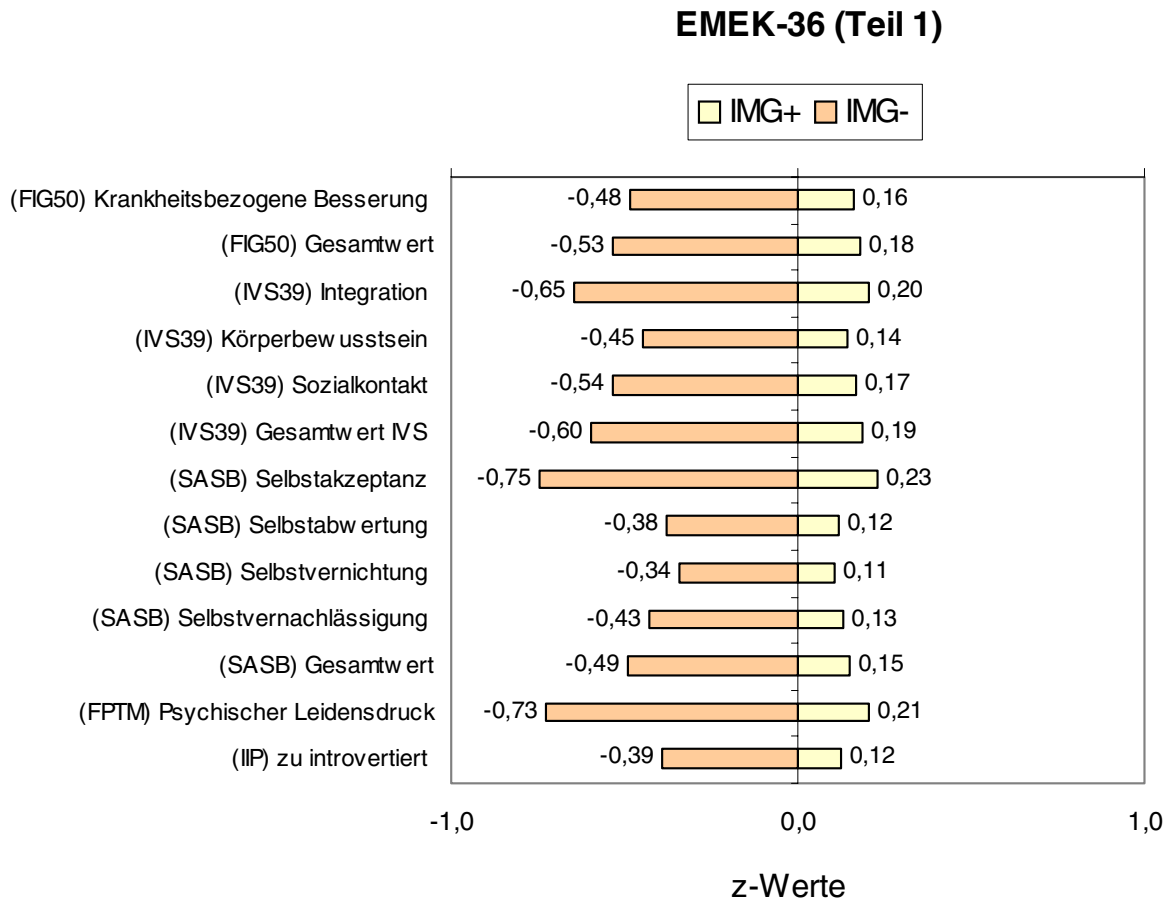


Abb. 100: EMEK-36 – Einzelskalen Teil 1

Integration:
IVS-39

Ihr Leben verläuft nicht mehr in so engen Bahnen und sie sehen mehr Auswege (3), können besser mit sich selbst umgehen (5), fühlen sich weniger beengt (12), in der Welt zu hause (13) und sehen viele Möglichkeiten ihr Leben zu gestalten (23).

Körperbewusstsein:
IVS-39

Sie mögen ihren Körper (4). Er ist ihnen nicht lästig (7) und sie sorgen für ihn (9).

Sozialkontakt:
IVS-39

Menschengruppen machen ihnen nun weniger Angst (8) und sie neigen jetzt weniger dazu, sich zu isolieren (17), nehmen eher

Kontakt mit Menschen auf (11), können sich leichter Gruppen anschließen und mit anderen etwas unternehmen (IIP; 'zu introvertiert' → Item 14).

Selbstakzeptanz: SASB — Sie kennen nun ihre Stärken und Schwächen besser und können sich deshalb mit gutem Gefühl so lassen, wie sie sind (5), denn sie fühlen sich mit sich selbst verbunden (31).

Selbstabwertung: SASB — Sie klagen sich für ihr Problem nicht selbst an, noch machen sie sich Vorwürfe oder schämen sich deshalb bzw. fühlen sich schuldig und schlecht (7) oder lassen alles an sich selbst aus (24).

Selbstvernichtung: SASB — Auch betrachten sie sich nicht als wertlos und überlassen sich dem Schicksal (11), zerstören sich selbst oder geben sich der Vernichtung preis (16).

Selbstvernachlässigung: SASB — Durch weniger Leichtsinnigkeit und mehr Vorsichtigkeit kommen sie in weniger selbstzerstörerische Situationen (33), denn sie beachten sich nun mehr und nehmen deutlicher als vorher wahr, wer und wie sie wirklich sind (12). Die Befürchtungen, von anderen für verrückt gehalten zu werden, weil sie eine Psychotherapie machen, sind nun geringer als vorher (6).

Psychischer Leidensdruck: FPTM — Der anfängliche Leidensdruck hat abgenommen, denn sie fühlen sich seelisch nicht mehr so belastet und angegriffen und haben weniger Zukunftsängste (11 u. 23).

zu abweisend: IIP — Waren zwischenmenschliche Probleme am Anfang ein Problem, so fällt es jetzt leichter, anderen Menschen seine Zuneigung zu zeigen (15), mit ihnen zurechtzukommen (16) und sich ihnen nahe zu fühlen (23).

zu unterwürfig: IIP — Wenn sich die Patienten von anderen belästigt fühlen, können sie das dem anderen jetzt sagen (6) und können sogar aggressiv werden, wenn es die Situation erfordert (13).

zu ausnutzbar: IIP — Sie können ihre Wut ausdrücken (10) und lassen sich nicht mehr so leicht überreden (42).

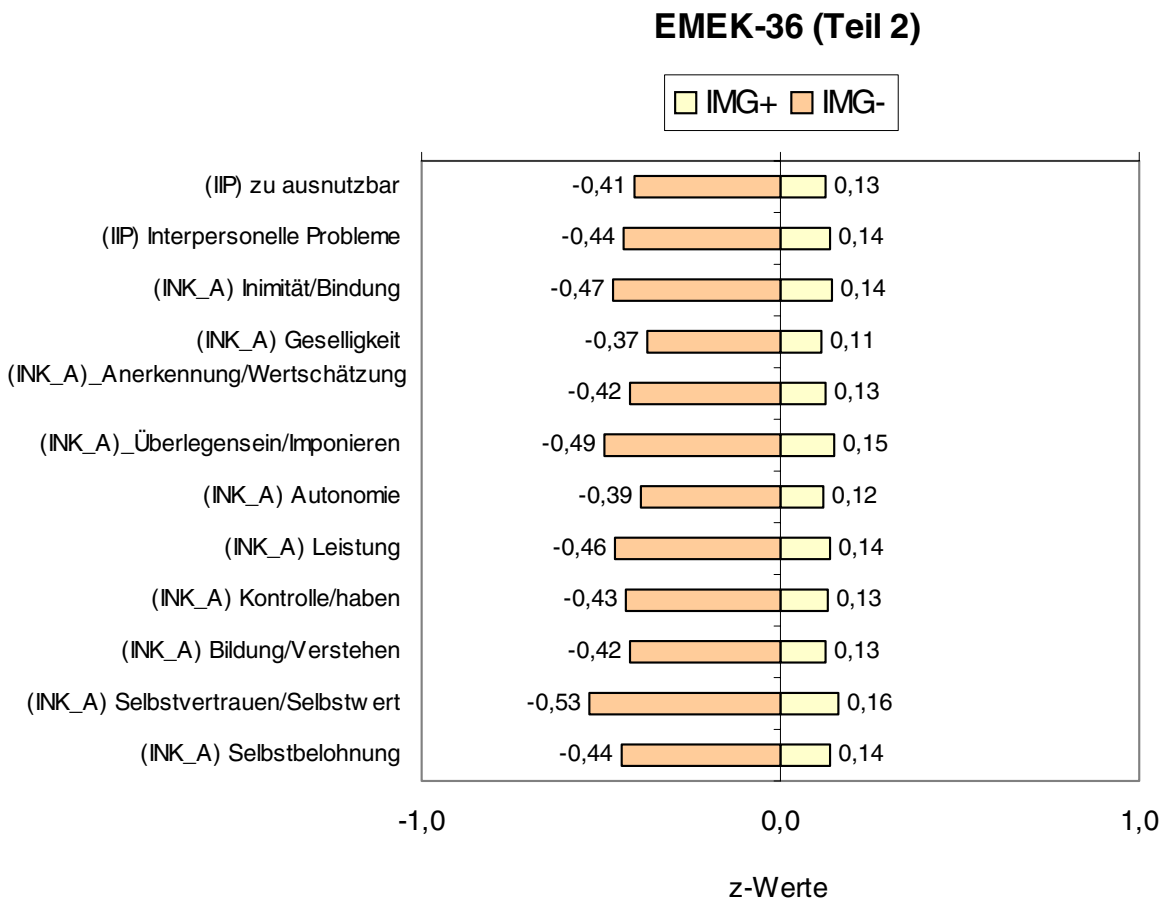


Abb. 101: EMEK-36 – Einzelskalen Teil 2

Im obigen Diagramm finden sich auf den Teilskalen des Inkongruenzfragebogens zu den Annäherungsmotivationen zehn positive Veränderungen (INK; Grawe, 2004).

Intimität/Bindung: INK	Dazu gehört, dass die ‚Imagepositiven' (IMG+) nun eher eine verlässliche Partnerschaft leben können, mit allem was dazugehört (Sexualität, Zärtlichkeit, etc.;).
Geselligkeit: INK	Sie pflegen wieder einen größeren Bekanntenkreis (13) und haben viele Kontakte (35).
Anerkennung/Werts.: INK	Sie fühlen sich jetzt mehr anerkannt, wertgeschätzt (11, 47), …
Überlegensein/Imp.: INK	können anderen auch mal imponieren (32) und werden von ihnen bewundert (8).
Autonomie: INK	Sie haben wieder mehr Freiraum (9), sind unabhängig (17), eigenständig (38) und bestimmen über sich selbst (44).
Leistung: INK	Sie nehmen sich wieder als wirksam (36) und leistungsfähig (2) wahr …

Kontrolle haben: INK — und haben die Situation wieder im Griff (16).

Bildung/ Verstehen: INK — Sie verfügen nun über ein größeres Wissen (5), verstehen die wichtigen Zusammenhänge im Leben nun besser (18) und bilden sich weiter (30).

Selbstvertrauen/-wert: INK — Sie glauben wieder mehr an sich selbst (24), …

Selbstbelohnung: INK — können auf sich vertrauen (3), sich wieder entspannen (14), tun etwas für sich (23) und gönnen sich selber etwas (37).

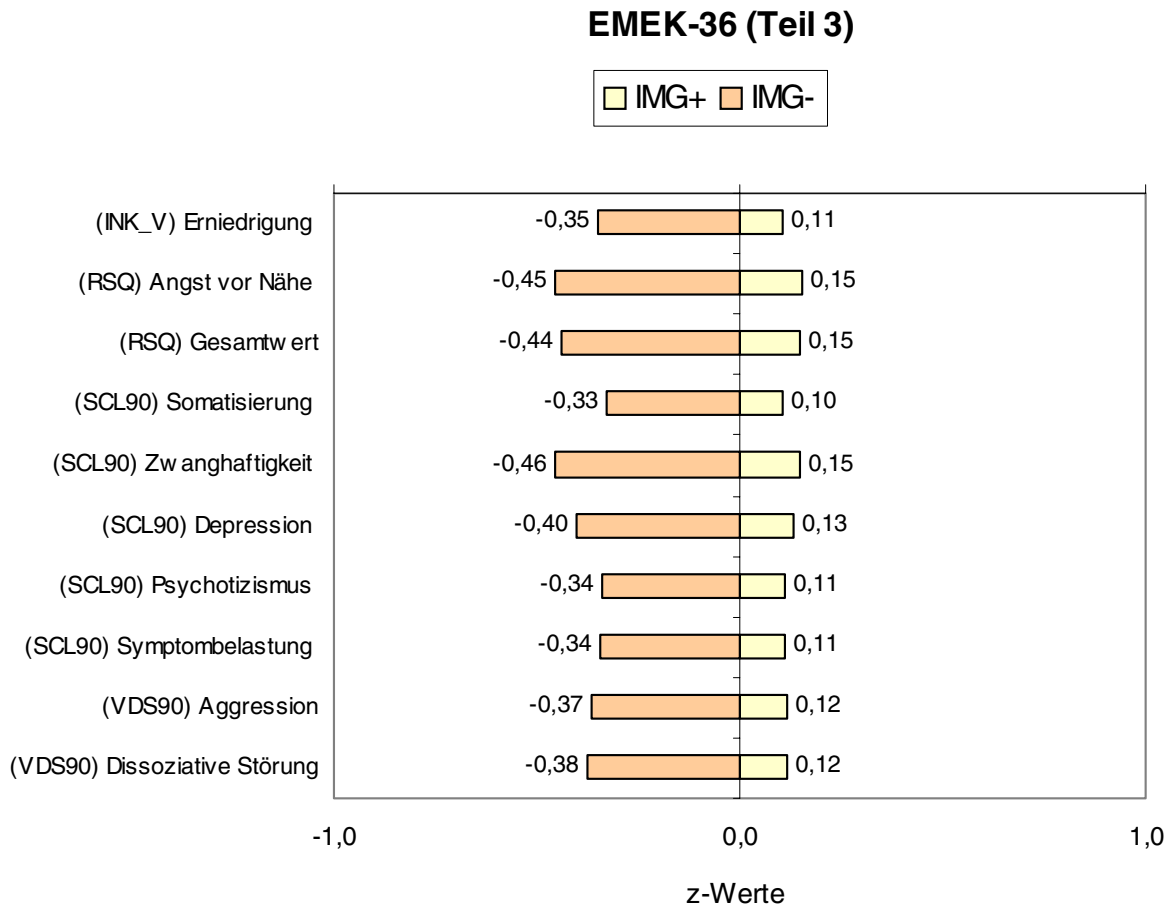


Abb. 102: EMEK-36 – Einzelskalen Teil 3

Erniedrigung: INK — Die ‚Imagepositiven' (IMG+) bringen sich nicht mehr so leicht wie vorher (t_1) in peinliche Situationen (65) und sind weniger der Meinung, für etwas bestraft (75), blamiert (80) oder ertappt (82) zu werden.

Angst vor Nähe: RSQ — Es fällt ihnen nun leichter, anderen nahe zu kommen (3).

Somatisierung: SCL-90 — Sie berichten über weniger körperliche Probleme.

Zwanghaftigkeit: SCL-90	Sie verspüren nicht mehr so stark die Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist (38) oder dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was gerade getan wird (45).
Depression: SCL-90	Sie leiden nun weniger unter Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken (38), Einsamkeitsgefühlen (29), Schwermut (30), Interesselosigkeit (32) oder Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft (54).
Psychotizismus: SCL-90	Sie geben auch weniger an, Stimmen zu hören, die sonst keiner hört (16) oder dass andere ihre Gedanken lesen (35) bzw. Macht darüber ausüben könnten (7) oder etwas mit ihrem Körper nicht in Ordnung sei (87).
Aggressionen: VDS-90	Sie haben weniger 'Aggressionen'…
Dissoziative Stör. VDS-90	und 'dissoziative Störungen', z.B. zielgerichtetem Weggehen, ohne dass sich später daran erinnert werden kann (86), Verminderung der Muskelkraft oder Lähmungen, für die es keine organische Ursache gibt (83) oder der Wechsel zwischen völlig unterschiedlichen Persönlichkeiten, evtl. mit anderer Stimme und anderer Art sich zu bewegen (87).

4.8.4 Zusammenhang zwischen Patientenmeinungen über Psychotherapie (ACP-a: IMG+/IMG-) und Therapie-Outcome (Direkte Veränderungsmessung)

4.8.4.1 Korrelationen der Psy-BaDo-Skala 'Leidensdruck' (LD), Therapieerreichungsskala (GAS) und VEV-K mit Pre-Post-Differenzen der vorgelegten psychometrischen Tests

Zur Postmessung hat der Autor gemeinsam mit den Patienten im Interviewstil den zweiten Teil der Patienten-Psy-BaDo ausgefüllt. In diesem Teil sind auch zwei Instrumente zur direkten Veränderungsmessung – 'Leidensdruck' (LD) und die 'Therapieerreichungsskala' (GAS) – enthalten.Der 'Veränderungsfragebogen' (VDV-K) mit wird gemeinsam mit den anderen Fragebögen vorgelegt. Zur Therapieerreichungsskala: zu Beginn der Behandlung hatten die Patienten mit ihren Therapeuten ihre Therapieziele erarbeitet. Diese wurden vom Therapeuten in die Therapeuten-Psy-BaDo eingetragen, anschließend vom Autoren in die Patienten-Psy-BaDo übernommen und ggf. so umformuliert, dass sie vom Patienten aus der ‚Ich-Perspektive' leicht verstanden werden können. Der Patient wurde nun während der Postmessung gebeten, seine zu Therapieanfang angegebenen Therapieziele in Bezug auf ihren Behandlungsfortschritt zu bewerten. Mögliche Antworten waren: 0 = «Therapieziel entfällt», 1 = «Therapieziel nicht erreicht», 2 = «Therapieziel teilweise erreicht», 3 = «Therapieziel er-

reicht», 4 = «Mehr erreicht als das Therapieziel». Alle drei Skalen zur direkten Veränderungsmessung – LD, GAS und VEV-K – korrelieren zusammen genommen mit dem überwiegenden Teil der Skalen zur indirekten Veränderungsmessung (68% → 68 von 100 Skalen weisen Korrelationen mit LD, GAS oder VEK-K auf) und auch mit den Mittelwerten der Stundenbogenskalen[107] (71% → 5 von 7 Skalen weisen Korrelationen mit LD, GAS oder VEK-K auf). Dies deutet auf eine nicht zu unterschätzende Aussagekraft der vom Patient direkt angegebenen und wahrgenommenen Veränderungen bezüglich seiner Therapieergebnisse hin (s. Anhang, Tab. 111, S. 294 bis Tab. 125, S. 299).

4.8.4.2 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und den direkten Veränderungsmassen (LD, GAS und VEV-K)

Mithilfe der direkten Veränderungsmaße lassen sich die bereits mit dem EMEK-36 aufgezeigten signifikanten Unterschiede zwischen den Personengruppen IMG+ ('Imagepositive') und IMG- ('Imagenegative') noch deutlicher herausarbeiten, da sich noch größere Effektstärken ergeben. Bei den Berechnungen zum EMEK-36 ergab sich eine Effektstärke von z = .14 (IMG+) und z =.45 (IMG-) was einer Spannweite von zs = .59 entspricht[108] (s.
, S. 195). Für das erste Therapieziel (GAS) ergibt sich eine Spannweite von zs = .75 und damit .16 Effektstärken mehr (s. Abb. 103, unten, S. 202).

---

107 Über 15 Therapiestunden gemittelte Stundenbogenskalenwerte: P1mf (BKS – 'Bewältigungs-/ Klärungs-/ Selbstwerterfahrung'), P2mf (NE – 'Negative Einflüsse'), P3mf (TB – 'Therapiebeziehung'), P4mf (PKE) – 'Positive Kontrollerfahrungen'), P5mf (PA – 'Problemaktualisierung'), Ppmf ('Gesamtswert aller positiven Skalen' = Mittelwert [P1mf, P3mf, P4mf, P5mf]), Pgmf ('Gesamtwert' = Mittelwert [P1mf, P2mf {umkodiert}, P3mf, P4mf, P5mf].

108 zs = z-Wert Spannweite.

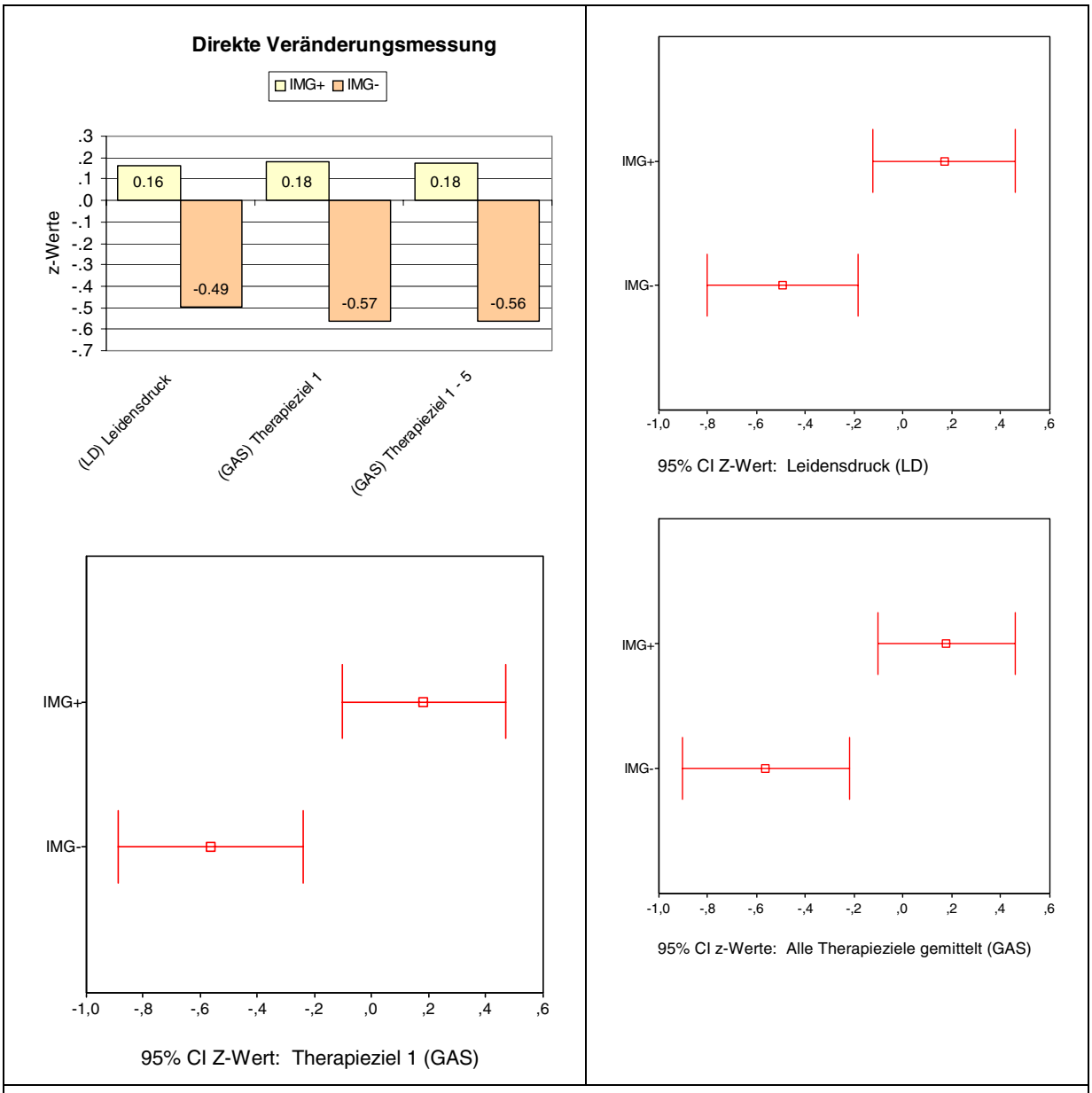


Abb. 103: Direkte Veränderungsmaße LD, GAS und VEV-K mit Konfidenzintervallen

Das Balkendiagramm oben in Abb. 103 mit den drei Skalen zur direkten Veränderungsmessung (LD, Therapieziel 1 [GAS] und alle Therapieziele [GAS]) zeigt, dass die ‚Imagepositiven' (IMG+, jeweils linker gelber Balken) sich bei der direkten Befragung als verbessert einstufen, während die ‚Imagenegativen' (IMG-) angeben, ihr Zustand habe sich verschlechtert (negative z-Werte). Die Patienten bestätigen somit durch ihre direkten Bewertungen der Zwischenergebnisse ihrer Therapie (zu t_2) den Outcome der indirekten Veränderungsmessung (Pre-Post-Differenzen; LD: N = 72; F = 6.31, Sign. = .014, Eta = .083, Teststärke = .107 s. Anhang, Tab. 153, S. 327; 'Therapieziel 1' (GAS): N = 70; F = 7.89, Sign. = .006, Eta = .104, Teststärke = .140 s. Anhang, Tab. 154, S. 328; 'Alle Therapieziele' (GAS): N = 72; F = 7.75, Sign. = .007, Eta = .101, Teststärke = .134 s. Anhang, Tab. 155, S. 329)). Die ebenfalls abgedruckten Diagramme mit den Konfidenzintervallen (95%)

zeigen, dass sich die ‚Imagepositiven' und ‚Imagenegativen' für die Skalen LD und GAS deutlich unterschieden (keine Überlappung der Fehlerbalken). Der 'Veränderungsfragebogen' (VEV-K) wurde wegen seiner unzureichenden Fallzahl (IMG+ = 25, IMG- = 6) bei diesen Vergleichen nicht berücksichtigt. Die geringe Fallzahl resultiert aus der ursprünglichen Absicht, den VEV-K erst zum Ende der Therapie (t_3) vorzulegen. Das der VEV-K auch zur Zwischenmessung (t_2) vorgelegt wurde, war eine kurzfristige Umorientierung, um mehr Daten zur direkten Veränderungsmessung zu gewinnen. Ausgehend von den Ergebnissen der Skalen LD und GAS werden für den VEV-K jedoch ähnliche Ergebnisse erwartet.

4.8.5 Einfluss der biometrischen Daten auf das Image der Psychotherapie

Die Prüfung aller erfassten biometrischen Daten (Herzratenvariabilität [HRV], relativer Blutdruck, Body Mass Index (BMI), Körperfett, Extrazellulare Masse und prozentualer Muskelanteil) ergaben keinen Unterschied für Patienten mit eher positiven oder eher negativen Meinungen zur Psychotherapie. Deshalb wurden auch keine der erfassten biometrischen Daten im deskriptiven Teil oder an anderer Stelle in dieser Studie aufgeführt. Somit sind die in dieser Studie zur Prüfung der Hypothesen berechneten Personengruppen – die ‚Imagepositiven' (IMG+) und die ‚Imagenegativen' (IMG-) – bezüglich ihrer biometrischen Kennwerte hoch vergleichbar. Ausgehend von der Gesamtstichprobe konnten jedoch viele Zusammenhänge zwischen den erfassten biometrischen Daten und dem Therapieverlauf, gefunden werden. Diese Daten geben Hinweise darauf, dass Patienten mit extrem niedriger Herzratenvariabilität[109] signifikant mehr 'negative Einflüsse' (ACP-P, 'NE', N = 253, Mann-Whitney-U. = 2766, Wilcoxon-W = 27076, Z = -2.22, Exakte Sign. = .026)[110] und tendenziell weniger 'positive Kontrollerfahrungen' (ACP-P, 'PKE', N = 253, Mann-Whitney-U. = 2866, Wilcoxon-W = 33427, Z = -1.88, Exakte Sign. = .060) angeben. Die vollständigen ausführlichen Forschungsergebnisse bezüglich der biometrischen Daten und den Einflüssen auf Therapieprozess/-outcome werden vom Autor zu einem späteren Zeitpunkt extern publiziert.

---

109 Die Patienten hatten eine altersgewichtete respiratorische Sinus Arrhythmie (RSA) von unter 10% (s. www.Stressball.de), d. h. 90% dieser Altersklasse hatten bessere Werte. Der Wert des ungewichteten RSA-Quotienten lag unter 1.13 und die genaue Analyse der Herzratenvariabilität mithilfe der FAN-Messplatz-Software unter Einbeziehung der gemessenen EKG-Werte ergab für die betroffen 33 Patienten einen pathologischen Befund (RSA-Differenz auf Basis der FAN-Messplatz-Datenbank).

110 Weil die über 15 Sitzungen gemittelten ACP-Skalen 'Negative Einflüsse' und 'Positive Kontrollerfahrungen' nicht normalverteilt sind wurden nicht-parametrische Hypothesentests (Mann-Whitney-U und Wilcoxon-W) gerechnet.

4.8.6 Zusammenfassung

Die gefundenen Unterschiede zeigen, dass die ‚Imagepositiven' (IMG+) auf vielen Skalen der vorgelegten psychometrischen Tests bessere Therapieergebnisse haben werden (Pre-Post-Differenzen), als die ‚Imagenegativen' (IMG-). Deshalb wird die Alternativhypothese B_1 (S. 79) angenommen, und die Nullhypothese B_0 verworfen (s. Hypothesen, S. 79).

Hast du bei deinem Werk den Anfang gut gemacht,
das Ende wird gewiss nicht minder glücklich sein.

(Sophokles, zit. n. Turnitz, 1998)

5 Diskussion

Die in dieser Studie erwarteten Ergebnisse haben sich bestätigt. Das wird als ein Hinweis darauf gewertet, dass das ‚Image der Psychotherapie' aus gesellschaftlicher Perspektive auch einen Faktor für die Effizienz des Therapieprozesses als auch des therapeutischen Outcomes darstellt. Um zu verdeutlichen, dass es sich beim ‚Image der Psychotherapie' um einen externen Wirkfaktor handelt, wurde bereits in der Einleitung dieser Arbeit (S. 57) das Mehrebenenmodell von Belschner und Kaiser (1995) eingeführt. Dieses Modell geht davon aus, dass es Probleme gibt, die individuell nicht lösbar sind. Für die Lösung eines Problems reicht es nicht aus, beim einzelnen Individuum und seiner Sozialisation anzusetzen (*Mikroebene*), sondern es müssen andere Ebenen mit einbezogen werden. Ohne die Kenntnis der institutionellen Zusammenhänge (*Mesoebene*) könnten z.B. Fristen versäumt und damit Gelder blockiert werden. Dies könnte zur Folge haben, dass die Therapie nicht genehmigt oder nicht verlängert würde. Auch das ‚Image der Psychotherapie' wirkt nicht nur auf individueller Ebene. Um die Wirkungen des Therapieimages auf mehreren Ebenen zu beschreiben eignet sich das Mehrebenenmodell der primären Intervention in idealer Weise als gutes Analysemodell. Anknüpfend an die in diesem Modell vorgeschlagenen drei Ebenen – *Mikro-* (Patient - Therapeut), *Meso-* (institutionell) und *Makroebene* (gesellschaftlich, Gesetzgebung) – sollen im Sinne der Qualitätssicherung und Evaluation folgende mögliche Verbesserungen bzw. Konsequenzen durch die vorgeschlagene Verwendung des ACP-a-Fragebogens (‚Image der Psychotherapie') aus der klinisch relevanten Perspektive diskutiert werden:

Auf der Mikroebene (Therapeut/Klient): Die Akzeptanz der Psychotherapie könnte durch Veränderung der Einstellung gegenüber Psychotherapie positiv beeinflusst werden, was dann auch Einfluss auf den therapeutischen Outcome hätte. Durch selbstwertdienliche Voreinstellung zur Psychotherapie, mithilfe begleitender Informationen über Therapie, hat der Patient einen größeren Fundus in dem er selbstwertdienliche Attributionen finden kann. Informationen, die das ‚Image der Psychotherapie' positiv beleuchten könnten, wären z.B. Vorträge über die Wirksamkeit von Psychotherapie, und zwar vor Beginn der Behandlungen. Dadurch könnten Fehlinformationen ausgeräumt und Spannungen abgebaut werden, die ihre Ursache in der Angst vor dem Unbekannten haben. Schlimmer noch als Misserfolge sind enttäuschte Hoffnungen. Diese könnten auf beiden Seiten vermieden werden, wenn der Patient vom Therapeuten umfassend über Psychotherapie informiert und beraten würde. Dazu gehört auch, zu Beginn der Therapie mit dem Patienten über mögliche Psychotherapieängste zu sprechen und klarzustellen, was Psychotherapie leisten kann und was nicht. So hat der Patient die Möglichkeit zu entscheiden, ob das Beziehungsangebot des Therapeuten inklusive der von ihm vertretene Psychotherapie für ihn ‚die richtige Wahl' darstellt. Fassini (2002) fand in einer Studie mit Kurzzeittherapie (Anorexia Nervosa) heraus, dass bei den Abbrüchen Persön-

lichkeitsmerkmale der Patienten eine Rolle spielen. Denn Abbrecher können schlechter mit Ärger umgehen, unterdrücken diesen Ärger und folgen ihm später, wenn der Druck zu groß wird, impulsiv. Sie sind wenig kooperationsfähig, gehemmt und pessimistisch. In keiner Beziehung zum Therapieabbruch standen soziodemographische Daten und die Schwere der Krankheit. Fassini sagt über Therapieabbrecher: „Der Patiententyp ist nicht fähig, eine stabile Beziehung zum Therapeuten aufzubauen.“ Dies führe dazu, dass die Patienten aus der Therapie *flüchteten* (Fasseni, 2003, S. 34). Die Ergebnisse dieser Studie verweisen auf einen therapieexternen Faktor, der helfen kann, das Abbruchrisiko von Psychotherapien zu senken – das ‚Image der Psychotherapie’. Um diesem Faktor Rechnung zu tragen, bietet sich der ACP-a als probates Hilfsmittel an. Mit ihm kann noch vor Beginn der Behandlung geprüft werden, ob die Einstellung des Patienten zur Psychotherapie das Skalenniveau der ‚Imagepositiven’ erreicht oder ob eine negative Therapieeinstellung, den Erkenntnissen dieser Studie gemäß, einen schwierigeren Therapieprozess erwarten lässt, mit der hohen Wahrscheinlichkeit eines geringen Behandlungserfolges bzw. einer Verschlechterung und erhöhtem Abbruchrisiko. Aus der Perspektive der Therapeuten macht es Sinn, frühzeitig zu klären, ob es gelingt den ‚Patienten bei der Stange’ zu halten und die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruches auf ein Minimum zu begrenzen. Behandlungsabbrüche sind in vielerlei Hinsicht mit ‚Kosten’ auf der Mikroebene verbunden. In einem Ausbildungsinstitut für psychologische Psychotherapeuten benötigen die Ausbildungsteilnehmer für ihr Staatsexamen eine ausreichende Anzahl gut dokumentierbarer Fälle. Ein Abbruch bedeutet, dass ihre in diesen Fall investierte Zeit aus ökonomischer Perspektive gesehen verloren ist, denn ein abgebrochener Fall ist keine brauchbare Dokumentationsgrundlage und eignet sich damit nicht für das Abschlussexamen. Weiterhin müssen Therapeuten neben den Therapiesitzungen sehr viel Verwaltungsarbeit für jeden Fall leisten, was vergleichsweise gering vergütet wird. Insbesondere bei den ersten Patienten, die ein Therapeut während seiner Ausbildung behandelt, dürften Abbrüche durchaus auch an seinem Selbstwertgefühl ‚kratzen’.

Abgesehen von dem erhöhten Risiko eines Therapieabbruches, beeinflusset ein positives ‚Therapieimage’ der Patienten auch die Motivation der Therapeuten. Die Therapiearbeit fällt leichter, wenn der Patient motiviert mitarbeitet. Wie die Ergebnisse bezüglich der Therapieprozesse in dieser Studie zeigen, nehmen die ‚Imagepositiven’ die Therapiedosis deutlich leichter auf und profitieren somit stärker von der Therapie als ‚Imagenegative’. Der Therapeut wiederum profitiert vom Erfolg des Patienten, denn es ist ‚sein Patient’. Erfolg motiviert / Misserfolg demotiviert beide Seiten. Es gilt, Misserfolge möglichst zu vermeiden. Ob Institutsteilnehmer oder niedergelassene Therapeuten – beide sind daran interessiert, Therapieabbrüche zu vermeiden. Bei niedergelassenen Therapeuten kommt hinzu, dass sie die probatorischen Sitzungen im Vergleich zu den Therapiesitzungen vergleichsweise gering

vergütet bekommen. Die probatorischen Sitzungen sind somit aus Sicht der Niedergelassenen, im Vergleich zur standesgemäß vergüteten Therapiesitzung, gering vergütete Vorleistungen. Bricht der Patient die Therapie verfrüht ab, z.B. nach der zweiten Therapiestunde, erscheinen aus Sicht einer Kosten-Nutzen-Rechnung fünf erbrachte gering bezahlte Probesitzungen gegenüber nur zwei regulär abrechenbaren Therapiesitzungen als ein Minusgeschäft. Aus den oben genannten Gründen könnten aus der Perspektive der Therapeuten – ob noch in der Ausbildung oder bereits niedergelassen – Therapieabbrüche als ‚Verluste' gesehen werden. Darüber hinaus darf dabei jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass ein Abbruch nicht gleichbedeutend mit einem Misserfolg sein muss. Es gibt plausible Gründe für einen Abbruch der Psychotherapie, z.B. ein Ortswechsel bzw. eine Veränderung der Lebenssituation des Patienten. Weiterhin kann nicht generell bei Therapieabbruch davon ausgegangen werden, dass diese Behandlung ‚erfolglos' war, obwohl die Therapie nicht regulär beendet wurde. In der Reha-Forschung gibt es Untersuchungen über Abbrüche stationärer Psychotherapien. Hier wird deutlich dass es schwierig ist, Behandlungsabbrüche eindeutig zu definieren. Lang, Koch und Schulz (2006) kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass es „beim aktuellen Forschungsstand offen gelassen werden muss, ob Behandlungsabbrüche überhaupt als therapeutische Misserfolge zu betrachten sind" (S. 273). Es fällt jedoch schwer, diese Betrachtungsweise ungeprüft zu übernehmen. Würde es doch bedeuten, dass jede abgebrochene Therapie zumindest als eine Art Teilerfolg zu sehen wäre. Keiner der in dieser Studie befragten Therapeuten bewertete Therapieabbrüche (unter 11 Sitzungen) als Therapieerfolg, sondern eindeutig als Misserfolg im Sinne der angestrebten Therapieziele. Bei den ‚späten' Therapieabbrüchen (nach 20 Sitzungen) gab es Fälle, die von den Therapeuten als Teilerfolg gewertet wurden bzw. nicht klar interpretiert werden konnten. Die Abbruchquote liegt in dieser Studie zum jetzigen Datenstand bei 22.3% (62). Berücksichtigt man in den Berechnungen ausschließlich Abbrüche bis zur 10. Sitzung, dann sind es noch immerhin 19.4% (54). In der Regel dürften 10 Therapiesitzungen (5 probatorische + 5 Therapiesitzungen) nicht ausreichen, damit die Therapiedosis wirksam wird bzw. Veränderungen zu erwarten wären. Die Erkenntnisse dieser Studie könnten helfen, Behandlungen durch geeignete Voreinstellung des Patienten zur Psychotherapie zu optimieren und so Misserfolge durch ergänzende Testungen vor dem bereits etablierten Auswahlverfahren zu minimieren. Das sollte jedoch nicht dazu verführen, nur noch ‚Imagepositive' zu behandeln, damit die begrenzte Anzahl der zur Verfügung stehenden Therapieplätze besser genutzt werden könnte, oder dass die Therapeuten eines Ausbildungsinstitutes möglichst schnell zu dokumentierbaren Fälle kommen könnten, und in einer erfolgsorientierten Gesellschaft mit hohem Kostendruck ‚Misserfolge' niedrig zu halten. Denn einerseits lässt sich aus den Ergebnissen dieser Studie ersehen, dass auch ‚Imagenegative' von der Therapie profitieren. Auch sie berichten über den

Verlauf der 15 gemessenen Therapiestunden hinweg einen kontinuierlichen Anstieg ihrer gemachten 'Bewältigungs-/ Klärungs- und Selbstwerterfahrungen', jedoch mit geringerer (statistischer) Intensität und Dynamik bei *verlangsamten* Zeitabläufen im Vergleich zu den ‚Imagepositiven'. Andererseits haben ‚Imagenegative' ebenfalls ein Anrecht auf psychotherapeutische Versorgung. Außerdem wird es im späteren Berufsalltag der angehenden Therapeuten auch ‚Imagenegative' geben. Deshalb macht es Sinn, dass Therapeuten in ihrer Ausbildung mit derartigen ‚Fällen' arbeiten, um so auch den Umgang mit schwierigeren Fällen zu erlernen. Um in der anspruchsvollen Ausbildung der Institutsteilnehmer dennoch diesbezüglich eine Lösung zu finden, die einen Kompromiss für beide Seiten – Patient und Therapeut – darstellt, würde der Autor eine Quote vorschlagen: z.B. 20% ‚Imagenegative' + 80% ‚Imagepositive'. Ein gutes Quotenverhältnis kann nur in der Praxis bestimmt werden. Erwartet wird, dass mehr ‚Imagepositive' unter den Patienten die Abbruchquote senken. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass den Institutsteilnehmern in der regulären Ausbildungszeit mehr gut dokumentierbare Fälle zur Verfügung stehen, was letztendlich den praktischen Anteil der Ausbildung optimiert.

Auf der Mesoebene (institutionell): Kliniken könnten durch mehr Effizienz der angewandten Therapieverfahren Kosten einsparen. Reha-Kliniken weisen aufgrund aufwendiger Auswahlverfahren bereits sehr geringe Abbruchraten auf (7.5%; Lang, Koch & Schulz, 2006). Diese könnten weiter verringert werden, wenn der Einfluss des ‚Therapieimages' als externer Wirkfaktor für den Therapieverlauf und das für Therapieergebnis berücksichtigt werden würde. Ausbildungsinstitute für psychologische Psychotherapeuten könnten die Ergebnisse dieser Studie zum Anlass für gezielte Öffentlichkeitsarbeit nehmen, und zwar durch mehr patientennahe Aufklärung über ihre Arbeitsweise. Dadurch ließe sich der stigmatisierende Schleier lüften, und es würde letztendlich ein dem Patienten in seiner Wirklichkeit zugängliches positives ‚Image von Psychotherapie' ermöglicht. Förderlich wäre hierfür die Entwicklung einer Mentalität – weg von der reinen Fürsorge – hin zu einer Psychotherapie, die den Patienten als Kunden akzeptiert, und die Therapie wie eine gute Dienstleistung anbietet. Das Angebot sollte sich nicht ausschließlich an kranke Menschen richten, sondern auch dem (an sich) gesunden Menschen aufzeigen, was Psychotherapie für ihn leisten kann – und damit weg von dem Image *Psychotherapie ist nur etwas für Kranke*. Durch ein positives gesellschaftliches Psychotherapieimage würden viele Menschen zu einem früheren Zeitpunkt in die Psychotherapie finden. Die Chancen für eine erfolgreiche Behandlung steigen, wenn der Patient früher in die Therapie kommt (s. Bürger-Leier, 2003). Gleich einer medizinischen Präventivversorgung würde sich auch eine psychotherapeutische Präventivversorgung von (noch) gesunden Menschen in Krisensituationen bzw. mit Entwicklungsstörungen positiv

auswirken, indem mögliche pathologische Verläufe nicht behandelter Störungen und Lebenskrisen frühzeitig ‚entschärft' werden könnten.

Für die Ausbildungsinstitute psychologischer Psychotherapeuten könnte es außerdem Sinn machen, die Meinung des Patienten zur Psychotherapie während der Erstsichtungen in die Eignungsfeststellung mit einzubeziehen. Ist der Patient nach den üblichen Kriterien der Erstsichtung ‚therapietauglich', dann würde die aus dem Fragebogen ACP-a gewonnene Zusatzinformation ‚imagepositiv' auf einen guten Verlauf der Therapie mit wünschenswerten Ergebnissen hinweisen. Dadurch würden die praktischen Anteile der Therapieausbildung vereinfacht, was sicherlich auch im Interesse des Institutes liegt. Eine größere Anzahl an Patienten mit einer besseren Einstellung zur Psychotherapie lassen verbesserte Therapieprozesse und Therapieergebnisse mit weniger Abbrüchen erwarten. Die Institutsteilnehmer benötigen für ihr Examen dokumentierbare Fälle guter Qualität. Therapieabbrüche und schwierig verlaufende Therapien mit wenigen Veränderungen zum Behandlungsende sind keine gute Dokumentationsgrundlage. Gelänge es durch Abfrage patientenseitiger Indikatoren, als ergänzende Maßnahme zur Erstsichtung, die Vorauswahl der Patienten noch zu verbessern, könnten die Therapiebedingungen weiter optimiert werden. Davon würde wiederum auch ein Ausbildungsinstitut für psychologische Psychotherapeuten durch größere Arbeitszufriedenheit ihrer Ausbildungsteilnehmer profitieren. Weiterhin ist zu bedenken, dass Abbrüche auch auf Institutsebene Kosten verursachen. Für jeden Patienten der seine Therapie abbricht, muss ein neuer Patient einbestellt werden (Verwaltungskosten), ein neues Erstgespräch stattfinden und für diesen Patienten wiederum ein Therapeut gefunden werden (Personalkosten). Es muss jeweils eine neue Akte angelegt werden (EDV, Verwaltungskosten). Darüber hinaus kommen Patienten, die einen schwierigen Therapieprozess erleben, oft unregelmäßig in die Therapie. Da nur durchführte Therapiesitzungen abgerechnet werden können, bedeutet das Fernbleiben des Patienten finanziellen Verlust sowohl für die Ausbildungsteilnehmer als auch für das Institut, denn dieses ist an den Einnahmen der Therapeuten beteiligt (strukturelle Kosten)[111]. Die institutsinterne Regelung der Zahlung eines Ausfallhonorars bei Nichteinhaltung eines Therapietermins, welches Patienten in diesen Fällen aus eigener Tasche zu entrichten haben, macht den Therapeuten in der Praxis zusätzlichen Aufwand und Ärger im zwischenmenschlichen Bereich. Die daraus resultierenden Probleme führen nicht selten in letzter Konsequenz

111 Das Institut erhält von den Therapeuten für die Bereitstellung der Therapieräume, Videogeräte, usw. pro abgerechneter Therapiesitzung einen Anteil am Honorar.

zum Therapieabbruch. In der ambulanten Psychotherapie wird die systematische Erforschung der Therapieabbrüche dadurch erschwert, dass diese nicht als Variable in der Datenerfassung kodiert werden. Innerhalb dieser Studie war es deshalb auch nicht möglich, die Therapieabbrüche aus dem Praxisverwaltungsprogramm des Institutes zu ermitteln, es war ausschließlich durch direkte Nachfrage bei den Therapeuten bzw. mühsames Aktenstudium möglich. Um die Erforschung der Ursachen von Therapieabbrüchen im ambulanten Bereich zu erleichtern und eine Optimierung diesbezüglich zu ermöglichen, empfiehlt der Autor die in den Reha-Kliniken übliche Kodierungsvariable für Therapieabbrüche (s. Psy-BaDo, Anhang, Abb. 128, S. 365) auch in die Datenerfassung für die institutsinterne Forschung zu übernehmen.

Die Forschung in dieser Arbeit zum ‚Image der Psychotherapie' hat gezeigt, dass es zwischen ‚Imagenegativen' und ‚Imagepositiven' signifikante Unterschiede in der Therapieabbruchrate gibt. Bei den ‚Imagenegativen' sind es mit 32.4% fast doppelt so viele wie bei den ‚Imagepositiven' (16.5%)[112]. Mit dem Fragebogen ACP – ‚Image der Psychotherapie' und zusätzlichen Patientenindikatoren wäre es bereits zum jetzigen Forschungsstand möglich, die Anzahl der Therapieabbrüche um etwa 30% zu senken. Die Datenaufnahme in dieser Studie ist noch nicht abgeschlossen. Es kann somit noch nicht definitiv festgestellt werden, wie viele von den 342 in dieser Studie getesteten Patienten ihre Therapie noch abbrechen werden (und warum). Die oben genannten Aussagen zur Vorhersagewahrscheinlichkeit der Therapieabbrüche bzw. zu den hierfür bestimmenden Faktoren beruhen auf Berechnungen mit vorläufigen Daten, und sie finden deshalb in dieser Forschungsarbeit nur am Rande Erwähnung. Nach Abschluss der Studie werden die entsprechenden Ergebnisse vom Autoren extern veröffentlicht. Dennoch weisen vorläufige Ergebnisse aus dieser Arbeit bereits darauf hin, dass es fast leichtsinnig wäre, nach dem jetzigen Kenntnis- und Forschungsstand Geld und Zeit dadurch zu verschenken, dass in den Köpfen der Menschen – dem trojanischen Pferd gleich – ein versteckter ‚Gegner der Psychotherapie' in die Psychotherapie mit eingebracht wird, der die Behandlungen erschwert, Therapieergebnisse/-verläufe negativ beeinflusst und Anteil an vorzeitigen Therapieabbrüchen hat.

Bezogen sich die obigen Ausführen zur Bedeutung des Therapieimages für die Psychotherapie auf die Verringerung des Risikos möglicher Therapieabbrüche, so soll nachfolgend

---

112 N = 273, χ^2 = 9.39, Exakte Sign. = .003, s. Anhang, Tab. 156, S. 330.

ein ebenfalls wichtiger potentieller Nutzen durch ein positives Therapieimage angesprochen werden – die Verbesserung der Erreichbarkeit von Psychotherapie.

In der heutigen Zeit gibt es mit steigender Tendenz Spannungen in vielen Familien, im sozialen Umfeld, durch Arbeits- sowie Orientierungs- und Sinnlosigkeit, besonders bei jungen Menschen. Eltern sind zum Teil mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert, und sie können ihren Kindern oft keinen guten Weg in die Gesellschaft weisen. Eine Verbesserung des ‚Images der Psychotherapie' in der Gesellschaft würde die Zurückhaltung vieler Menschen gegenüber Psychotherapie abbauen. Es ist sehr wichtig in der Gesellschaft das Signal zu setzen, dass Psychotherapie auch ohne Vorbehalt völlig ‚normalen' gesunden Menschen bei der Lösung von Konflikten im Leben weiterhelfen kann und nicht nur kranken Menschen. Die rechtzeitige professionelle Bearbeitung psychischer Probleme würde viele ernsthafte Störungen mit psychopathologischem Charakter vermutlich gar nicht erst entstehen lassen. Auch der ehemalige Präsident Clinton gab öffentlich zu, eine Psychotherapie gemacht zu haben. Warum muss in Deutschland – geht man von einer weit verbreiteten öffentlichen Meinung aus – jemand verrückt sein, wenn er eine Psychotherapie macht? Das Potential der Psychotherapie ist groß. Das größte Potential kann jedoch nicht genutzt werden, wenn es nicht im Bewusstsein der Menschen als hilfreiche Leistung verankert ist. Wenn Psychotherapie weiterhin nur eine Institution für ‚Kranke' sein will, dann braucht sie sich um ihr Image nicht weiter zu bemühen. Soll Psychotherapie jedoch auch als probates Hilfsmittel zur Persönlichkeitsentwicklung und Problembewältigungshilfe für ‚gesunde' Menschen etabliert werden und darüber hinaus die Patienten ‚bei der Stange' halten, dann wird sie an ihrem Image – einem positiven ‚Image der Psychotherapie' – arbeiten müssen.

Auf der Makroebene (gesellschaftlich): Die Ergebnisse dieser Studie sind ein weiterer Hinweis darauf, dass durch die Verbesserung des ‚Images der Psychotherapie' auch ihre Akzeptanz als legitime und ökonomische Methode im Gesundheitssystem vergrößert werden könnte. Zurzeit beträgt der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben für Psychotherapie etwa 5% der Gesamtausgaben[113]. Frohburg (1995) spricht in ihrer öffentlichen Vorlesung davon, dass die Ergebnisse der über 10 Jahre laufenden Mannheimer Längsschnittstudie mit 1000 Beteiligten darauf verweisen, dass bei 25% der Bundesbürger Störungen vorliegen, für deren Behandlung Psychotherapie indiziert wäre. Nach Schätzungen ist nur ein Drittel dieser potentiellen Psychotherapie-Patienten für eine Psychotherapie motivierbar (Franz u.a., 1990). Der Autor der vorliegenden Forschungsarbeit stellt sich nun die Frage, ob der geringe prozentuale Anteil der Psychotherapiekosten an den Gesamtkosten der Gesundheitsausgaben darin zu suchen ist, dass ein Großteil der hilfebedürftigen Menschen nicht in die Psychotherapie findet. Wenn dem so ist, dann könnte eine Verbesserung des Psychotherapieimages in der Bevölkerung einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Weiterhin ist zu bedenken, dass Patienten

mit einem negativen ‚Psychotherapieimage' noncompliant sind. Die Kosten und Folgen der Noncompliance sind aus Untersuchungen in der Psychiatrie im Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten gut dokumentiert. Die Kosten die dadurch entstehen, dass Patienten ihre Medikamente nicht ordnungsgemäß einnehmen, gehen in Milliardenhöhe. Denn es werden Medikamente verordnet, die oft nicht eingenommen werden. Im Gegensatz dazu können in der Psychotherapie ausschließlich durchgeführte Leistungen abgerechnet werden. Wenn die ‚therapeutische Behandlungsdosis' durch verfrühte Therapieabbrüche ihre Wirkung nicht voll entfalten kann und die Therapie durch den vorzeitigen Abbruch deshalb wirkungslos bleibt, dann würde den Leistungsträgern dadurch ebenfalls ein finanzieller Schaden entstehen. Psychotherapie ist teuer. Für jeden Bundesbürger wurden 2004 im Durchschnitt 280 Euro für psychische und Verhaltensstörungen ausgegeben[113]. Der Gesundheitsbericht 2005 des Statistischen Bundesamtes wies für therapeutische Leistungen einen Gesamtbetrag von 12.5 Milliarden Euro aus. Das sind 5.24 Prozent der Gesamtsumme für Gesundheitsausgaben (239 Milliarden Euro).[114] Die Therapieabbruchraten liegen zwischen 7.5% und 40% (Lang, Koch & Schulz, 2006; Grawe, 1995; Liebertz & Ciemer, 2000; Schulz, Winkler & Schröder, 1999; Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Shea et al., 1999). Die Kosten durch Therapieabbrüche könnten somit zwischen 0.9 und 5 Milliarden Euro liegen, mit zweifelhaftem Nutzen. Das Statistische Bundesamt Deutschland weist Kosten für Behandlungsabbrüche nicht aus, deshalb können die oben genannten Größenangaben nur vermutet werden. Und es bleibt nicht bei den Kosten für abgebrochene Therapien, sondern es kann auch davon ausgegangen werden, dass nicht erfolgreiche Therapien im Gesundheitssystem weitere Kosten durch erneute Therapien und weitere Arztbesuche verursachen. Vor dem Hintergrund der Kostenoptimierung durch Minimierung der Behandlungsabbruchrate wäre es deshalb notwendig zu prüfen, welche Patienten durch welche Behandlungsangebote erreicht werden können. In der vorliegenden Arbeit steht der Aspekt der ‚Akzeptanz von Psychotherapie', als Einflussfaktor auf die Therapieprozesse und Behandlungsergebnisse, im Mittelpunkt. Therapieabbrüche, als schlechtes Therapieergebnis interpretiert, stehen nicht im Mittelpunkt dieser Studie. Da jedoch die aktuelle Datenlage in dieser Arbeit zeigt, dass die Therapieabbruchrate bei den ‚Imagenegativen' doppelt so hoch ist wie bei den ‚Imagepositiven', könnte auch ein Beitrag

113 Statistisches Bundesamt Deutschland; http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab23.php

114 Gesundheitsbericht für Deutschland 1998; http://www.gbe.de

zur Senkung der Behandlungsabbruchrate geleistet werden. Durch Überprüfung des ‚Therapieimages' vor Beginn der Therapie (s. o. ‚Mikroebene') bzw. durch generelle Verbesserung des ‚Images der Psychotherapie' in der Gesellschaft könnte ein wertvoller Beitrag zur Kostenoptimierung von Psychotherapie beigesteuert werden.

6 Ausblick

Die Forschungen haben gezeigt, dass die Meinungen/ Klischees und Vorurteile der Patienten über Psychotherapie einen Einfluss auf therapierelevante Prozesse und Ergebnisse haben. In einem weiteren Schritt wäre zu klären ob es möglich ist, negative Meinungen über Psychotherapie im Vorfeld, z.B. direkt vor Therapiebeginn, in positive *umzuwandeln* und ob sich damit, den Forschungserkenntnissen dieser Studie gemäß, eine Verbesserung des Therapieverlaufes bzw. der Therapieergebnisse herbeiführen lassen. Es wäre durchaus denkbar, dass dieses bei einigen Patienten nicht gelingt, weil das Vertrauen in Psychotherapie durch bereits vorhandene negative Vorerfahrungen so stark getrübt ist, dass durch Aufklärung allein das verlorene Vertrauen nicht wieder herzustellen ist. Es ist zu überlegen, mit welchen Mitteln es möglich wäre, den Patienten im Vorfeld ein positives Bild von Psychotherapie zu vermitteln, das ihm Hoffnung macht und ihn dazu bewegt, einen ‚Vorschuss' an Vertrauen in die Psychotherapie zu investieren. Dies wäre sicherlich nicht allein durch eine ‚erfolgversprechende' Darstellung der möglichen Leistungen von Psychotherapie durch patientennahe Werbung möglich, sondern müsste durch Botschaften zu Beginn der Therapie von *Mensch zu Mensch*, also von Therapeut zu Patient, unterstützt werden. Dem Hilfesuchenden sollte das Gefühl geben werden: „Hier bist du richtig! Es hat einen Sinn, weiterzumachen, denn hier sind Menschen, die mir helfen wollen."

Fokussierte diese Studie ausschließlich auf diese Patientenperspektive, so wäre darüber hinaus die Therapeutenperspektive von Interesse – ob die Patientenmeinungen über Psychotherapie mit Bewusstseinshaltungen der Therapeuten bezüglich ihres professionellen Handelns zusammenhängen. Gemeint sind mit Bewusstseinshaltungen hier keine Bewusstseinszustände wie Wachsein, Schlaf, Traum etc. In Anlehnung an Belschners Bewusstseinsmodell (Belschner, 2002) wird im Therapieprozess *algorithmisch*, *empathisch* oder *nondual* begegnet bzw. spielt die Fähigkeit der Therapeuten zur *Modulation* dieser Bewusstseinshaltungen eine Rolle[115]. Kennzeichen der *algorithmischen* Präsenz ist z.B. der Diskurs (Dualität, Wachsein, planvoll, logisch, regelgeleitet, Objekt-Subjekt-Trennung etc.). Mit *Empathie* ist gemeint: subjektiv, emotional, Wertschätzung, sich hineinversetzen, einfühlendes Verstehen usw. Kennzeichen der *Nondualität* ist Resonanz (Auflösung der Ich-Grenzen, außer-

115 Eine Tabelle mit charakteristischen Merkmalen dieser Bewusstseinshaltungen findet sich bei Fischer, 2004, S. 29.

ordentliche Klarheit und Wachheit, keine Objekt-Subjekt-Trennung, Spirituelle Verbundenheit, Zeitlosigkeit usw.). Im Hinblick auf diese Studie könnte z.B. geprüft werden, ob sich die Patientenmeinung zur Psychotherapie im Verlauf der Therapiesitzungen in Abhängigkeit von den Bewusstseinshaltungen der Therapeuten verändert – der Therapeut z.B. häufiger *empathisch* als *algorithmisch* präsent war usw. So könnte eine weitere Forschung die Therapeutenperspektive zum Gegenstand machen, mit der Fragestellung:

> *Haben die Bewusstseinshaltungen der Therapeuten einen Einfluss auf das ‚Image der Psychotherapie' und auf den Therapieverlauf bzw. ihren Outcome?*

Für diese und viele weitere offene Fragen könnten mit den in dieser Studie erhobenen Daten in weiterführender Forschung möglicherweise Antworten gefunden werden.

Am Ende unserer Suche werden wir wieder da stehen,
wo wir anfingen, und wir werden den Ort zum ersten Mal sehen.

(T. S. Eliot zit. n. Banzhaf, 2003)

7 Namensverzeichnis

A

Abel, T. · 75
Adler, A. · 59
Albert, K. · 64
Alexander, J. F. · 46
Angermeyer, M. C. · 61, 62
Antonovsky, A. · 75
Appelbaum, S. A. · 63
Atkinson, J. W. · 43

B

Backhaus, K. · 82
Bailer, M. · 75, 348
Bandura, A. · 37, 56, 58, 65, 133
Bantelmann, J. · 75, 351
Barley, D. E. · 46
Bartz, C. · 56, 65, 66, 69, 70, 82
Basler, H.-D. · 66, 75, 346
Bauch, C. · 64
Beck, A. T. · 32, 37, 43
Beck-Bornholdt, H.-P. · 70
Bedi, R. P. · 46
Beisenherz, B. · 66, 75, 346
Belschner, W. · 3, 36, 47, 48, 53, 55, 75, 83, 205, 215, 346, 349
Bergin, A. · 22
Berman, J. S.. · 49
Beutler, L. E. · 33, 42, 49
Biermann-Ratjen, E.-M. · 44
Binder, J. · 25
Bohart, A. C. · 46
Bohus, M. · 48, 49
Bootzin, R. R. · 49
Bortz, J. · 70
Brähler, E. · 61, 350
Brengelmann, C. · 45
Breuer, F. · 61
Brill, M. H. · 39
Brody, A. L. · 41
Brosius, F. · 82
Buckley, P. · 33
Bürger-Leier, G. · 61, 79, 208
Bürkle, H. · 344
Büsing, A. · 48

C

Carroll, L. · 23
Carver, C. S. · 66, 350
Caspar, F. · 42, 46
Cattell, R. B. · 80
Chiesa, M. · 212
Christensen, A. · 37
Ciemer, S. · 212
Clarkin, J. F. · 49
Collani, G. · 58
Condrau, G. · 63
Conte, H. R. · 63
Cooper, A. · 49
Corsini, R. · 21
Crits-Christoph, P. · 42, 49
Csontos, I. · 22

D

Dawes, R. M. · 24
de Jong-Meyer, R. · 31
Denker, P. G. · 22
Dollinger, S. J. · 63
Drahorad, C. · 212
Dubben, H.-H. · 70
Dührssen, A. · 23
Durlak, J. A. · 51
Dye, D. A. · 40

E

Eckert, J. · 44, 90, 180
Edwards, W. S. · 66
Eifert, G. H. · 45, 49
Eirmbter, W. H. · 65, 66
Elkin, I. · 31
Elliot, R. · 23, 46
Ellis, A. · 37
Engle, D. · 49
Erickson, M. H. · 44
Eysenck, H. J. · 21

F

Faber, B. A. · 63
Fäh, M. · 24
Faller, H. · 45, 63
Faust, V. · 62
Figge, P. A. · 34
Findeisen, P. · 195
Fischer, P. · 75, 215, 346
Frank, J. D. · 35, 40
Franke, G. H. · 75
Franz, M. · 61, 62, 64, 211
Freud, S. · 21
Frohburg, I. · 64, 211

G

Garfield, S. · 33, 39, 40
Gaston, L. · 33
Geyer, M. · 61
Glaesmer, H. · 75
Glass, G. V. · 24
Goldfried, M. R. · 36
Gomes-Schwartz, B. · 33
Gordon, T. · 45, 66
Grawe, K. · 21, 24, 34, 36, 37, 44, 46, 49, 55, 58, 59, 70, 75, 89, 121, 124, 126, 212, 349
Greenberg, L. · 37
Greenberg, L. S. · 46
Grupe, K. · 65, 66, 70

H

Hafen, K. · 132
Hahn, A. · 65, 66
Halder, P. · 60, 63
Hamilton, M. · 32
Harms, R. · 75
Harré, R. · 67
Hautzinger, M. · 31, 32, 75, 348
Hayes, S. · 37, 48
Heckrath, C. · 22
Heidenreich, T. · 49
Henry, W. P. · 33, 49
Herink, R. · 21
Hessel, A. · 61
Heuft, G. · 88, 127
Hiller, W. · 22, 49
Holtforth, M. G. · 55, 75, 349
Holzinger, A. · 61
Horowitz, L. · 75
Horvath, A. O. · 46
Horvath, A. V. · 45
Howard, K. I. · 22, 41, 44
Hoyer, J. · 75
Huppertz, M. · 49

J

Jacob, R. · 65, 66
Jacobson, N. · 33, 37
Jäger, R. S. · 74
Jerusalem, M. · 66
Jorswieck, E. · 23

K

Kabat-Zinn, J. · 48
Kaiser, P. · 53, 55, 205
Kanfer, F. H. · 36, 37, 47, 56
Kegan, R. · 37
Keller, F. · 75, 348

Klerman, G. · 37
Koch, U. · 66
Kohlenberg, R. · 37
Kohlmann, T. · 75
Kolb, B. · 41
Kordy, H. · 75
Kosfelder, J. · 46
Krampen, G. · 67
Kretzschmar, A. · 64
Kriebel, R. · 73, 352

L

Lambert, M. J. · 46, 49
Landis, C. · 22
Landman, T. J. · 24
Lang, H. · 63
Lang, K. · 66
Lehr, D. · 62, 63
Leuzinger-Bohleber, M. · 33
Levy, K. N. · 49
Lewinsohn, P. H. · 32
Liebertz, K. · 212
Linehan, M. · 37, 49
Lohaus, A. · 66
Longo, S. · 212
Luborsky, L. · 23, 25, 34, 42, 49

M

Malan, D. · 33
Margraf, J. · 42, 45
Martin, P. J. · 47
Marziali, E. · 34
Matschinger, H. · 61, 62
Matt, G. E. · 25
McCallum, M. · 63
McDonald, R. · 49
McNeilly, C. L. · 22
Mestel, R. · 34, 75, 344
Meyer, A. E. · 61
Meyer, A.-E. · 64
Meyerberg, J. · 75
Michalak, J. · 49
Mielke, R. · 66
Miller, T. I. · 24
Mintz, J. · 42
Mohr, D. C. · 49
Moscovici, S. · 67
Mück, H. · 48

N

Noack, H. · 75
Norcross, J. C. · 45
Norton, N. C. · 49
Nübling, R. · 75, 132, 346

O

Oelsner, S. · 64
Oppl, M. · 75
Orlinsky, D. E. · 33, 34, 41, 46

P

Paar, G. H. · 36, 73
Panzer, S. · 64
Parks, B. · 46
Petermann, F. · 74
Petry, J. · 132
Piper, W. E. · 63
Piron, H. · 49
Plog, U. · 44
Prochaska, J. O. · 45

R

Raatz, U. · 73
Regli, D. · 34, 70
Reuben, R. · 63
Riedel, W.-P. · 93
Rudolf, G. · 33

S

Scheier, M. F. · 66, 350
Schmidt, J. · 75
Schmitt, G. M. · 67
Schneider, W. · 66, 75, 132
Schramm, E. · 46
Schröder, A. · 212
Schulte, D. · 45, 49
Schulte, D. R. · 37
Schulz, H. · 66, 75, 346
Schulz, M. · 212
Schwab, R. · 34
Schwartz, H.-J. · 90
Schwarzer, R. · 56, 66
Senf, W. · 88, 127
Shapiro, D. · 23
Shea, M. T. · 212
Singer, B. · 23
Sloane, B. · 40
Smith, M. L. · 24
Stauss, K. · 344
Steer, R. A. · 32
Steffanowski, A. · 75
Stein, D. M. · 49
Sterne, A. L. · 47
Stieglitz, R.-D. · 74
Stiles, D. M. · 49
Stiles, T. C. · 49
Strauß, B. · 36, 75
Strupp, H. · 25
Sulz, S. · 36, 37, 44, 75
Svartberg, M. · 49
Symmonds, B. D. · 45

T

Thase, M. E. · 41
Traub, W. · 108
Tress, W. · 22
Tryon, G. S. · 45
Tscheulin, D. · 75
Tschuschke, V. · 22

U

Unmüssig, C. · 46

W

Watkins, P. L. · 49
Watson, J. C. · 46
Wienand-Kranz, D. · 49
Winkler, K. · 212
Winograd, G. · 45
Wittmann, W. W. · 25, 75
Wolitzky, D. L. · 63
Wolpin, J. · 40
Worall, M. · 75
Worrall, H. · 348

Z

Zielke, M. · 73, 74, 352
Zimmer, D. · 23, 33, 45, 46
Zöfel, P. · 108, 159, 234

8 Sachverzeichnis

A

Aggressionen · 200
algorithmisch · 215
Anerkennung/Wertschätzung · 198
Angst
  Angst · 62, 107, 109, 112, 113, 129, 136, 137, 138, 139, 140, 183, 184, 196, 348
  phobische · 347
  störungen · 108
  vor dem Unbekannten · 205
  vor Nähe · 194, 199, 350
  vor Trennung · 350
  vor Verletzung · 194
Anpassungsstörung · 107, 108, 137, 144
Atem
  -test · 88, 89, 345
Autonomie · 198

B

Bildung/Verstehen · 199
Biometrische Impedanzanalyse (BIA) · 74, 88, 345
Body Mass Index (BMI) · 203

D

Depersonalisation · 183, 184
Depression · 108, 129, 136, 137, 138, 139, 143, 144, 185, 200, 345, 348
Differenzierungsfähigkeit · 74, 351
Dissoziation · 194, 200

E

Einsamkeit · 200
EMEK · 195, 201
empathisch · 215
Empowerment
  Personales · 83, 110, 116, 120, 143, 183, 193
  Transpersonales · 111, 117, 118, 136, 144, 184, 188, 193
Erfolgskriterium · 188, 195
Erniedrigung · 199
Essstörung · 107, 108, 136, 194, 348

G

Geselligkeit · 198

I

Inferiore kommunikative Position · 84, 112, 118, 136
Initimität/Bindung · 198
Integration · 196, 349, 351
Interpersonelle Probleme
  zu abweisend · 197
  zu ausnutzbar · 197
  zu unterwürfig · 197

K

KMO · 80, 82, 109, 121, 331
Kontroll
  -erfahrung · 125
  -erfahrungen · 126, 163, 175, 176, 203
  -erwartung · 125, 129
Kontrolle · 62, 83, 199
Körperbewusstsein · 74, 196
Körperfett
  -anteil · 345
  -Körperfett · 203
  -waage · 344

L

Lebenssinn · 84, 111, 117, 145, 184
Leidensdruck · 63, 73, 124, 127, 128, 132, 184, 188, 197, 200, 346, 347
Leistung · 198

N

nondual · 215

O

Optimismus · 66, 74, 349, 350, 352
Outcome-Erwartung (pos.) · 83

P

Panik
  Panik · 129
  störungen · 62
Persönlichkeitsstörung · 62, 107, 108, 109, 142, 143, 144, 200
Posttraumatische Belastungsstörung · 107
Psychotizismus · 200

S

Selbst
  -abwertung · 197
  -akzeptanz · 197
  -belohnung · 199
  -vernachlässigung · 197
  -vernichtung · 197
  -vertrauen/-wert · 199
  -wirksamkeitserwartung · 56, 74, 133, 143, 188
  -wirksamkeitserwartung (neg.) · 81, 83, 84, 113, 116, 117, 133, 136, 145, 193
Somatisierung · 183, 185, 199
Sozialkontakt · 74, 184, 196, 347, 351
Spiritualität · 74, 145
Stress
  -belastung · 89
  Stress · 345
  Stressball · 344

T

Transpersonal · 83, 348

U

Überlegensein/Imponieren · 198

W

Weiterentwicklung
  ACP-a · 70
  menschliche · 110, 111, 116, 117, 189
  persönliche · 211
  Psy-BaDo · 5
  Software · 5
  spirituelle · 83
  Stundenbogen · 123
Wertschätzung · 125, 198, 215

Z

Zielerreichungsskala (GAS) · 74, 89, 90, 127, 200, 201, 202, 294
Zwanghaftigkeit · 200, 347

9 Literaturverzeichnis

Abel, T., Kohlmann, T. & Noack, H. (1995). *SOC-Fragebogen. Revidierte Fassung der Übersetzung von Noack, Bachmann u. a. (1987).* Bern: Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern.

Abramowitz, C. V., Roback, S. I. & Jackson, H. B. (1974). Differential effectiveness of directive and nondirective group therapies as a function of client internal-external control. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 42*, 849-853.

Albert, K. (1993). *Die methodenspezifische Identität von Gesprächspsychotherapeuten.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin.

Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S. & Parsons, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior and outcome. *Journal Consulting Clinical Psychology, 44*, 656-664.

Ambühl, H., Orlinsky, D. & Collaborative-Research-Network. (1997). Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis., *42*, 290-298.

Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1996). Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. Das Gesundheitswesen, 58 (Sonderheft 1), 18-24.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Holzinger, A. (1998). Einstellung der Bevölkerung zur Psychotherapie. In: H. Remschmidt (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.* (S. 17-33). Köln:: Deutscher Ärzte-Verlag.

Antonovsky, A. (1997). *Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke.* Tübingen: DGVT.

Appelbaum, S. A. (1973). Psychological mindedness: Word, concept, and essence. *International Journal of Psychoanalysis, 54* (1), 35-46.

Backhaus, K. (2000). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung.* 9. überarbeitete und erw. Aufl. Berlin: Springer.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.

Bandura, A. (1987). Perceived self-efficacy: exercise of control through self-belief. In J. P. Dauwalder, M. Perrez & V. Hobi (Eds.), *Controversial issues in behavior modification.* (pp. 27–59). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Bantelmann, J. (2005). *Die Integrativen Verlaufsskalen (IVS-39).* Münster: LIT Verlag. (im Druck).

Banzhaf, H. (2003). *TAROT. Weisheiten für jeden Tag.* München: Integral Verlag.

Banzhaf, H. (2004). *TAROT. Magie im Alltag.* München: Integral Verlag.

Bartz, C. (2004). *Das Image der Psychotherapie.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.

Bauch, C. (1993). *Ergebnisse einer Umfrage zum methodenbezogenen Selbstverständnis von tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin.

Baumann, U. (1976). Methodische Untersuchungen zur Hamilton Depressions-Skala. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten., 222*, 359-375.

Beck, A. T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose: Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. (Dt. von B. Stein).* München: Pfeiffer.

Beck, A. T. (1981). *Kognitive Therapie und Depression.* München: Urban & Schwarzenberg.

Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. B. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, H*, 77-100.

Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF). Testmappe mit Handanweisung.* Göttingen: Hogrefe.

Belschner, W. (1998). *Fragebogen zur integralen Gesundheit. Transpersonale Arbeitspapiere Nummer 1.* Oldenburg: BIS.

Belschner, W. (2000). *Transpersonales Vertrauen (TPV). Manual und Skala. Transpersonale Berichte.* Oldenburg: AE Gesundheits- und klinische Psychologie.

Belschner, W. (2007). *Der Sprung in die Transzendenz. Die Kultur des Bewusstseins und die Entmystifizierung des Spirituellen.* Münster: LIT Verlag.

Belschner, W. & Bantelmann, J. (2000). *Wirkungen in der Psychotherapie: Die Entwicklung eines änderungssensitiven Meßinstruments. Transpersonale Arbeitspapiere Nummer 4.* Oldenburg: Universität Oldenburg.

Belschner, W. & Kaiser, P. (1995). Darstellung eines Mehrebenenmodells primärer Prävention. In: S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 174-197). Weinheim: Beltz - PVU.

Belschner, W. (1999). *Der Wirkfaktor Präsenz (WF:P). Transpersonale Arbeitspapiere Nummer 3.* Oldenburg: Universität Oldenburg.

Belschner, W. (2002). "Die vergessene Dimension in Grawes Allgemeiner Psychotherapie". In: W. Belschner, J. Galuska, H. Walach & E. Zundel (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext.* (Vol. Transpersonale Studien 5. Jahresband 2 des DKTP., S. 167-217). Oldenburg: BIS-Verlag Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Belschner, W. (2005). *Bewusstseinszustände im professionellen Handeln.* Münster: LIT Verlag.

Belschner, W. (2007). *Abstracts zur Workshop-Tagung 2007 "Mitgefühl und Transzendenz"*, von http://www.dktp.org/abstract-01.pdf

Belschner, W., Büsing, A., Piron, H. & Wienand-Kranz, D. (Hrsg.) (2007). *Achtsamkeit als Lebensform*. Hamburg: LIT Verlag

Bergin, A. & Garfield, S. (Eds.). (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change (1st ed.).* New York: John Wiley & Sons.

Berman, J. S. & Norton, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychology Bull., 98*, 401-406.

Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R., Bergan, J., Meredith, K., et al. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 333-340.

Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist Variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. 4. Aufl. (*pp. 229-269). New York.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2003). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (5th Ed.).* New York: Wiley.

Beutler, L. E., Mohr, D. C., Grawe, K., Engle, D. & MacDonald, R. (1991). Looking for Differential Treatment Effects: Cross-Cultural Predictors of Differential Psychotherapy Efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*, 121-141.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2003). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions und responsiveness to patients* (pp. 89-108). London: Oxford University Press.

Bohus, M. (2006). Achsamkeitsbasierte Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie., 54* (4), 229.

Bootzin, R. R. (1976). Self-management techniques for controlling insomnia. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy, principles and patients aids*. New York: Biomonitoring Application, Inc. (audiotape).

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler.* 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.

Breuer, F. (1979). *Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis.* Heidelberg: Quelle & Meyer.

Brody, A. L., Saxena, S., Schwartz, J. A., Stoessel, P. W., Maidment, K., Phelps, M. E., et al. (1998). FDG-PET predictors of response to behavioral therapy and pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research, 84*, 1-6.

Brosius, G. (1989). *LSPSS/PC + advanced statistics and tables.* Hamburg: McGraw-Hill.

Buckley, P., Conte, H., Plutchik, R., Wild, K. & Karasu, T. (1984). Psychodynamic variables as predictors of psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry, 141*, 742-748.

Bürger-Leier, G. (2003). *Psychokick.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Carroll, L. (1946). *Alice's Adventures in Wonderland.* London: Puffin Books.

Caspar, F. & Jacobi, F. (2005). *Psychotherapieforschung*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research, 7*, 105-125.

Caspar, F. (2003a). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In: E. E. Leibing, W. Hiller & S. D. K. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG); Band 2: Verhaltenstherapie (Vertiefungsband)* (S. 67-84). München: CIP Medien.

Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen: eine Einführung in die Praxis der psychotherapeutischen Plananalyse. 3. vollst. überarb. Aufl.* Bern: Huber.

Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C. & Schramm, E. (in Druck). Complementary Therapeutic Relationship: Therapist Behavior, Interpersonal Patterns, and Therapeutic Effects. *Psychotherapy Research 2004.*

Cattell, R. B. (1966). The scree-test for the numbers of factors. *Multivar. behav. Res., 1,* 245-276.

Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry, 177*, 107–111.

Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2003). The Influences of client variable on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy und behavior change (5th Ed.)* (pp. 104-226). New York: Wiley.

Collani, G. v. & Herzberg, P. Y. (2003). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 24,* 9-22.

Condrau, G. (1974). *Einführung in die Psychotherapie. Geschichte, Schulen und Methoden - Praktische Arbeit und konkrete Fälle.* München: Kindler.

Conte, H. R., Plutchik, R., Brandi Jung, B., Picard, S., Karasu, T. B. & Lotterman, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome. *A preliminary report. Comprehensive Psychiatry, 31* (5), 426-431.

Corsini, R. (Hrsg.) (1983). *Handbuch der Psychotherapie.* Weinheim: Beltz

Crits-Christoph, P., Baranacki, K. & Kurcias, J. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy. Research, 1*, 81-91.

Crits-Christoph, P., Cooper, A. & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting und Clinical Psychology, 56*, 490-495.

Csontos, I. (2000). Psychotherapieforschung: Grawe-Debatte und aktuellere Fragestellungen. *EMH - Schweizerische Ärztezeitung., 81* (27), 1527-1531.

Denker, P. G. (1946). Results of treatment of psychoneurosis by the general practioner. A follow-up study of 500 cases. *New York State J. Med., 46*, 2164-2166.

Derogatis, L. R. (1996, 4 A). *Symptom Check-Liste (SCL-90R).* Collegium Internationale Psychiatriae Scalarium (Hrsg.). Internationale Skalen für die Psychiatrie. Weinheim: Beltz.

Dobson, K. S. & Shaw, B. F. (1988). The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experiences and issues. *Journal of Consulting und Clinical Psychology, 56*, 673-680.

Dollinger, S. J., Reader, M. J., Marnett, J. P. & Tylander, B. (1983). Psychological mindedness, psychological construing, and the judgement of deception. *The Journal of General Psychology, 108* (2), 183-191.

Dubben, H.-H. & Beck-Bornholdt, H.-P. (2004). p<5 % - und nun? Die Bedeutung der statistischen Signifikanz. *Erfahrungsheilkunde, 7*, 403-413.

Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Der Nervenarzt, 36*, 166-169.

Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychology Bulletin, 86* (80-92).

Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die "Theorie" des Therapeuten. In: V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse.* Berlin-Heidelberg: Springer.

Eckert, J. (1974). *Prozesse in der Gesprächspsychotherapie: Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und Psychotherapeut im Hinblick auf Therapieverlauf und Therapieerfolg.* Hamburg: Universität Hamburg.

Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 114 - 139). New York: John Wiley & Sons.

Elliot, R., Stiles, W. & Shapiro, D. (1993). Are some psychotherapies more equivalent than others? In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of Effective Psychotherapy* (pp. 455-479.). New York.

Ellis, A. (1972). *The essence of rational emotive therapy: A comprehensive approach to treatment.* New York: Institute for Rational Living.

EMNID-Umfrage in Markt vom 25.5.1992.

Erickson, M. H. & Rossi, E. (1999). *Hypnotherapie. 5. Aufl.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Eysenck, H. J. (1952). The effect of psychotherapy. An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.

Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.). (1998). *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag

Faller, H. & Lang, H. (1997). Psychotherapie in der ambulanten Krankenversorgung. In: K. D. Hildemann & P. Potthoff (Hrsg.), *Psychotherapie - Quo vadis ? Ziele, Effektivität und Kosten in Psychiatrie und Psyehosomatik.* (S. 86-99.). Göttingen: Hogrefe.

Faller, H. (1999). Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für Psychotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Gegen-Übertragung im diagnostischen Prozess. *Psychotherapeut, 44*, 25-35.

Faller, H. (2004). Signifikanz, Effektstärke und Konfidenzintervall. *Die Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation., 43*, 175-178.

Farber, B. A. (1989). Psychological-mindedness: Can there be too much of a good thing? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26* (2), 210-217.

Faust, V. (1981). *Der psychisch Kranke in unserer Gesellschaft. Was befürchtet der psychisch Kranke vom Gesunden - Was weiß der Gesunde vom psychisch Kranken?* Stuttgart: Hippokrates.

Figge, P. A. & Schwab, R. (1997). Klientenzentrierte Psychotherapie in Gruppen. Objektiver und subjektiver Therapieerfolg unter dem Einfluss der erlebten Beziehung zum Therapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung., 1*, 22-36.

Findeisen, P. (2002). Retreat als Element der Transpersonalen Psychologie. In: W. Belschner, J. Galuska, H. Walach & E. Zundel (Hrsg.), *Transpersonale Forschung im Kontext*. Oldenburg: BIS Oldenburg.

Fischer, G. & Klein, B. (1997). Psychotherapieforschung. Forschungsepochen, Zukunftsperspektiven und Umrisse eines dynamisch-behavioralen Verfahrens. In: K. D. Hildemann & P. Potthoff (Hrsg.), *Psychotherapie - Quo vadis?* Göttingen: Hogrefe.

Fischer, P. (2004). *Psychometrische Gütekriterien von Fragebögen zur Erfassung von unterschiedlichen Bewusstseinszuständen (PGFEB).* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg.

Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing.* Baltimore: John Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 14*, 520-535.

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy.* Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1974). *Persuasion and healing.* New York: Schocken Books.

Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. Harvey & M. P. MM (Eds.), *The Masters Lecture Series I. Psychotherapy Research and Behavior Change.* Washington: APA.

Frank, J. D. (1984). Therapeutic components of all psychotherapies. In J. Meyers (Ed.), *Cures by psychotherapy. What effects change?* (pp. 15-27). New York: Praeger.

Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. (2., vollständig überarb. u. neu normierte Aufl.).* Weinheim: Beltz Test.

Franz, M. (1997). Die Bedeutung von Vertrauen und Wertschätzung für den Weg in die psychotherapeutische Beziehung. In: M. K. W. Schweer (Hrsg.), *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens.* (S. 177-188). Neuwied: Luchterhand.

Franz, M., Dilo, K., Schepank, H. & Reister, G. (1993). Warum „Nein" zur Psychotherapie? Kognitive Stereotypien psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungsstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebots. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 43* (8), 271-306.

Franz, M., Schiessl, N., Manz, R., Fellhauer, R., Schepank, H. & Tress, W. (1990). Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 40* (9-10), 369-374.

Freud, S. (1895). Studien über Hysterie. *GW, Bd. 1.*

Frohberg, I. (1995). *Blickrichtung Psychotherapie: Potenzen - Realitäten - Folgerungen. Öffentliche Vorlesung vom 6. Februar 1995.* Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin. Mathematisch-naturwissenschaftliche Fakultät II. Institut für Psychologie.

Garfield, S. (1971). Research on client variables in psychotherapy. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.

Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Vol. 4th ed., pp. 190-228). New York: John Wiley & Sons.

Gaston, L., Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J.-P. & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research 4*, 121-135.

Glaesmer, H. & Hoyer, J. (2003). *Deutsche Version der Revision des Life Orientation Tests (LOT-R)*, von http://www.detect-studie.de/Instrumente/LOT-R.pdf

Goldfried, M. R. (1980). Some view on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 4*, 271-306.

Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal Consulting Clinical Psychology, 46*, 1023- 1035.

Gordon, T. & Edwards, W. S. (1997). *Patientenkonferenz: Ärzte und Kranke als Partner.* Hamburg: Hoffmann und Campe.

Grawe, K. & Braun, U. (1994b). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23*, 242-267.

Grawe, K. & Regli, D. (2000). *Berner Stundenbogen 2000.* Unveröffentlichtes Manuskript.

Grawe, K. (1976). *Differentielle Psychotherapie.* Bern: Huber.

Grawe, K. (1982). Der Veränderungsprozeßbogen (VPB). Ein Instrument zur deskriptiven Einzelfallanalyse psychotherapeutisch induzierter Veränderungsprozesse. In: M. Zielke (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 231-252). Stuttgart: Kohlhammer.

Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozessanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1*, 23-34.

Grawe, K. (1994b). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 26*, 357-370.

Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut 40, 3*, 130-145.

Grawe, K. (1998 / 2000). *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis., 31*, 185-200.

Grawe, K. (2004). *Psychologische Psychotherapie.* Seatle und Torronto: Hogrefe & Huber.

Grawe, K. (2005). Empirisch validierte Wirkfaktoren der Psychotherapie. *Report Psychologie, 7/8*, 311.

Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19*, 292-376.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. (1. ed.).* Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse - ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 31*, 201-225.

Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In: S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen.* (S. 77-110). München: CIP-Medien.

Grupe, K. (2001). *Die Inanspruchnahme von professioneller psychologischer Hilfe.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg.

Hafen, K., Bengel, J., Jastrebow, J. & Nübling, R. (2000). Dimensionen der Reha-Motivation. Konzeptualisierung auf der Grundlage einer Literaturübersicht. *Prävention und Rehabilitation, 12* (1-10).

Halder, P. (1977). *Verhaltenstherapie und Patientenerwartung.* Bern: Huber.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry, 23*, 52-62.

Harré, R. (2003). *The self and others: positioning individuals and groups in personal, political, and cultural contexts.* Westport, Conn: Praeger.

Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (1996). Themenheft Depression. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25* (2), 79-160.

Hautzinger, M., Bailer, M., Keller, F. & Worrall, H. (1993). *Das Becks Depressionsinventar (BDI).* Bern: Huber.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H. & Keller, F. (2000). *Beck-Depressions-Inventar (BDI).Testhandbuch (3. Aufl.).* Bern: Huber.

Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2003). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie ACT - ein existentieller Ansatz zur Verhaltensänderung.* München: CIP-Medien.

Heidenreich, T. & Michalak, J. (2006). Einführung in die Thematik Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie., 54* (4), 231-240.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. E. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. 4. Aufl.* (pp. 467-508). New York.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., Binder, J. L. & Butler, S. F. (1993). The effects of training in time-limited, dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' response to training. *Journal Consultant Clinical Psychology, 61.*

Herink, R. (Ed.). (1980). *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today.* New York: New American Library.

Hessel, A., Geyer, M. & Brähler, E. (2000). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Akzeptanz psychosozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 46* (3), 226-241.

Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo.* Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.

Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F. & Sulz, S. K. D. (2004). *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie.* München: CIP-Medien.

Höger, I. & Eckert, J. (1997). Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des "Post-Session-Outcome" bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26,* 129-137.

Holtforth, M. G. & Grawe, K. (2002). *Manual zum FAMOS - Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata.* Göttingen: Hogrefe Verlag.

Holtforth, M. G., Grawe, K. & Tamcan, Ö. (2004). *INK - Manual zum Inkongruenzfragebogen.* Göttingen: Hogrefe.

Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version.* Göttingen: Beltz Test GmbH.

Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2003). The Alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions und responsiveness to patients* (pp. 37-69). London: Oxford University Press.

Horvath, A. V. & Symmonds, B. D. (1991). Relations between working alliance and outcome in psychotherapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology, 2*, 139-149.

Huppertz, M. (2006). Achtsamkeit in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie., 54* (4), 255-264.

Jacob, R., Eirmbter, W. H. & Hahn, A. (1999). Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7* (3), 105-119.

Jacobson, N. & Christensen, A. (1992). Behavioral Couple Therapy: A new beginning. *Behavior Therapy 1992, 23* (493-506).

Jäger, R. S. & Scheurer, S. (1999). Prozeßdiagnostik. In: R. S. Jäger & F. Petermann (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik, 4.Aufl.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller., J. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 936–994.

Kanfer, F. H. (1977). Selbstregulation und Selbstkontrolle. In: H. Zeyer (Hrsg.), *Pawlow und die Folgen. Psychologie des 20. Jahrhunderts (Bd. IV).* Zürich: Kindler.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagementtherapie. 2. überarbeitete Auflage.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis.* Berlin: Springer.

Kaplan, I. H. & Sadock, B. J. (Eds.). (1985). *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* (Vol. 1, 4th ed., 5th ed. 1995). Baltimore: William & Wilkins.

Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst - Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben.* München: Kindt.

Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression.* New York: Basic Books.

Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships.* New York: Plenum Press.

Kohlenberg, R., Tsai, M., Parker, C., Bollling, M. & Kanter, J. (2000). Focusing on the client-therapist interaction. Functional Psychotherapy: A behavioral approach. *European Psychotherapy 2000, 1*, 21-31.

Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (1985). *Fundamentals of human neuropsychology (2nd ed.).* New York: W. H. Freeman.

Krampen, G. (1981). *Fragebogen zu Kompetenz und Kontrollüberzeugungen (FKK).* Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen.* Göttingen: Hogrefe.

Kretzschmar, A. (1994). *Berufliches Selbstverständnis von Verhaltenstherapeuten.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin.

Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Buhl, S. M. & Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit dem VEV: Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2001* (53), 20-32.

Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2003). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions und responsiveness to patients* (pp. 17-32). London: Oxford University Press.

Landis, C. (1936). A statistical evaluation of psychotherapeutic methods. In S. E. Hinsie (Ed.), *Concepts and problems of psychotherapy.* (pp. 155- 165.). London.

Landman, T. J. & Dawes, R. M. (1982). Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *American Psychology, 37*, 504-576.

Lehr, D. (1996). Der unmotivierte Patient in der psychologischen Sprechstunde. In: E. Bürckstürmer, J. Burmeister, G. Winkler. & K. Würthner (Hrsg.), *Angst und Depression. Theorie und Praxis für Rehabilitationspsychologie.* (S. 185-191). Regensburg: Roderer.

Leuzinger-Bohleber, M. (1985). *Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Lewinsohn, P. H. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory und research.* Washington, DC: Winston-Wiley.

Lieberz, K. & Ciemer, S. (2000). Hintergründe des Abbruches von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut, 45*, 286-291.

Lienert, G. A. (1998). *Testaufbau und Testanalyse.* 2. durchgesehene verbesserte Auflage. Weinheim, Berlin: Verlag Julius Beltz, Hogrefe-Verlag.

Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* München: CIP-Medien. Original: Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder. New York, 1993.

Linehan, M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* München: CIP-Medien.

Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KGG).* Göttingen: Hogrefe.

Luborsky, L. & Auerbach, A. (1985). The therapeutic relationship in psychodynamic psychotherapy: The research evidence and its meaning for practice. In F. A. e. Hales RC (Ed.), *Psychiatry Update American Psychiatric Association Annual Review* (Vol. Vol 4. American Psychiatric Press, pp. 550-561). Washington/DC.

Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1988). Measures of psychoanalytic concepts: The last decade of research from the "Penn Studies". *Journal Psychoanalyse, 69*, 75-86.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for Supportive-Expressive (ES) Treatment.* New York: Basic Books.

Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., O'Brien, C. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry, 42*, 602-611.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry, 32*, 995-1008.

Malan, D. (1980). *Toward the validation of dynamic psychotherapy.* New York: Plenum Press.

Margraf, J. & Brengelmann, C. (Hrsg.). (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Gerhard Röttger

Margraf, J. (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1-2.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Martin, D. G. (1975). *Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozeß.* Salzburg: Müller.

Martin, P. J., Sterne, A. L. & Hunter, M. L. (1976). Share and share alike: Mutuality of expectations and satisfaction with therapy. *Journal Clinical Psychology, 32*, 677-683.

Marziali, E. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Arch Gen Psychiatry, 41*, 301-304.

Marziali, E., Marmar, C. & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapeutic outcome. *American Journal of Psychiatry, 138*, 361-363.

McCallum, M. & Piper, W. E. (1996). Psychological Mindedness Assessment Procedure (PMAP). In: B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung.* (S. 87-102). Opladen: Westdeutscher Verlag.

McNeilly, C. L. & Howard, K. I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research, 1* (1), 74-78.

Mestel, R. (2006). Veränderungsmessung im qstests-Programm, von http://www.qstests.de/info/change.pdf

Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg, J. M. G. v. d. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeuten-Gesetzes.* Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Mielke, R. (Hrsg.) (1982). *Interne/externe Kontrollüberzeugungen*. Bern: Huber

Moscovici, S. (1961). *La Psychoanalyse: Son image et son public.* Paris: Presses Universitaire de Frances.

Mück, H. (2005). *Angst, Depression und Psychosomatik.*, von *www.dr-mueck.de*.

Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept.* Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften VAS.

Nübling, R., Schmidt, J. & Schulz, H. (in Druck). Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. In: E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Nübling, R., Schmidt, J. & Wittmann, W. W. (1998). Die Bedeutung von Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept für die Prognose längerfristiger Behandlungsergebnisse

in der psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften, Band 11, Frankfurt, VDR,* 169-170.

Nübling, R., Schulz, H. & Jürgensen, R. (1999). Psychometrische Überprüfung eines Instruments zur Erfassung der Psychotherapiemotivation. *DRV-Schriften, Band 12, Frankfurt, VDR*, 123-124.

Nübling, R., Schulz, H., Jürgensen, R., Schmidt, J. & Wittmann, W. W. (2001). Erfahrungen mit dem Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation. *DRV-Schriften, 26*, 202-204.

Oelsner, S. (1994). *Das Bild der Psychotherapie aus der Sicht der Bevölkerung.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Prozess and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: Wiley.

Orlinsky, D. E. (1994). „Learning from Many Masters". Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut, 39*, 2-9.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* (S. 270-376). New York: Springer.

Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th ed..* (Vol. 2003, pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.

Paar, G. H. (1997). Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger. Perspektive des Anwenders aus einer psychosomatischen Fachklinik. *Psychotherapeut, 43*, 156-162.

Panzer, S. (1994). *Das Bild der Psychotherapie aus der Sicht der Allgemein-Mediziner.* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin.

Petermann, F. (1978). *Veränderungsmessung.* Stuttgart: Kohlhammer.

Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation.* Weinheim: PVU.

Plog, U. (1976). *Differentielle Psychotherapie II.* Stuttgart: Huber.

Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2002). Stages of Change. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions und responsiveness to patients.* (pp. 303-314). New York: Oxford University Press.

Regli, D. (2001). *Methoden und Ergebnisse der Psychotherapieforschung. Sommersemester 2001.*, von *http://www.cx.unibe.ch/~regli/pthforschung/pthforschung.html.*

Riedel, W.-P. (1989). *Therapiemotivation und Therapieerfolg. Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Therapieergebnis in einer stationären Psychotherapie.* Regensburg: Roderer.

Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung.* Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectances. *Health Psychology, 4*, 219-247.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical wellbeing: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201-228.

Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Therapiemotivation (FMP).* Weinheim: Beltz Test GmbH.

Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L. & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt, 70*, 240-249.

Schulte, D. & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The Dual Model of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science und Practice, 9*, 312-328.

Schulte, D. (1996). *Therapieplanung.* Göttingen: Hogrefe.

Schulte, D. (1998). *Therapieplanung. 2. Aufl.* Göttingen: Hogrefe.

Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In: D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 15-42). Göttingen: Hogrefe.

Schulz, H., Lang, K. & Koch, U. (2002). *Weiterentwicklung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation - FPTM-23.*, 2006, von http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/agpv/FPTM-23%20Entwicklung.pdf

Schulz, H., Nübling, R. & Rüddel, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie, 5*, 89-95.

Schulz, M., Winkler, K. & Schröder., A. (1999). Motive für das Abbruchverhalten von Patienten bei ambulant durchgeführter Psychotherapie. *Report Psychologie, 24*, 266–271.

Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Testdiagnostik in der Psychotherapie. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie (3. Aufl.).* Stuttgart: Thieme.

Schwab, R. (1997). Interpersonales Vertrauen in der psychotherapeutischen Beziehung. In: M. Schweer (Hrsg.), *Interpersonales Vertrauen: Theorien und empirische Befunde.* Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Schwartz, H.-J. (1975). *Zur Prozessforschung in klienten-zentrierter Gesprächspsychotherapie: Bedingungen des Behandlungseffekts in Anfangsgesprächen.* Hamburg: Universität Hamburg.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1983). Erfassung leistungsbezogener und allgemeiner Kontroll- und Kompetenzerwartungen. In: G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.

Shapiro, D. A. (1990). *Lessons in history: Three generations of therapy research. Paper delivered at the Annual Meeting of the Society of Psychotherapy Research.* Wintergreen: USA.

Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., et al. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 147*, 711–718.

Sloane, B., Staples, F., Cristol, A., Yorkston, N. & Whipple, K. (1975). Short-Term Analytically Oriented Psychotherapy Versus Behavior Therapy. *American Journal of Psychiatry, 132*, 373-377.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: John Hopkins University Press.

SPIEGEL. (1994). Gaukler oder Heiler - Was kann die Psychotherapie? *30*, 76-85.

Stahlberg, D., Osnabrügge, G. & Frey, D. (1985). Die Theorie des Selbstwertschutzes und der Selbstwerterhöhung. In: D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie* (Vol. 111: Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien., S. 79-124). Bern: Huber.

Steffanowski, A., Oppl, M., Meyerberg, J., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2001). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Version des Relationship Scales Questionaire (RSQ). In: M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 320-342). Giessen: Psychosozial Verlag.

Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review, 4*, 127-142.

STERN. (1993). Psychotherapien auf dem Prüfstand - Was der Seele hilft. *44*, 112-120.

STERN. (1995). Vorsicht Psycho-Therapie. Das Geschäft mit der Seele. *27*, 36-46.

Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). Veränderungsmessung. In: R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. 2., überarb. und erweiterte Auflage* (S. 21-38). Stuttgart: Thieme.

Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 439-458.

Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1995). Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomtische Medizin und Psychoanalyse, 41*, 127-140.

Strauß, B., Hüttmann, B. & Schulz, N. (1997). Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 47*, 58 - 63.

Strupp, H. & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key.* New York: Basic Books.

Strupp, H. & Binder, J. (1991). *Kurzpsychotherapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Strupp, H. (1980a). Success and failure in time-limited psychotherapy. Comparison 1. *Arch Gen Psychiatry, 37*, 595-603.

Strupp, H. (1980b). Success and failure in time-limited psychotherapy. Comparison 2. *Arch Gen Psychiatry, 37*, 708-716.

Strupp, H. (1980c). Success and failure in time-limited psychotherapy. Comparison 3. *Arch Gen Psychiatry, 37*, 831-841.

Strupp, H. (1980d). Success and failure in time-limited psychotherapy. Comparison 3. *Arch Gen Psychiatry, 37*, 947-954.

Sulz, S. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie - Wege zur effizienten Psychotherapie.* München: CIP-Medien.

Sulz, S. (2001). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapiepraxis. *Psychotherapie 6. Jahrgang 2001., 6* (1), S. 30-56.

Sulz, S. (2002). *Praxis-Manual: Strategien der Veränderung des Erlebens und Verhaltens.* München: CIP-Medien.

Sulz, S. (2005). Die VDS90-Symptomliste - eine Alternative zur SCL90-R. *Psychotherapie 10 Jahrgang 2005, 10*, 38-48.

Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1991). Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (5), 704-714.

Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., Pilkonis, P. A., Hurley, K., et al. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry, 54*, 1009-1015.

Tönnies, S., Plöhn, S. & Krippendorf, U. (1996). *Skalen zur psychischen Gesundheit (SPG).* Testmanual. Heidelberg: Asanger.

Tryon, G. S. & Winograd, G. (2001). Goal Consensus and collaboration. *Psychotherapy and Psychosomatics, 38* (8), 385-389.

Tscheulin, D. & Glossner, A. (2001). Die deutsche Übertragung der INTREX „Longform Questionaires“: Validität und Auswertungsgrundlagen der SASB-Fragebogenmethode. In: W. Tress (Hrsg.), *Die Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens – SASB. Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie.* (S. 123-155). Heidelberg: Asanger Verlag.

Tscheulin, D. & Harms, R. (2001). *Make Maps Win – Software zur Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens SASB. Copyright Tscheulin 2001 und University of Utah, 2001.* München: CIP-Medien.

Tschuschke, V., Heckrath, C. & Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer.* Göttingen: Vandenboeck & Ruprecht.

Turnitz, G. v. (Hrsg.) (1998). *Der neue Zitatenschatz. Kluge Gedanken und treffende Formulierungen aus drei Jahrtausenden.* Klagenfurt: Neuer Kaiser Verlag.

Watkins, P. L., Clum, G. A. & Borden, J. W. (1990). Imagery-induced arousal in individuals with panic disorder. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 37-46.

Watzlawik, P. (1992). *Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und "Wirklichkeit".* München: Piper.

Winkler, N. (2001). Eine Reanalyse der Daten der Fachklinik Heiligenfeld (FKH). In: W. Belschner, J. Galuska, H. Walach & E. Zundel (Hrsg.), *Perspektiven Transpersonaler Forschung*. Oldenburg: BIS Oldenburg.

Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau, 37*, 20-40.

Wolitzky, D. L. & Reuben, R. (1974). Psychological mindedness. *Journal of Clinical Psychology, 30* (1), 26-30.

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978b). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV).* Weinheim: Beltz Test.

Zielke, M. (1982a). Probleme und Ergebnisse der Veränderungsmessung. In: M. Zielke (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 41-59). Stuttgart: Kohlhammer.

Zimmer, D. (1983). *Die therapeutische Beziehung.* Weinheim: edition psychologie.

Zimmer, D. E. (1988). Für alle ein Preis und ein Dämpfer. *DIE ZEIT, 30,* 32.

Znoj, H. & Grawe, K. (2003). *Wirkfaktoren der allgemeinen Psychotherapie*. Unveröffentlichtes Manuskript, Bern.

Zöfel, P. (2003). Statistik für Psychologen im Klartext. München: Pearson Studium.

Anhang

10 Anhang

10.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Tab. 41: Beschreibung der Gesamtstichprobe

		Geschlecht					
		beide		weiblich		männlich	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
				212	62.0	130	38.0
Alter		AM	SD	AM	SD	AM	SD
		38.19	12.03	38.35	10.91	38.09	12.69
		N = 342		N = 212		N = 130	
Nationalität	Deutsch	328	95.9	202	61.6	126	38.4
	Deutscher Übersiedler/Spätaussiedler	1	.3	1	100.0		
	andere Nationalität	13	3.8	9	69.2	4	30.8
Familienstand	ledig	150	43.9	89	59.3	61	40.7
	verheiratet	124	36.3	76	61.3	48	38.7
	getrennt lebend	13	3.8	9	69.2	4	30.8
	geschieden	48	14.0	31	64.6	17	35.4
	verwitwet	6	1.8	6	100.0		
	fehlend	1	.3	1	43.3		56.7
Partnersituation	kurzfristig kein Partner	30	8.8	13	66.7	17	33.3
	langfristig/dauerhaft kein Partner	78	22.8	52	33.3	26	66.7
	wechselnder Partner	3	.9	1	60.8	2	39.2
	fester Partner (Ehepartner)	120	35.1	73	64.8	47	35.2
	fester Partner (nicht Ehepartner)	108	31.6	70	100.0	38	
	fehlend	3	.9	3	61.7		38.3
Haushaltssituation	versorgt im Haushalt der Eltern	47	13.7	29	100.0	18	
	mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam	1	.3	1	62.6		37.4
	eigener Haushalt (mit Partner. eigener Famlie etc.)	281	82.2	176	40.0	105	60.0
	Wohngemeinschaft	10	2.9	4	50.0	6	50.0
	sonstiger Haushalt	2	.6	1	100.0	1	
	fehlend	1	.3	1	100.0		
		AM	SD	AM	SD	AM	SD
	Wochen der Arbeitsunfähigkeit	355	193	331	156	359	206
		N = 12		N = 10		N = 2	

		Geschlecht					
		beide		Weiblich		männlich	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Wohnsituation	Privatwohnung. möbl. Zimmer, Wohnungsgemeinschaft.	335	98.0	207	61.8	128	38.2
	betreutes Einzelwohnen/betreute Wohngruppe	6	1.8	4	66.7	2	33.3
	fehlend	1	.3	1	100.0		
Schulabschluß	noch in der Schule	1	.3	1	100.0		
	kein Schulabschluß	7	2.0	5	71.4	2	28.6
	Sonderschulabschluß	1	.3	1	100.0		
	Hauptschul-/ Volksschulabschluss	108	31.6	58	53.7	50	46.3
	Realschulabschluß/ mittlere Reife/ polytechn. Oberschule	125	36.5	87	69.6	38	30.4
	Fachabitur/Abitur	98	28.7	58	59.2	40	40.8
	fehlend	2	.6	2	100.0		
Höchster Berufsabschluß	noch in der Berufsausbildung	11	3.2	9	81.8	2	18.2
	Lehre/Fachschule	214	62.6	133	62.1	81	37.9
	Meister	4	1.2	1	25.0	3	75.0
	Fachhochschule/Universität	38	11.1	19	50.0	19	50.0
	ohne Berufsabschluß	74	21.6	49	66.2	25	33.8
	fehlend	1	.3	1	100.0		
Laufendes Rentenverfahren?	nein	323	94.4	198	61.3	125	38.7
	Rentenantrag	8	2.3	5	62.5	3	37.5
	Zeitrente	10	2.9	8	80.0	2	20.0
	fehlend	1	.3	1	100.0		
Medikamenteneinnahme	nein	108	31.6	58	53.7	50	46.3
	ja	233	68.1	153	65.7	80	34.3
	fehlend	1	.3	1	100.0		

		Geschlecht					
		Beide		weiblich		männlich	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
zuletzt ausgeübter Beruf	un-/angelernter Arbeiter, Facharbeiter	33	9.6	12	36.4	21	63.6
	nicht selbst. Handwerker	4	1.2			4	100.0
	einfacher Angestellter/ Beamter	217	63.5	144	66.4	73	33.6
	mittl. Angestellter, Beamter im mittleren Dienst	22	6.4	14	63.6	8	36.4
	höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst.	15	4.4	6	40.0	9	60.0
	Hochqual./ltd. Angest, Beamter im höh. Dienst	3	.9	2	66.7	1	33.3
	selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb).	3	.9	2	66.7	1	33.3
	selbstständiger Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer.	5	1.5	2	40.0	3	60.0
	nie erwerbstätig	34	9.9	26	76.5	8	23.5
	unbekannt/unklar	3	.9	2	66.7	1	33.3
	fehlend	3	.9	2	66.7	1	33.3
Beruf des Meistverdienenden in Partnerschaften	Ich lebe allein im Haushalt oder ich bin selbst derjenige, der am meisten verdient.	79	23.1	52	65.8	27	34.2
	un-/angelernter Arbeiter, Facharbeiter.	17	5.0	3	17.6	14	82.4
	nicht selbst. Handwerker	10	2.9	5	50.0	5	50.0
	einfacher Angestellter/Beamter	149	43.6	98	65.8	51	34.2
	mittl. Angestellter, Beamter im mittl. Dienst.	24	7.0	13	54.2	11	45.8
	höher qual, Angest., Beamter im geh. Dienst.	20	5.8	11	55.0	9	45.0
	hochqualifizierter/ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst selbst. Handwerker.	3	.9	2	66.7	1	33.3
	Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb).	1	.3	1	100.0		
	selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb).	4	1.2	2	50.0	2	50.0
	selbst. Akad., Freiberufler, größ. Unternehmer.	7	2.0	5	71.4	2	28.6
	nie erwerbstätig	12	3.5	9	75.0	3	25.0
	unbekannt/unklar	2	.6	1	50.0	1	50.0
	fehlend	14	4.1	10	71.4	4	28.6

		Geschlecht					
		beide		weiblich		männlich	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Jetzige berufliche Situation	berufstätig, Vollzeit	136	39.8	65	47.8	71	52.2
	berufstätig, Teilzeit	46	13.5	39	84.8	7	15.2
	Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	18	5.3	18	100.0		
	Ausbildung	35	10.2	25	71,4	10	28.6
	Wehr-/Zivildienst/freiwilliges soziales Jahr	1	.3			1	100.0
	beschützt beschäftigt	2	.6	2	100.0		
	arbeitslos gemeldet	64	18.7	36	56.3	28	43.8
	Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer	1	.3			1	100.0
	Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit	4	1.2	4	100.0		
	Frührente/ Altersrente/ Pension	15	4.4	8	53.3	7	46.7
	Witwen/ Witwer-Rente	2	.6	1	50.0	1	50.0
	anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	7	2.0	5	71.4	2	28.6
	unbekannt/ unklar	7	2.0	6	85.7	1	14.3
	fehlend	4	1.2	3	75.0	1	25.0
Motivationsart	fremd-motiviert	103	49.8	68	66.0	35	34.0
	eigen-motiviert	104	50.2	60	57.7	44	42.3
	fehlend	135	39.5	84	62.2	51	37.8
Änderungssensitivität	nein	107	51.7	62	57.9	45	42.1
	ja	100	48.3	66	66.0	34	34.0
	fehlend	135	39.5	84	62.2	51	37.8
Ist VT eine Psychotherapie?	nein	53	25.7	34	64.2	19	35.8
	ja	153	74.3	93	60.8	60	39.2
	fehlend	136	39.5	85	62.5	51	37.5
Haben Sie Vorwissen über Psychotherapie?	nein	131	63.6	72	55.0	59	45.0
	ja	76	36.7	56	73.7	20	26.3
	fehlend	135	39.5	84	62.2	51	37.8

Für die Variablen Motivationsart, Änderungssensitivität, „Ist VT eine Psychotherapie?“ und „Haben Sie Vorwissen über Psychotherapie?“ wurden die Anzahlen und fehlend nicht in die Prozentangaben mit einbezogen.

10.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe

10.2.1 Beruf x Geschlecht

Tab. 42: Beruf x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe

Zuletzt ausgeübter Beruf * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		
			1 männlich	2 weiblich	Gesamt
Zuletzt ausgeübter Beruf	1 un-/angelernter Arbeiter, Facharbeiter	Anzahl	21	12	33
		% von Geschlecht	16,3%	5,7%	9,7%
	2 nicht selbst. Handwerker	Anzahl	4	0	4
		% von Geschlecht	3,1%	,0%	1,2%
	3 einfacher Angestellter/Beamter	Anzahl	73	144	217
		% von Geschlecht	56,6%	68,6%	64,0%
	4 mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst	Anzahl	8	14	22
		% von Geschlecht	6,2%	6,7%	6,5%
	5 höher qual. Angestellter, Beamter im gehob. Dienst	Anzahl	9	6	15
		% von Geschlecht	7,0%	2,9%	4,4%
	6 hochqual./ltd. Angestellter, Beamter im höh. Dienst	Anzahl	1	2	3
		% von Geschlecht	,8%	1,0%	,9%
	7 Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	Anzahl	1	2	3
		% von Geschlecht	,8%	1,0%	,9%
	9 selbst. Akad., Freiberufler, größ. Unternehmer	Anzahl	3	2	5
		% von Geschlecht	2,3%	1,0%	1,5%
	10 nie erwerbstätig	Anzahl	8	26	34
		% von Geschlecht	6,2%	12,4%	10,0%
	11 unbekannt/unklar	Anzahl	1	2	3
		% von Geschlecht	,8%	1,0%	,9%
Gesamt		Anzahl	129	210	339
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

				Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
					99%-Konfidenzintervall	
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	24,707[a]	9	,003	,001[b]	,000	,002
Likelihood-Quotient	25,668	9	,002	,004[b]	,002	,005
Exakter Test nach Fisher	24,160			,001[b]	,000	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	3,815[c]	1	,051	,056[b]	,050	,062
Anzahl der gültigen Fälle	339					

a. 10 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,14.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 798170768.

c. Die standardisierte Statistik ist 1,953.

10.2.2 Meistverdienender x Geschlecht

Tab. 43: Meistverdienender x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Meistverdienender ist von Beruf? * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		Gesamt
			1 männlich	2 weiblich	
Meistverdienender ist von Beruf?	1 Ich lebe allein im Haushalt o. verdiene selbst am meisten.	Anzahl	27	52	79
		% von Geschlecht	21,4%	25,7%	24,1%
	2 un-/angel. Arbeiter, Facharbeiter	Anzahl	14	3	17
		% von Geschlecht	11,1%	1,5%	5,2%
	3 nicht selbst. Handwerker	Anzahl	5	5	10
		% von Geschlecht	4,0%	2,5%	3,0%
	4 einfacher Angestellter/Beamter	Anzahl	51	98	149
		% von Geschlecht	40,5%	48,5%	45,4%
	5 mittl. Ang., Beamter im mittl. Dienst	Anzahl	11	13	24
		% von Geschlecht	8,7%	6,4%	7,3%
	6 höh. qual. Angestellter, Beamter im geh. Dienst	Anzahl	9	11	20
		% von Geschlecht	7,1%	5,4%	6,1%
	7 hochqual./ltd. Ang., Beamter im höh. Dienst	Anzahl	1	2	3
		% von Geschlecht	,8%	1,0%	,9%
	8 Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	Anzahl	0	1	1
		% von Geschlecht	,0%	,5%	,3%
	9 selbst. Handw., Landw., Gewerbetreibender (mittl. Betrieb)	Anzahl	2	2	4
		% von Geschlecht	1,6%	1,0%	1,2%
	10 selbst. Akad., Freib., größ. Unternehmer	Anzahl	2	5	7
		% von Geschlecht	1,6%	2,5%	2,1%
	11 nie erwerbstätig	Anzahl	3	9	12
		% von Geschlecht	2,4%	4,5%	3,7%
	12 unbekannt/unklar	Anzahl	1	1	2
		% von Geschlecht	,8%	,5%	,6%
Gesamt		Anzahl	126	202	328
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	19,265[a]	11	,057	,040[b]	,035	,045
Likelihood-Quotient	19,644	11	,050	,084[b]	,077	,091
Exakter Test nach Fisher	19,347			,032[b]	,028	,037
Zusammenhang linear-mit-linear	,466[c]	1	,495	,500[b]	,487	,513
Anzahl der gültigen Fälle	328					

a. 12 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,38.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 1375875719.

c. Die standardisierte Statistik ist ,683.

10.2.3 Jetzige Berufsituation x Geschlecht

Tab. 44: Jetzige Berufsituation x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe

Zuletzt ausgeübter Beruf * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		
			1 männlich	2 weiblich	Gesamt
Zuletzt ausgeübter Beruf	1 un-/angelernter Arbeiter, Facharbeiter	Anzahl	21	12	33
		% von Geschlecht	16,3%	5,7%	9,7%
	2 nicht selbst. Handwerker	Anzahl	4	0	4
		% von Geschlecht	3,1%	,0%	1,2%
	3 einfacher Angestellter/Beamter	Anzahl	73	144	217
		% von Geschlecht	56,6%	68,6%	64,0%
	4 mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst	Anzahl	8	14	22
		% von Geschlecht	6,2%	6,7%	6,5%
	5 höher qual. Angestellter, Beamter im gehob. Dienst	Anzahl	9	6	15
		% von Geschlecht	7,0%	2,9%	4,4%
	6 hochqual./ltd. Angestellter, Beamter im höh. Dienst	Anzahl	1	2	3
		% von Geschlecht	,8%	1,0%	,9%
	7 Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)	Anzahl	1	2	3
		% von Geschlecht	,8%	1,0%	,9%
	9 selbst. Akad., Freiberufler, größ. Unternehmer	Anzahl	3	2	5
		% von Geschlecht	2,3%	1,0%	1,5%
	10 nie erwerbstätig	Anzahl	8	26	34
		% von Geschlecht	6,2%	12,4%	10,0%
	11 unbekannt/unklar	Anzahl	1	2	3
		% von Geschlecht	,8%	1,0%	,9%
Gesamt		Anzahl	129	210	339
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

			Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
					99%-Konfidenzintervall	
	Wert	df		Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	24,707[a]	9	,003	,001[b]	,000	,002
Likelihood-Quotient	25,668	9	,002	,004[b]	,002	,005
Exakter Test nach Fisher	24,160			,001[b]	,000	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	3,815[c]	1	,051	,056[b]	,050	,062
Anzahl der gültigen Fälle	339					

a. 10 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,14.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 798170768.

c. Die standardisierte Statistik ist 1,953.

10.2.4 Medikation x Geschlecht

Tab. 45: Medikation x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Medikamenteinnahme * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		
			1 männlich	2 weiblich	Gesamt
Medikamenteinnahme	0 nein	Anzahl	50	58	108
		% von Geschlecht	38,5%	27,5%	31,7%
	1 ja	Anzahl	80	153	233
		% von Geschlecht	61,5%	72,5%	68,3%
Gesamt		Anzahl	130	211	341
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,476[b]	1	,034	,042
Kontinuitätskorrektur[a]	3,983	1	,046	
Likelihood-Quotient	4,428	1	,035	,042
Exakter Test nach Fisher				,042
Zusammenhang linear-mit-linear	4,463[c]	1	,035	,042
Anzahl der gültigen Fälle	341			

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 41,17.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,113.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.2.5 Therapievorwissen x Geschlecht

Tab. 46: Therapievorwissen x Geschlecht – Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Therapievorwissen? * Geschlecht Kreuztabelle

			Geschlecht		
			1 männlich	2 weiblich	Gesamt
Therapievorwissen?	0 nein	Anzahl	59	72	131
		% von Geschlecht	74,7%	56,3%	63,3%
	1 ja	Anzahl	20	56	76
		% von Geschlecht	25,3%	43,8%	36,7%
Gesamt		Anzahl	79	128	207
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	7,144[b]	1	,008	,008	,005	
Kontinuitätskorrektur[a]	6,373	1	,012			
Likelihood-Quotient	7,338	1	,007	,008	,005	
Exakter Test nach Fisher				,008	,005	
Zusammenhang linear-mit-linear	7,109[c]	1	,008	,008	,005	,003
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 29,00.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,666.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.3 Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe

10.3.1 Familienstand x Altergruppe (Median = 38 J.)

Tab. 47: Familienstand x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Familienstand * Altersgruppen Kreuztabelle

			Altersgruppen		
			1 Jüngere (<38)	2 Ältere (>38)	Gesamt
Familienstand	1 ledig	Anzahl	118	32	150
		% von Altersgruppen	69,4%	18,7%	44,0%
	2 verheiratet	Anzahl	43	81	124
		% von Altersgruppen	25,3%	47,4%	36,4%
	3 getrennt lebend	Anzahl	1	12	13
		% von Altersgruppen	,6%	7,0%	3,8%
	4 geschieden	Anzahl	7	41	48
		% von Altersgruppen	4,1%	24,0%	14,1%
	5 verwitwet	Anzahl	1	5	6
		% von Altersgruppen	,6%	2,9%	1,8%
Gesamt		Anzahl	170	171	341
		% von Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%

10.3.2 Partnersituation x Altersgruppe (Median = 38 J.)

Tab. 48: Partnersituation x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Partnersituation * Altersgruppen Kreuztabelle

			Altersgruppen		
			1 Jüngere (<38)	2 Ältere (>38)	Gesamt
Partnersituation	1 kurzfristig kein Partner	Anzahl	24	6	30
		% von Altersgruppen	14,2%	3,5%	8,8%
	2 langfristig/dauerhaft kein Partner	Anzahl	43	35	78
		% von Altersgruppen	25,4%	20,6%	23,0%
	3 wechselnder Partner	Anzahl	3	0	3
		% von Altersgruppen	1,8%	,0%	,9%
	4 fester Partner (Ehepartner)	Anzahl	39	81	120
		% von Altersgruppen	23,1%	47,6%	35,4%
	5 fester Partner (nicht Ehepartner)	Anzahl	60	48	108
		% von Altersgruppen	35,5%	28,2%	31,9%
Gesamt		Anzahl	169	170	339
		% von Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	30,651[a]	4	,000	,000[b]	,000	,000
Likelihood-Quotient	32,895	4	,000	,000[b]	,000	,000
Exakter Test nach Fisher	30,788			,000[b]	,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	5,929[c]	1	,015	,016[b]	,012	,019
Anzahl der gültigen Fälle	339					

a. 2 Zellen (20,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,50.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 657873220.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,435.

10.3.3 Haushaltssituation x Altersgruppe (Median = 38 J.)

Tab. 49: Haushaltssituation x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Haushaltssituation * Altersgruppen Kreuztabelle

			Altersgruppen		
			1 Jüngere (<38)	2 Ältere (>38)	Gesamt
Haushaltssituation	1 versorgt im Haushalt der Eltern	Anzahl	39	8	47
		% von Altersgruppen	22,9%	4,7%	13,8%
	2 mit Ellern oder Schwiegereltern gemeinsam	Anzahl	1	0	1
		% von Altersgruppen	,6%	,0%	,3%
	3 eigener Haushalt (mit Partner, eigener Famlie etc.)	Anzahl	122	159	281
		% von Altersgruppen	71,8%	93,0%	82,4%
	4 Wohngemeinschaft	Anzahl	7	3	10
		% von Altersgruppen	4,1%	1,8%	2,9%
	9 sonstiger Haushalt	Anzahl	1	1	2
		% von Altersgruppen	,6%	,6%	,6%
Gesamt		Anzahl	170	171	341
		% von Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	27,916[a]	4	,000	,000[b]	,000	,000
Likelihood-Quotient	30,186	4	,000	,000[b]	,000	,000
Exakter Test nach Fisher	29,297			,000[b]	,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	13,690[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000
Anzahl der gültigen Fälle	341					

a. 5 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,50.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 70348221.

c. Die standardisierte Statistik ist 3,700.

10.3.4 Schulabschluß x Altersgruppe (Median = 38 J.)

Tab. 50: Schulabschluß x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Schulabschluß * Altersgruppen Kreuztabelle

			Altersgruppen		
			1 Jüngere (<38)	2 Ältere (>38)	Gesamt
Schulabschluß	1 noch in der Schule	Anzahl	1	0	1
		% von Altersgruppen	,6%	,0%	,3%
	2 kein Schulabschluß	Anzahl	5	2	7
		% von Altersgruppen	2,9%	1,2%	2,1%
	3 Sonderschulabschluß	Anzahl	0	1	1
		% von Altersgruppen	,0%	,6%	,3%
	4 Hauptschul-/Volksschulabschluß	Anzahl	32	76	108
		% von Altersgruppen	18,8%	44,7%	31,8%
	5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule	Anzahl	76	49	125
		% von Altersgruppen	44,7%	28,8%	36,8%
	6 Fachabitur/Abitur	Anzahl	56	42	98
		% von Altersgruppen	32,9%	24,7%	28,8%
Gesamt		Anzahl	170	170	340
		% von Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	29,044[a]	5	,000	,000[b]	,000	,000
Likelihood-Quotient	30,444	5	,000	,000[b]	,000	,000
Exakter Test nach Fisher	29,194			,000[b]	,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	7,729[c]	1	,005	,006[b]	,004	,008
Anzahl der gültigen Fälle	340					

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,50.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 1870702949.

c. Die standardisierte Statistik ist -2,780.

10.3.5 Medikamenteneinnahme x Altersgruppe (Median = 38 J.)

Tab. 51: Medikamenteneinnahme x Altersgruppe – Altersspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Medikamenteinnahme * Altersgruppen Kreuztabelle

			Altersgruppen		Gesamt
			1 Jüngere (<38)	2 Ältere (>38)	
Medikamenteinnahme	0 nein	Anzahl	71	37	108
		% von Altersgruppen	41,8%	21,6%	31,7%
	1 ja	Anzahl	99	134	233
		% von Altersgruppen	58,2%	78,4%	68,3%
Gesamt		Anzahl	170	171	341
		% von Altersgruppen	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	15,958[b]	1	,000	,000
Kontinuitätskorrektur[a]	15,042	1	,000	
Likelihood-Quotient	16,162	1	,000	,000
Exakter Test nach Fisher				,000
Zusammenhang linear-mit-linear	15,912[c]	1	,000	,000
Anzahl der gültigen Fälle	341			

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 53,84.

c. Die standardisierte Statistik ist 3,989.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.4 Motivationsbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe

10.4.1 Partnersituation x Motivation

Tab. 52: Partnersituation x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Partnersituation * fremd-/eigenmotiviert Kreuztabelle

			fremd-/eigenmotiviert		
			0 fremdmotiviert	1 eigenmotiviert	Gesamt
Partnersituation	1 kurzfristig kein Partner	Anzahl	6	13	19
		% von fremd-/eigenmotiviert	5,8%	12,5%	9,2%
	2 langfristig/dauerhaft kein Partner	Anzahl	30	18	48
		% von fremd-/eigenmotiviert	29,1%	17,3%	23,2%
	3 wechselnder Partner	Anzahl	2	0	2
		% von fremd-/eigenmotiviert	1,9%	,0%	1,0%
	4 fester Partner (Ehepartner)	Anzahl	40	28	68
		% von fremd-/eigenmotiviert	38,8%	26,9%	32,9%
	5 fester Partner (nicht Ehepartner)	Anzahl	25	45	70
		% von fremd-/eigenmotiviert	24,3%	43,3%	33,8%
Gesamt		Anzahl	103	104	207
		% von fremd-/eigenmotiviert	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

				Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
					99%-Konfidenzintervall	
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	15,406[a]	4	,004	,002[b]	,001	,003
Likelihood-Quotient	16,364	4	,003	,003[b]	,002	,004
Exakter Test nach Fisher	14,949			,003[b]	,002	,004
Zusammenhang linear-mit-linear	1,606[c]	1	,205	,217[b]	,207	,228
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. 2 Zellen (20,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,00.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 825631501.

c. Die standardisierte Statistik ist 1,267.

10.4.2 Schulabschluß x Motivation

Tab. 53: Schulabschluß x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Schulabschluß * fremd-/eigenmotiviert Kreuztabelle

			fremd-/eigenmotiviert		
			0 fremdmotiviert	1 eigenmotiviert	Gesamt
Schulabschluß	1 noch in der Schule	Anzahl	0	1	1
		% von fremd-/eigenmotiviert	,0%	1,0%	,5%
	2 kein Schulabschluß	Anzahl	0	4	4
		% von fremd-/eigenmotiviert	,0%	3,9%	1,9%
	3 Sonderschulabschluß	Anzahl	1	0	1
		% von fremd-/eigenmotiviert	1,0%	,0%	,5%
	4 Hauptschul-/Volksschulabschluß	Anzahl	36	27	63
		% von fremd-/eigenmotiviert	35,0%	26,2%	30,6%
	5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule	Anzahl	45	38	83
		% von fremd-/eigenmotiviert	43,7%	36,9%	40,3%
	6 Fachabitur/Abitur	Anzahl	21	33	54
		% von fremd-/eigenmotiviert	20,4%	32,0%	26,2%
Gesamt		Anzahl	103	103	206
		% von fremd-/eigenmotiviert	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall Untergrenze	99%-Konfidenzintervall Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	10,543[a]	5	,061	,028[b]	,024	,032
Likelihood-Quotient	12,888	5	,024	,021[b]	,018	,025
Exakter Test nach Fisher	10,090			,033[b]	,029	,038
Zusammenhang linear-mit-linear	,288[c]	1	,592	,650[b]	,637	,662
Anzahl der gültigen Fälle	206					

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,50.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 1587225672.

c. Die standardisierte Statistik ist ,536.

10.4.3 Veränderungssensitivität x Motivation

Tab. 54: Veränderungssensitivität x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

veränderungssensitiv? * fremd-/eigenmotiviert Kreuztabelle

			fremd-/eigenmotiviert		
			0 fremdmotiviert	1 eigenmotiviert	Gesamt
veränderungssensitiv?	0 nein	Anzahl	64	43	107
		% von fremd-/eigenmotiviert	62,1%	41,3%	51,7%
	1 ja	Anzahl	39	61	100
		% von fremd-/eigenmotiviert	37,9%	58,7%	48,3%
Gesamt		Anzahl	103	104	207
		% von fremd-/eigenmotiviert	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	8,957[b]	1	,003	,003	,002	
Kontinuitätskorrektur[a]	8,144	1	,004			
Likelihood-Quotient	9,023	1	,003	,003	,002	
Exakter Test nach Fisher				,003	,002	
Zusammenhang linear-mit-linear	8,914[c]	1	,003	,003	,002	,001
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 49,76.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,986.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.4.4 Therapievorwissen x Motivation

Tab. 55: Therapievorwissen x Motivation – Motivationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Therapievorwissen? * fremd-/eigenmotiviert Kreuztabelle

			fremd-/eigenmotiviert		
			0 fremdmotiviert	1 eigenmotiviert	Gesamt
Therapievorwissen?	0 nein	Anzahl	75	56	131
		% von fremd-/eigenmotiviert	72,8%	53,8%	63,3%
	1 ja	Anzahl	28	48	76
		% von fremd-/eigenmotiviert	27,2%	46,2%	36,7%
Gesamt		Anzahl	103	104	207
		% von fremd-/eigenmotiviert	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	8,014[b]	1	,005	,006	,004	
Kontinuitätskorrektur[a]	7,219	1	,007			
Likelihood-Quotient	8,086	1	,004	,006	,004	
Exakter Test nach Fisher				,006	,004	
Zusammenhang linear-mit-linear	7,976[c]	1	,005	,006	,004	,002
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 37,82.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,824.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.5 Medikationsbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe

10.5.1 Jetzige Berufssituation x Medikation

Tab. 56: Jetzige Berufssituation x Medikation – Medikationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe (Test).

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	18,884[a]	12	,091	,067[b]	,061	,073
Likelihood-Quotient	21,942	12	,038	,052[b]	,046	,058
Exakter Test nach Fisher	17,953			,068[b]	,061	,074
Zusammenhang linear-mit-linear	6,439[c]	1	,011	,011[b]	,008	,014
Anzahl der gültigen Fälle	338					

a. 15 Zellen (57,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,32.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 1127186118.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,538.

Jetzige Berufssituation * Medikamenteinnahme Kreuztabelle

			Medikamenteinnahme 0 nein	1 ja	Gesamt
Jetzige Berufssituation	1 berufstätig, Vollzeit	Anzahl	50	86	136
		% von Medikamenteinnahme	46,7%	37,2%	40,2%
	2 berufstätig, Teilzeit	Anzahl	16	30	46
		% von Medikamenteinnahme	15,0%	13,0%	13,6%
	5 Hausfrau/-mann, nicht berufstätig	Anzahl	4	14	18
		% von Medikamenteinnahme	3,7%	6,1%	5,3%
	6 Ausbildung	Anzahl	16	19	35
		% von Medikamenteinnahme	15,0%	8,2%	10,4%
	7 Wehr-/Zivildienst/freiwilliges soziales Jahr	Anzahl	1	0	1
		% von Medikamenteinnahme	,9%	,0%	,3%
	8 beschützt beschäftigt	Anzahl	0	2	2
		% von Medikamenteinnahme	,0%	,9%	,6%
	9 arbeitslos gemeldet	Anzahl	14	50	64
		% von Medikamenteinnahme	13,1%	21,6%	18,9%
	11 Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer	Anzahl	0	1	1
		% von Medikamenteinnahme	,0%	,4%	,3%
	12 Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit	Anzahl	1	3	4
		% von Medikamenteinnahme	,9%	1,3%	1,2%
	13 Frührente/Altersrente/Pension	Anzahl	1	14	15
		% von Medikamenteinnahme	,9%	6,1%	4,4%
	14 Witwen/Witwer-Rente	Anzahl	0	2	2
		% von Medikamenteinnahme	,0%	,9%	,6%
	15 anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	Anzahl	1	6	7
		% von Medikamenteinnahme	,9%	2,6%	2,1%
	16 unbekannt/unklar	Anzahl	3	4	7
		% von Medikamenteinnahme	2,8%	1,7%	2,1%
Gesamt		Anzahl	107	231	338
		% von Medikamenteinnahme	100,0%	100,0%	100,0%

10.5.2 Partnersituation x Medikation

Tab. 57: Partnersituation x Medikation – Medikationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Partnersituation * Medikamenteinnahme Kreuztabelle

			Medikamenteinnahme		
			0 nein	1 ja	Gesamt
Partnersituation	1 kurzfristig kein Partner	Anzahl	18	12	30
		% von Medikamenteinnahme	16,8%	5,2%	8,8%
	2 langfristig/dauerhaft kein Partner	Anzahl	14	64	78
		% von Medikamenteinnahme	13,1%	27,6%	23,0%
	3 wechselnder Partner	Anzahl	2	1	3
		% von Medikamenteinnahme	1,9%	,4%	,9%
	4 fester Partner (Ehepartner)	Anzahl	33	87	120
		% von Medikamenteinnahme	30,8%	37,5%	35,4%
	5 fester Partner (nicht Ehepartner)	Anzahl	40	68	108
		% von Medikamenteinnahme	37,4%	29,3%	31,9%
Gesamt		Anzahl	107	232	339
		% von Medikamenteinnahme	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

				Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
					99%-Konfidenzintervall	
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	22,050[a]	4	,000	,000[b]	,000	,000
Likelihood-Quotient	21,603	4	,000	,000[b]	,000	,000
Exakter Test nach Fisher	21,579			,000[b]	,000	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	,002[c]	1	,966	,969[b]	,965	,974
Anzahl der gültigen Fälle	339					

a. 2 Zellen (20,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,95.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 724056468.

c. Die standardisierte Statistik ist -,043.

10.6 Unterschiede in der Gesamtstichprobe in Abhängigkeit von der Veränderungssensitivität.

10.6.1 Nationalität x Veränderungssensitivität

Tab. 58: Nationalität x Veränderungssensitivität – Veränderungsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Nationalität * veränderungssensitiv? Kreuztabelle

			veränderungssensitiv?		
			0 nein	1 ja	Gesamt
Nationalität	1 Deutsch	Anzahl	100	98	198
		% von veränderungssensitiv?	93,5%	98,0%	95,7%
	2 Deutscher Übersiedler/Spätaussiedler	Anzahl	0	1	1
		% von veränderungssensitiv?	,0%	1,0%	,5%
	4 andere Nationalität	Anzahl	7	1	8
		% von veränderungssensitiv?	6,5%	1,0%	3,9%
Gesamt		Anzahl	107	100	207
		% von veränderungssensitiv?	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	5,290[a]	2	,071	,049[b]	,043	,054
Likelihood-Quotient	6,232	2	,044	,049[b]	,043	,054
Exakter Test nach Fisher	5,122			,049[b]	,043	,054
Zusammenhang linear-mit-linear	3,715[c]	1	,054	,065[b]	,059	,072
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. 4 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,48.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 1602595041.

c. Die standardisierte Statistik ist -1,928.

10.6.2 Therapievorwissen x Veränderungssensitivität

Tab. 59: Therapievorwissen x Veränderungssensitivität – Medikationsspezifische Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Therapievorwissen? * veränderungssensitiv? Kreuztabelle

			veränderungssensitiv?		
			0 nein	1 ja	Gesamt
Therapievorwissen?	0 nein	Anzahl	76	55	131
		% von veränderungssensitiv?	71,0%	55,0%	63,3%
	1 ja	Anzahl	31	45	76
		% von veränderungssensitiv?	29,0%	45,0%	36,7%
Gesamt		Anzahl	107	100	207
		% von veränderungssensitiv?	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5,715[b]	1	,017	,021	,012	
Kontinuitätskorrektur[a]	5,046	1	,025			
Likelihood-Quotient	5,738	1	,017	,021	,012	
Exakter Test nach Fisher				,021	,012	
Zusammenhang linear-mit-linear	5,688[c]	1	,017	,021	,012	,007
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 36,71.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,385.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.7 Meinungsbedingte Unterschiede (VT = Psychotherapie?) in der Gesamtstichprobe

10.7.1 Rentenverfahren x Meinung (VT = Psychotherapie?)

Tab. 60: Rentenverfahren x Meinung (VT = Psychotherapie?) – Meinungsbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Rentenverfahren? * Ist VT eine Psychotherapie? Kreuztabelle

			Ist VT eine Psychotherapie?		
			0 nein	1 ja	Gesamt
Rentenverfahren?	1 nein	Anzahl	48	146	194
		% von Ist VT eine Psychotherapie?	90,6%	95,4%	94,2%
	2 Rentenantrag	Anzahl	0	5	5
		% von Ist VT eine Psychotherapie?	,0%	3,3%	2,4%
	4 Zeitrente	Anzahl	5	2	7
		% von Ist VT eine Psychotherapie?	9,4%	1,3%	3,4%
Gesamt		Anzahl	53	153	206
		% von Ist VT eine Psychotherapie?	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
				Signifikanz	99%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	9,481[a]	2	,009	,010[b]	,007	,012
Likelihood-Quotient	9,464	2	,009	,010[b]	,007	,012
Exakter Test nach Fisher	7,804			,013[b]	,010	,016
Zusammenhang linear-mit-linear	5,558[c]	1	,018	,021[b]	,017	,024
Anzahl der gültigen Fälle	206					

a. 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,29.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 1268926377.

c. Die standardisierte Statistik ist -2,357.

10.8 Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe

10.8.1 Schulabschluß x Therapievorwissen

Tab. 61: Schulabschluß x Therapievorwissen – Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

Schulabschluß * Therapievorwissen? Kreuztabelle

			Therapievorwissen?		
			0 nein	1 ja	Gesamt
Schulabschluß	1 noch in der Schule	Anzahl	1	0	1
		% von Therapievorwissen?	,8%	,0%	,5%
	2 kein Schulabschluß	Anzahl	3	1	4
		% von Therapievorwissen?	2,3%	1,3%	1,9%
	3 Sonderschulabschluß	Anzahl	0	1	1
		% von Therapievorwissen?	,0%	1,3%	,5%
	4 Hauptschul-/Volksschulabschluß	Anzahl	48	15	63
		% von Therapievorwissen?	36,6%	20,0%	30,6%
	5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule	Anzahl	50	33	83
		% von Therapievorwissen?	38,2%	44,0%	40,3%
	6 Fachabitur/Abitur	Anzahl	29	25	54
		% von Therapievorwissen?	22,1%	33,3%	26,2%
Gesamt		Anzahl	131	75	206
		% von Therapievorwissen?	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

				Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
					99%-Konfidenzintervall	
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	9,546[a]	5	,089	,059[b]	,053	,065
Likelihood-Quotient	10,384	5	,065	,066[b]	,059	,072
Exakter Test nach Fisher	9,486			,052[b]	,046	,057
Zusammenhang linear-mit-linear	5,578[c]	1	,018	,023[b]	,019	,027
Anzahl der gültigen Fälle	206					

a. 6 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,36.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 2085147097.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,362.

10.8.2 Motivation x Therapievorwissen

Tab. 62: Motivation x Therapievorwissen – Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

fremd-/eigenmotiviert * Therapievorwissen? Kreuztabelle

			Therapievorwissen?		
			0 nein	1 ja	Gesamt
fremd-/eigenmotiviert	0 fremdmotiviert	Anzahl	75	28	103
		% von Therapievorwissen?	57,3%	36,8%	49,8%
	1 eigenmotiviert	Anzahl	56	48	104
		% von Therapievorwissen?	42,7%	63,2%	50,2%
Gesamt		Anzahl	131	76	207
		% von Therapievorwissen?	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	8,014[b]	1	,005	,006	,004	
Kontinuitätskorrektur[a]	7,219	1	,007			
Likelihood-Quotient	8,086	1	,004	,006	,004	
Exakter Test nach Fisher				,006	,004	
Zusammenhang linear-mit-linear	7,976[c]	1	,005	,006	,004	,002
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 37,82.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,824.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.8.3 Veränderungssensitivität x Therapievorwissen

Tab. 63: Veränderungssensitivität x Therapievorwissen – Therapievorwissenbedingte Unterschiede in der Gesamtstichprobe.

veränderungssensitiv? * Therapievorwissen? Kreuztabelle

			Therapievorwissen?		
			0 nein	1 ja	Gesamt
veränderungssensitiv?	0 nein	Anzahl	76	31	107
		% von Therapievorwissen?	58,0%	40,8%	51,7%
	1 ja	Anzahl	55	45	100
		% von Therapievorwissen?	42,0%	59,2%	48,3%
Gesamt		Anzahl	131	76	207
		% von Therapievorwissen?	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests[d]

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5,715[b]	1	,017	,021	,012	
Kontinuitätskorrektur[a]	5,046	1	,025			
Likelihood-Quotient	5,738	1	,017	,021	,012	
Exakter Test nach Fisher				,021	,012	
Zusammenhang linear-mit-linear	5,688[c]	1	,017	,021	,012	,007
Anzahl der gültigen Fälle	207					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 36,71.

c. Die standardisierte Statistik ist 2,385.

d. Für eine 2x2-Kreuztabelle werden exakte Ergebnisse anstatt der Monte-Carlo-Ergebnisse berechnet.

10.8.4 Schulabschluß x IMG+/IMG-

Tab. 64: Schulabschluß x IMG+/IMG-

PD_18 Schulabschluß * QCL_2 2 C * PD_11 Geschlecht Kreuztabelle

PD_11 Geschlecht				QCL_2 2 C 1	QCL_2 2 C 2	Gesamt
2 weiblich	PD_18 Schulabschluß	1 noch in der Schule	Anzahl	1	0	1
			Erwartete Anzahl	,6	,4	1,0
			% von QCL_2 2 C	,9%	,0%	,6%
			Standardisierte Residuen	,4	-,6	
		2 kein Schulabschluß	Anzahl	5	0	5
			Erwartete Anzahl	3,2	1,8	5,0
			% von QCL_2 2 C	4,5%	,0%	2,9%
			Standardisierte Residuen	1,0	-1,3	
		4 Hauptschul-/Volksschulabschluß	Anzahl	28	17	45
			Erwartete Anzahl	28,9	16,1	45,0
			% von QCL_2 2 C	25,5%	27,9%	26,3%
			Standardisierte Residuen	-,2	,2	
		5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule	Anzahl	49	19	68
			Erwartete Anzahl	43,7	24,3	68,0
			% von QCL_2 2 C	44,5%	31,1%	39,8%
			Standardisierte Residuen	,8	-1,1	
		6 Fachabitur/Abitur	Anzahl	27	25	52
			Erwartete Anzahl	33,5	18,5	52,0
			% von QCL_2 2 C	24,5%	41,0%	30,4%
			Standardisierte Residuen	-1,1	1,5	
	Gesamt		Anzahl	110	61	171
			Erwartete Anzahl	110,0	61,0	171,0
			% von QCL_2 2 C	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	8,643[a]	4	,071	,055		
Likelihood-Quotient	10,792	4	,029	,028		
Exakter Test nach Fisher	8,334			,056		
Zusammenhang linear-mit-linear	3,490[b]	1	,062	,065	,035	,010
Anzahl der gültigen Fälle	276					

a. 4 Zellen (40,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,33.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,868.

10.8.5 Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Alter (mediangesplittet)

Tab. 65: Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Alter (mediangesplittet)

PD_16 Haushaltssituation * QCL_2 2 C mit ac1_fg * NALTER NTILES of ALTER Kreuztabelle

NALTER NTILES of ALTER				QCL_2 2 C mit ac1_fg		Gesamt
				1	2	
1	PD_16 Haushaltssituation	1 versorgt im Haushalt der Eltern	Anzahl	26	9	35
			Erwartete Anzahl	22,7	12,3	35,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	28,9%	18,4%	25,2%
			Standardisierte Residuen	,7	-1,0	
		2 mit Ellern oder Schwiegereltern gemeinsam	Anzahl	1	0	1
			Erwartete Anzahl	,6	,4	1,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	1,1%	,0%	,7%
			Standardisierte Residuen	,4	-,6	
		3 eigener Haushalt (mit Partner, eigener Famlie etc.)	Anzahl	62	36	98
			Erwartete Anzahl	63,5	34,5	98,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	68,9%	73,5%	70,5%
			Standardisierte Residuen	-,2	,2	
		4 Wohngemeinschaft	Anzahl	1	4	5
			Erwartete Anzahl	3,2	1,8	5,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	1,1%	8,2%	3,6%
			Standardisierte Residuen	-1,2	1,7	
	Gesamt		Anzahl	90	49	139
			Erwartete Anzahl	90,0	49,0	139,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

NALTER NTILES of ALTER		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
1	Chi-Quadrat nach Pearson	6,420[a]	3	,093	,064		
	Likelihood-Quotient	6,637	3	,084	,099		
	Exakter Test nach Fisher	5,953			,079		
	Zusammenhang linear-mit-linear	3,257[b]	1	,071	,079	,042	,015
	Anzahl der gültigen Fälle	139					

a. 4 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,35.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,805.

10.8.6 Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Altersschichtung

Tab. 66: Altersbedingte Unterschiede – Wohnsituation x IMG x Altersschichtung

PD_16 Haushaltssituation * QCL_2 2 C mit ac1_fg * ALTER_GR Altersschichtung Kreuztabelle

ALTER_GR Altersschichtung				QCL_2 2 C mit ac1_fg 1	QCL_2 2 C mit ac1_fg 2	Gesamt
2 21-25	PD_16 Haushaltssituation	1 versorgt im Haushalt der Eltern	Anzahl	12	3	15
			Erwartete Anzahl	9,5	5,5	15,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	50,0%	21,4%	39,5%
			Standardisierte Residuen	,8	-1,1	
		3 eigener Haushalt (mit Partner, eigener Famlie etc.)	Anzahl	12	9	21
			Erwartete Anzahl	13,3	7,7	21,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	50,0%	64,3%	55,3%
			Standardisierte Residuen	-,3	,5	
		4 Wohngemeinschaft	Anzahl	0	2	2
			Erwartete Anzahl	1,3	,7	2,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	,0%	14,3%	5,3%
			Standardisierte Residuen	-1,1	1,5	
	Gesamt		Anzahl	24	14	38
			Erwartete Anzahl	24,0	14,0	38,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

ALTER_GR Altersschichtung		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
2 21-25	Chi-Quadrat nach Pearson	5,584[d]	2	,061	,068		
	Likelihood-Quotient	6,322	2	,042	,055		
	Exakter Test nach Fisher	4,994			,068		
	Zusammenhang linear-mit-linear	4,035[e]	1	,045	,050	,030	,017
	Anzahl der gültigen Fälle	38					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

d. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,74.

e. Die standardisierte Statistik ist 2,009.

10.8.7 Unterschiede in Abhängigkeit vom Meistverdienenden – Meistverdienender x IMG x Schulabschluß

Tab. 67: Unterschiede in Abhängigkeit vom Meistverdienenden – Meistverdienender x IMG x Schulabschluß

XPD_1_11 Meistverdienender ist von Beruf? * QCL_2 2 C mit ac1_fg * PD_18 Schulabschluß Kreuztabelle

PD_18 Schulabschluß				QCL_2 2 C mit ac1_fg 1	2	Gesamt
4 Hauptschul-/Volksschulabschluß	XPD_1_11 Meistverdienender ist von Beruf?	1 Ich lebe allein im Haushalt o. verdiene selbst am meisten.	Anzahl	9	17	26
			Erwartete Anzahl	14,1	11,9	26,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	20,5%	45,9%	32,1%
			Standardisierte Residuen	-1,4	1,5	
		6 höh. qual. Angestellter, Beamter im geh. Dienst	Anzahl	0	3	3
			Erwartete Anzahl	1,6	1,4	3,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	,0%	8,1%	3,7%
			Standardisierte Residuen	-1,3	1,4	

Chi-Quadrat-Tests

PD_18 Schulabschluß		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
4 Hauptschul-/Volksschulabschluß	Chi-Quadrat nach Pearson	14,178[c]	7	,048	,022		
	Likelihood-Quotient	17,302	7	,016	,024		
	Exakter Test nach Fisher	12,828			,029		
	Zusammenhang linear-mit-linear	4,993[d]	1	,025	,025	,013	,003
	Anzahl der gültigen Fälle	81					

c. 10 Zellen (62,5%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,46.

d. Die standardisierte Statistik ist -2,234.

10.8.8 Berufssituative Unterschiede in Abhängigkeit vom Schulabschluß – Berufssituation x IMG x Schulabschluß

Tab. 68: Berufssituative Unterschiede in Abhängigkeit vom Schulabschluß – Berufssituation x IMG x Schulabschluß

XPD_1_12 Jetzige Berufssituation * QCL_2 2 C mit ac1_fg * PD_18 Schulabschluß Kreuztabelle

PD_18 Schulabschluß				QCL_2 2 C mit ac1_fg 1	2	Gesamt
5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule	XPD_1_12 Jetzige Berufssituation	6 Ausbildung	Anzahl	10	0	10
			Erwartete Anzahl	6,8	3,2	10,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	15,2%	,0%	10,3%
			Standardisierte Residuen	1,2	-1,8	
		13 Frührente/Altersrente/Pension	Anzahl	0	2	2
			Erwartete Anzahl	1,4	,6	2,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	,0%	6,5%	2,1%
			Standardisierte Residuen	-1,2	1,7	
		15 anderweitig ohne berufliche Beschäftigung	Anzahl	1	3	4
			Erwartete Anzahl	2,7	1,3	4,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	1,5%	9,7%	4,1%
			Standardisierte Residuen	-1,0	1,5	
	Gesamt		Anzahl	66	31	97
			Erwartete Anzahl	66,0	31,0	97,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

PD_18 Schulabschluß		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule	Chi-Quadrat nach Pearson	16,433[e]	8	,037	,024		
	Likelihood-Quotient	19,702	8	,012	,017		
	Exakter Test nach Fisher	15,707			,020		
	Zusammenhang linear-mit-linear	,384[f]	1	,535	,551	,275	,017
	Anzahl der gültigen Fälle	97					

e. 12 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,32.

f. Die standardisierte Statistik ist ,620.

10.8.9 Motivationsunterschiede – Medikation x IMG x Motivation

Tab. 69: Motivationsunterschiede – Medikation x IMG x Motivation

PB1_11A Medikamenteinnahme * QCL_2 2 C mit ac1_fg * T_MOTIV fremd-/eigenmotiviert Kreuztabelle

T_MOTIV fremd-/eigenmotiviert				QCL_2 2 C mit ac1_fg 1	QCL_2 2 C mit ac1_fg 2	Gesamt
0 fremdmotivert	PB1_11A Medikamenteinnahme	0 nein	Anzahl	10	12	22
			Erwartete Anzahl	14,1	7,9	22,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	18,5%	40,0%	26,2%
			Standardisierte Residuen	-1,1	1,5	
		1 ja	Anzahl	44	18	62
			Erwartete Anzahl	39,9	22,1	62,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	81,5%	60,0%	73,8%
			Standardisierte Residuen	,7	-,9	
	Gesamt		Anzahl	54	30	84
			Erwartete Anzahl	54,0	30,0	84,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

T_MOTIV fremd-/eigenmotiviert		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
0 fremdmotivert	Chi-Quadrat nach Pearson	4,604[b]	1	,032	,040	,031	
	Kontinuitätskorrektur[a]	3,560	1	,059			
	Likelihood-Quotient	4,476	1	,034	,040	,031	
	Exakter Test nach Fisher				,040	,031	
	Zusammenhang linear-mit-linear	4,549[c]	1	,033	,040	,031	,022
	Anzahl der gültigen Fälle	84					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,86.

c. Die standardisierte Statistik ist -2,133.

10.8.10 Unterschiede in Abhängigkeit von der Änderungssensitivität – Partnersituation x IMG x Änderungssensitivität

Tab. 70: Änderungssensitive Unterschiede – Partnersituation x IMG x Änderungssensitivität

PD_15 Partnersituation * QCL_2 2 C mit ac1_fg * CHANGE veränderungssensitiv? Kreuztabelle

CHANGE veränderungssensitiv?				QCL_2 2 C mit ac1_fg 1	QCL_2 2 C mit ac1_fg 2	Gesamt
1 ja	PD_15 Partnersituation	1 kurzfristig kein Partner	Anzahl	8	2	10
			Erwartete Anzahl	5,9	4,1	10,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	17,0%	6,1%	12,5%
			Standardisierte Residuen	,9	-1,0	
		2 langfristig/dauerhaft kein Partner	Anzahl	8	13	21
			Erwartete Anzahl	12,3	8,7	21,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	17,0%	39,4%	26,3%
			Standardisierte Residuen	-1,2	1,5	
		3 wechselnder Partner	Anzahl	0	1	1
			Erwartete Anzahl	,6	,4	1,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	,0%	3,0%	1,3%
			Standardisierte Residuen	-,8	,9	
		4 fester Partner (Ehepartner)	Anzahl	15	10	25
			Erwartete Anzahl	14,7	10,3	25,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	31,9%	30,3%	31,3%
			Standardisierte Residuen	,1	-,1	
		5 fester Partner (nicht Ehepartner)	Anzahl	16	7	23
			Erwartete Anzahl	13,5	9,5	23,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	34,0%	21,2%	28,8%
			Standardisierte Residuen	,7	-,8	
	Gesamt		Anzahl	47	33	80
			Erwartete Anzahl	47,0	33,0	80,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

CHANGE veränderungssensitiv?		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
1 ja	Chi-Quadrat nach Pearson	8,111[c]	4	,088	,071		
	Likelihood-Quotient	8,605	4	,072	,076		
	Exakter Test nach Fisher	7,751			,076		
	Zusammenhang linear-mit-linear	,706[d]	1	,401	,436	,223	,044
	Anzahl der gültigen Fälle	80					

c. 3 Zellen (30,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,41.

d. Die standardisierte Statistik ist -,840.

10.8.11 Meinungsbedingte Unterschiede – VTPsy x IMG x Medikamenteneinnahme

Tab. 71: Meinungsbedingte Unterschiede – VTPsy x IMG x Medikamenteneinnahme

PB1_11A Medikamenteinnahme * QCL_2 2 C mit ac1_fg * VTPSY Ist VT eine Psychotherapie? Kreuztabelle

VTPSY Ist VT eine Psychotherapie?				QCL_2 2 C mit ac1_fg 1	QCL_2 2 C mit ac1_fg 2	Gesamt
0 nein	PB1_11A Medikamenteinnahme	0 nein	Anzahl	5	8	13
			Erwartete Anzahl	8,3	4,7	13,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	17,9%	50,0%	29,5%
			Standardisierte Residuen	-1,1	1,5	
		1 ja	Anzahl	23	8	31
			Erwartete Anzahl	19,7	11,3	31,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	82,1%	50,0%	70,5%
			Standardisierte Residuen	,7	-1,0	
	Gesamt		Anzahl	28	16	44
			Erwartete Anzahl	28,0	16,0	44,0
			% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

VTPSY Ist VT eine Psychotherapie?		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
0 nein	Chi-Quadrat nach Pearson	5,054[b]	1	,025	,040	,029	
	Kontinuitätskorrektur[a]	3,627	1	,057			
	Likelihood-Quotient	4,956	1	,026	,040	,029	
	Exakter Test nach Fisher				,040	,029	
	Zusammenhang linear-mit-linear	4,939[c]	1	,026	,040	,029	,024
	Anzahl der gültigen Fälle	44					

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 1 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,73.

c. Die standardisierte Statistik ist -2,222.

10.8.12 Geschlechtsspezifische Unterschiede der ICD-10-Klassifikationen – ICD-10 x Geschlecht

Tab. 72: Geschlechtsspezifische Unterschiede der ICD-10-Diagnosen – ICD-10 x Geschlecht

ICD_GR * PD_11 Kreuztabelle

			PD_11		
			1 männlich	2 weiblich	Gesamt
ICD_GR	2 Psychotrope Substanzen	Anzahl	9	1	10
		Erwartete Anzahl	3,8	6,2	10,0
		% von PD_11	7,0%	,5%	2,9%
		Standardisierte Residuen	2,7	-2,1	
	4 Dysthymia	Anzahl	23	22	45
		Erwartete Anzahl	17,1	27,9	45,0
		% von PD_11	17,8%	10,5%	13,3%
		Standardisierte Residuen	1,4	-1,1	
	6 Angst	Anzahl	27	67	94
		Erwartete Anzahl	35,8	58,2	94,0
		% von PD_11	20,9%	31,9%	27,7%
		Standardisierte Residuen	-1,5	1,1	
	7 Zwang	Anzahl	2	8	10
		Erwartete Anzahl	3,8	6,2	10,0
		% von PD_11	1,6%	3,8%	2,9%
		Standardisierte Residuen	-,9	,7	
	11 Eßstörungen	Anzahl	1	12	13
		Erwartete Anzahl	4,9	8,1	13,0
		% von PD_11	,8%	5,7%	3,8%
		Standardisierte Residuen	-1,8	1,4	
	16 Sonstige PS	Anzahl	7	3	10
		Erwartete Anzahl	3,8	6,2	10,0
		% von PD_11	5,4%	1,4%	2,9%
		Standardisierte Residuen	1,6	-1,3	

Chi-Quadrat-Tests

				Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig)		
					99%-Konfidenzintervall	
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Signifikanz	Untergrenze	Obergrenze
Chi-Quadrat nach Pearson	35,747[a]	17	,005	,003[b]	,001	,004
Likelihood-Quotient	38,508	17	,002	,004[b]	,003	,006
Exakter Test nach Fisher	35,516			,003[b]	,001	,004
Zusammenhang linear-mit-linear	,064[c]	1	,800	,807[b]	,797	,817
Anzahl der gültigen Fälle	339					

a. 16 Zellen (44,4%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,76.

b. Basierend auf 10000 Stichprobentabellen mit dem Startwert 440131537.

c. Die standardisierte Statistik ist -,253.

10.8.13 Gruppenspezifische Unterschiede (IMG+/IMG-) – Therapiemotivation (Erfahrungen/Erwartungen bzgl. Psychotherapie)

Tab. 73: Gruppenspezifische Unterschiede (IMG+/IMG-) – Therapiemotivation (Erfahrungen/Erwartungen bzgl. Psychotherapie)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		FM1_F4
N		255
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	3,2243
	Standardabweichung	,45827
Extremste Differenzen	Absolut	,052
	Positiv	,042
	Negativ	-,052
Kolmogorov-Smirnov-Z		,829
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,498

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: FM1_F4 Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie

F	df1	df2	Signifikanz
,184	1	212	,668

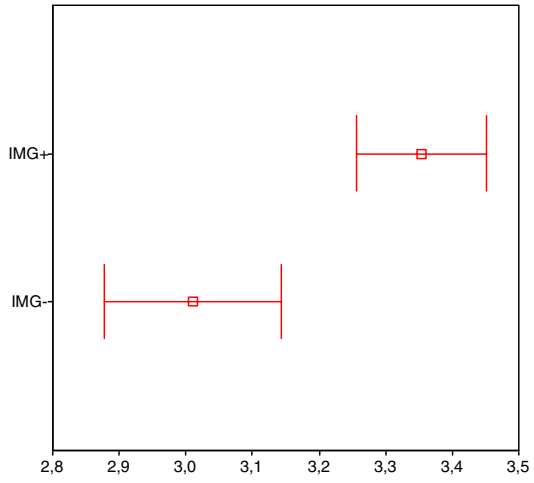
Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+QCL_2

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: FM1_F4 Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie

QCL_2 2 C mit ac1_fg	Mittelwert	Standardabweichung	N
1	3,3533	,43317	134
2	3,0114	,45006	80
Gesamt	3,2255	,46880	214



99% CI Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherap

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	134
	2	80

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: FM1_F4 Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	5,854[a]	1	5,854	30,301	,000	,125
Intercept	2029,243	1	2029,243	10503,532	,000	,980
QCL_2	5,854	1	5,854	30,301	,000	,125
Fehler	40,958	212	,193			
Gesamt	2273,195	214				
Korrigierte Gesamtvariation	46,812	213				

a. R-Quadrat = ,125 (korrigiertes R-Quadrat = ,121)

10.9 Itemanalyse ACP-a

10.9.1 Faktorenanalyse der Vorversion des ACP-a (Konstruktionsstichprobe)

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7,326	21,546	21,546	7,326	21,546	21,546	4,889	14,380	14,380
2	3,751	11,033	32,579	3,751	11,033	32,579	4,493	13,214	27,593
3	3,089	9,085	41,664	3,089	9,085	41,664	4,090	12,030	39,624
4	2,327	6,845	48,509	2,327	6,845	48,509	3,021	8,885	48,509

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,722
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1452,559
	df	561
	Signifikanz nach Bartlett	,000

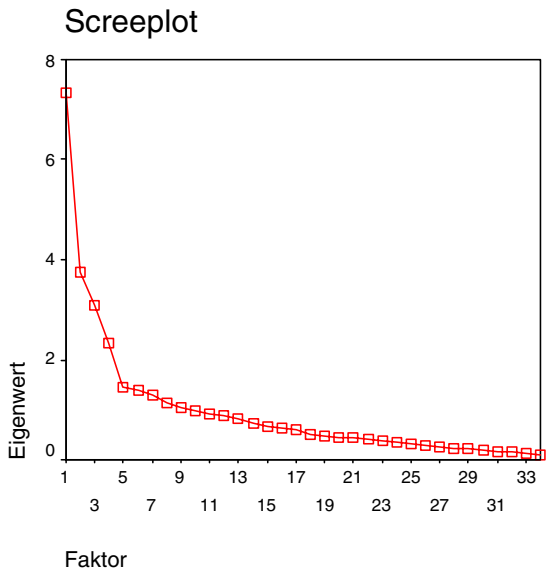


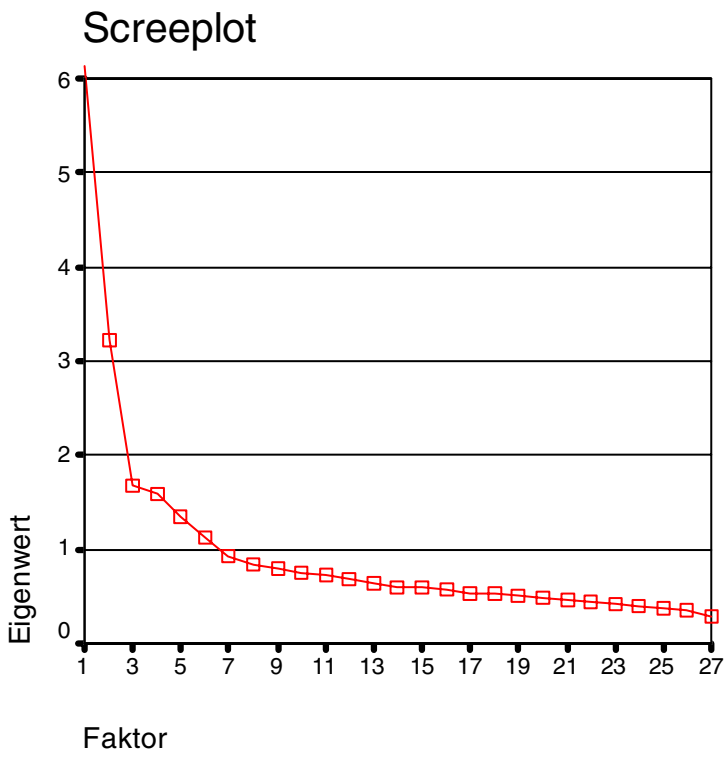
Abb. 104: Kennwerte der Faktorenanalyse der ACP-Kontruktionsstichprobe

10.9.2 Faktorenanalyse des ACP-a – ‚Image der Psychotherapie' – (n=342; NIVT Bremen)

Tab. 74: ACP-a – Kennwerte der Faktorenanalyse zu t1

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,867
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	2808,892
	df	351
	Signifikanz nach Bartlett	,000



Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
I_AA_01	1,000	,570
I_AA_05	1,000	,545
I_AA_06	1,000	,471
I_AA_09	1,000	,473
I_AA_10	1,000	,512
I_AA_11	1,000	,563
I_AA_12	1,000	,613
I_AA_13	1,000	,461
I_AA_15	1,000	,559
I_AA_16	1,000	,549
I_AA_17	1,000	,516
I_AA_18	1,000	,575
I_AA_20	1,000	,645
I_AA_25	1,000	,591
I_AA_26	1,000	,605
I_AA_27	1,000	,555
I_AA_28	1,000	,630
I_AA_29	1,000	,498
I_AA_31	1,000	,487
I_AA_32	1,000	,610
I_AA_33	1,000	,610
I_AA_35	1,000	,556
I_AA_36	1,000	,488
I_AA_38	1,000	,668
I_AA_39	1,000	,737
I_AA_40	1,000	,522
I_AA_41	1,000	,495

Extraktionsmethode: Hk-analyse.

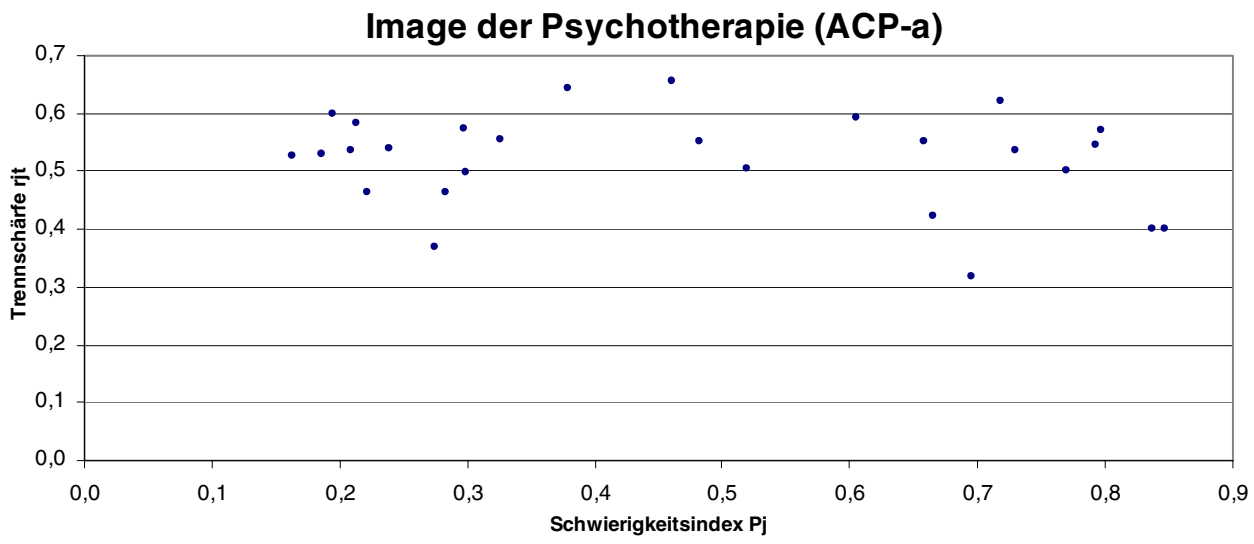
Erklärte Gesamtvarianz

	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
Komponente	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	6,131	22,709	22,709	6,131	22,709	22,709	3,283	12,161	12,161
2	3,217	11,914	34,622	3,217	11,914	34,622	3,054	11,310	23,471
3	1,685	6,239	40,862	1,685	6,239	40,862	2,686	9,947	33,418
4	1,590	5,890	46,751	1,590	5,890	46,751	2,224	8,236	41,654
5	1,345	4,980	51,731	1,345	4,980	51,731	2,074	7,680	49,334
6	1,135	4,202	55,933	1,135	4,202	55,933	1,782	6,599	55,933

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Tab. 75: ACP-a – Schwierigkeitsindizes, Trennschärfe und Selektionskennwert

Acp-a - "*Image der Psychotherapie*"									
n=342					Häufigkeiten pro Skalenwert				
Faktor	Item	Pj	rjt	Sjt	1	2	3	4	5
1	I32	0,7178	0,6224	0,6915	15	22	69	122	114
	I27	0,7968	0,5715	0,7101	11	13	42	111	165
	I17	0,7931	0,5465	0,6746	8	16	45	113	160
	I29	0,7705	0,5002	0,5947	7	12	64	122	137
	I40	0,7303	0,5348	0,6025	22	26	44	115	135
	I36	0,6586	0,5529	0,5830	23	33	82	112	92
2	I25	0,1944	0,5978	0,7552	221	34	44	28	15
	I20	0,4613	0,6569	0,6589	91	48	79	71	53
	I16	0,5190	0,5059	0,5063	55	52	95	92	48
	I10	0,2083	0,5374	0,6616	207	41	51	30	13
	I05	0,6053	0,5942	0,6078	48	41	70	85	98
	I35	0,4825	0,5504	0,5507	71	57	90	73	51
3	I28	0,3260	0,5545	0,5915	126	85	67	29	35
	I26	0,2127	0,5843	0,7139	171	90	51	21	9
	I11	0,2982	0,5751	0,6285	141	76	67	34	24
	I18	0,1864	0,5283	0,6783	206	53	54	22	7
	I06	0,2829	0,4639	0,5150	164	63	53	30	32
4	I33	0,1630	0,5279	0,7146	218	57	43	16	8
	I15	0,2997	0,4991	0,5447	154	66	49	46	27
	I31	0,2215	0,4620	0,5563	199	50	43	33	17
	I13	0,2741	0,3674	0,4118	162	65	59	32	24
5	I38	0,2390	0,5382	0,6310	182	65	45	28	22
	I39	0,3787	0,6421	0,6619	118	65	60	63	36
	I41	0,6652	0,4235	0,4487	30	29	73	105	105
6	I01	0,8472	0,4011	0,5574	2	6	32	119	183
	I12	0,8370	0,4014	0,5433	5	8	49	81	199
	I09	0,6952	0,3192	0,3467	18	23	76	124	101



10.10 Differentielle Validität des ACP-a – ICD-10 (Mehrfachvergleich Teil 1 - 6)

Tab. 76: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 1)

Mehrfachvergleiche

LSD

Abhängige Variable	(I) ICD_GR	(J) ICD_GR	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Untergrenze	95%-Konfidenzintervall Obergrenze
AC1_F1	1 Organisch	2 Psychotrope Substanzen	-1,0667*	,49534	,032	-2,0412	-,0921
		14 Narzißtische PS	-1,5000*	,68692	,030	-2,8514	-,1486
	2 Psychotrope Substanzen	3 Residualpsychosen	,8688*	,30333	,004	,2720	1,4655
		4 Dysthymia	,5222*	,26307	,048	,0047	1,0398
	3 Residualpsychosen	5 Depressionen	-,4835*	,22813	,035	-,9323	-,0346
		6 Angst	-,4067*	,20350	,047	-,8071	-,0063
		8 Anpassungsstörung	-,6455*	,22923	,005	-1,0965	-,1945
		14 Narzißtische PS	-1,3021*	,56436	,022	-2,4124	-,1918
		15 High-Level-Borderline PS	-,5597*	,24724	,024	-1,0461	-,0732
AC1_F2	3 Residualpsychosen	8 Anpassungsstörung	-,6057*	,28596	,035	-1,1683	-,0432
	4 Dysthymia	8 Anpassungsstörung	-,4421*	,21513	,041	-,8653	-,0188
	8 Anpassungsstörung	12 Sonstige körp. S.	,9912*	,49697	,047	,0134	1,9689
AC1_F3	6 Angst	12 Sonstige körp. S.	,9362*	,44711	,037	,0565	1,8158
	9 PTBS	12 Sonstige körp. S.	1,4800*	,58749	,012	,3242	2,6358
	12 Sonstige körp. S.	16 Sonstige PS	-1,2400*	,51811	,017	-2,2593	-,2207

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Tab. 77: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 2)

Mehrfachvergleiche

LSD

Abhängige Variable	(I) ICD_GR	(J) ICD_GR	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Untergrenze	95%-Konfidenzintervall Obergrenze
AC1_F4	1 Organisch	10 Psychosomatik	-1,0784*	,54396	,048	-2,1486	-,0083
		13 PS	-1,1042*	,54650	,044	-2,1793	-,0290
		14 Narzißtische PS	-2,0417*	,79295	,010	-3,6017	-,4816
		15 High-Level-Borderline PS	-1,1098*	,53461	,039	-2,1616	-,0581
		16 Sonstige PS	-1,2917*	,57180	,025	-2,4166	-,1667
	2 Psychotrope Substanzen	12 Sonstige körp. S.	1,0125*	,51389	,050	,0015	2,0235
	10 Psychosomatik	1 Organisch	1,0784*	,54396	,048	,0083	2,1486
	12 Sonstige körp. S.	13 PS	-1,1250*	,48558	,021	-2,0803	-,1697
		14 Narzißtische PS	-2,0625*	,75226	,006	-3,5425	-,5825
		15 High-Level-Borderline PS	-1,1307*	,47215	,017	-2,0596	-,2018
		16 Sonstige PS	-1,3125*	,51389	,011	-2,3235	-,3015

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Tab. 78: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 3)

Mehrfachvergleiche

LSD

Abhängige Variable	(I) ICD_GR	(J) ICD_GR	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Untergrenze	95%-Konfidenzintervall Obergrenze
AC1_F5	1 Organisch	17 Intelligenzminderung	-3,2222*	,91928	,001	-5,0308	-1,4137
	2 Psychotrope Substanzen	17 Intelligenzminderung	-2,5000*	,78003	,001	-4,0346	-,9654
	3 Residualpsychosen	5 Depressionen	-,7059*	,30530	,021	-1,3065	-,1052
		6 Angst	-,8262*	,27234	,003	-1,3620	-,2904
		7 Zwang	-,9000*	,40594	,027	-1,6986	-,1014
		8 Anpassungsstörung	-,7374*	,30677	,017	-1,3409	-,1338
		9 PTBS	-1,4667*	,51594	,005	-2,4817	-,4516
		10 Psychosomatik	-1,2549*	,35076	,000	-1,9450	-,5648
		16 Sonstige PS	-,8667*	,40594	,034	-1,6653	-,0680
		17 Intelligenzminderung	-3,0000*	,75526	,000	-4,4859	-1,5141
	4 Dysthymia	10 Psychosomatik	-,6845*	,28668	,018	-1,2485	-,1205
		17 Intelligenzminderung	-2,4296*	,72772	,001	-3,8613	-,9979
	5 Depressionen	17 Intelligenzminderung	-2,2941*	,73271	,002	-3,7356	-,8526
	6 Angst	17 Intelligenzminderung	-2,1738*	,71960	,003	-3,5895	-,7580
	7 Zwang	17 Intelligenzminderung	-2,1000*	,78003	,007	-3,6346	-,5654
	8 Anpassungsstörung	17 Intelligenzminderung	-2,2626*	,73333	,002	-3,7054	-,8199
	10 Psychosomatik	11 Eßstörungen	,9729*	,37102	,009	,2429	1,7028
		13 PS	,7132*	,35076	,043	,0232	1,4033
		17 Intelligenzminderung	-1,7451*	,75279	,021	-3,2261	-,2641
	11 Eßstörungen	17 Intelligenzminderung	-2,7179*	,76488	,000	-4,2228	-1,2131
	12 Sonstige körp. S.	17 Intelligenzminderung	-2,7500*	,87210	,002	-4,4658	-1,0342
	13 PS	17 Intelligenzminderung	-2,4583*	,75526	,001	-3,9442	-,9724
	14 Narzißtische PS	17 Intelligenzminderung	-2,3333*	1,00702	,021	-4,3145	-,3521
	15 High-Level-Borderline PS	17 Intelligenzminderung	-2,3636*	,74373	,002	-3,8268	-,9004
	16 Sonstige PS	17 Intelligenzminderung	-2,1333*	,78003	,007	-3,6680	-,5987
	17 Intelligenzminderung	18 VS Beginn Kindheit	2,3333*	,91928	,012	,5248	4,1419

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Tab. 79: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 4)

Mehrfachvergleiche

LSD

Abhängige Variable	(I) ICD_GR	(J) ICD_GR	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Untergrenze	95%-Konfidenzintervall Obergrenze
AC1_F6	1 Organisch	2 Psychotrope Substanzen	-,9111*	,43619	,038	-1,7693	-,0530
		5 Depressionen	-,8562*	,39909	,033	-1,6414	-,0711
		7 Zwang	-1,1778*	,43619	,007	-2,0359	-,3196
		14 Narzißtische PS	-1,2778*	,60489	,035	-2,4678	-,0877
		18 VS Beginn Kindheit	-1,2222*	,54103	,025	-2,2866	-,1578
	2 Psychotrope Substanzen	1 Organisch	,9111*	,43619	,038	,0530	1,7693
		3 Residualpsychosen	,7167*	,26711	,008	,1912	1,2422
		13 PS	,5917*	,26711	,027	,0662	1,1172
		17 Intelligenzminderung	1,1333*	,51327	,028	,1235	2,1431
	3 Residualpsychosen	4 Dysthymia	-,4870*	,19287	,012	-,8665	-,1076
		5 Depressionen	-,6618*	,20089	,001	-1,0570	-,2665
		6 Angst	-,4344*	,17920	,016	-,7870	-,0818
		7 Zwang	-,9833*	,26711	,000	-1,5088	-,4578
		14 Narzißtische PS	-1,0833*	,49697	,030	-2,0611	-,1056
		16 Sonstige PS	-,6167*	,26711	,022	-1,1422	-,0912
		18 VS Beginn Kindheit	-1,0278*	,41689	,014	-1,8480	-,2076
	4 Dysthymia	7 Zwang	-,4963*	,23166	,033	-,9521	-,0405
	5 Depressionen	10 Psychosomatik	,3922*	,19683	,047	,0049	,7794
		13 PS	,5368*	,20089	,008	,1415	,9320
		17 Intelligenzminderung	1,0784*	,48213	,026	,1299	2,0270
	6 Angst	7 Zwang	-,5489*	,22040	,013	-,9826	-,1153
	7 Zwang	8 Anpassungsstörung	,6222*	,23919	,010	,1516	1,0928
		10 Psychosomatik	,7137*	,26407	,007	,1942	1,2333
		11 Eßstörungen	,6564*	,27871	,019	,1081	1,2047
		12 Sonstige körp. S.	,8167*	,39201	,038	,0454	1,5879
		13 PS	,8583*	,26711	,001	,3328	1,3838
		15 High-Level-Borderline PS	,6576*	,25271	,010	,1604	1,1548
		17 Intelligenzminderung	1,4000*	,51327	,007	,3902	2,4098
	13 PS	18 VS Beginn Kindheit	-,9028*	,41689	,031	-1,7230	-,0826
	14 Narzißtische PS	17 Intelligenzminderung	1,5000*	,66262	,024	,1964	2,8036
	16 Sonstige PS	17 Intelligenzminderung	1,0333*	,51327	,045	,0235	2,0431
	17 Intelligenzminderung	18 VS Beginn Kindheit	-1,4444*	,60489	,018	-2,6345	-,2544

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Tab. 80: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 5)

Mehrfachvergleiche

LSD

Abhängige Variable	(I) ICD_GR	(J) ICD_GR	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Untergrenze	95%-Konfidenzintervall Obergrenze
AC1_FP	1 Organisch	2 Psychotrope Substanzen	-,9264*	,40778	,024	-1,7286	-,1241
		5 Depressionen	-,7737*	,37309	,039	-1,5077	-,0397
		6 Angst	-,7293*	,36331	,046	-1,4441	-,0146
		7 Zwang	-1,0056*	,40778	,014	-1,8078	-,2033
		8 Anpassungsstörung	-,8409*	,37355	,025	-1,5758	-,1060
		9 PTBS	-,9972*	,45239	,028	-1,8872	-,1072
		10 Psychosomatik	-,9036*	,38792	,020	-1,6668	-,1404
		14 Narzißtische PS	-1,2431*	,56548	,029	-2,3556	-,1305
		15 High-Level-Borderline PS	-,7525*	,38125	,049	-1,5026	-,0025
		16 Sonstige PS	-,9014*	,40778	,028	-1,7036	-,0991
	2 Psychotrope Substanzen	3 Residualpsychosen	,6729*	,24971	,007	,1816	1,1642
	3 Residualpsychosen	4 Dysthymia	-,3919*	,18031	,030	-,7466	-,0372
		5 Depressionen	-,5202*	,18780	,006	-,8897	-,1507
		6 Angst	-,4758*	,16753	,005	-,8054	-,1463
		7 Zwang	-,7521*	,24971	,003	-1,2434	-,2608
		8 Anpassungsstörung	-,5874*	,18871	,002	-,9587	-,2162
		9 PTBS	-,7438*	,31738	,020	-1,3682	-,1193
		10 Psychosomatik	-,6501*	,21577	,003	-1,0746	-,2256
		14 Narzißtische PS	-,9896*	,46459	,034	-1,9036	-,0756
		15 High-Level-Borderline PS	-,4991*	,20353	,015	-,8995	-,0986
		16 Sonstige PS	-,6479*	,24971	,010	-1,1392	-,1566

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

Tab. 81: ACP-a – Differentielle Validität – ICD-10 (Mehrfachvergleiche Teil 6)

Mehrfachvergleiche

LSD

Abhängige Variable	(I) ICD_GR	(J) ICD_GR	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall Untergrenze	95%-Konfidenzintervall Obergrenze
AC1_FN	4 Dysthymia	12 Sonstige körp. S.	,7860*	,37660	,038	,0451	1,5269
	5 Depressionen	12 Sonstige körp. S.	,8423*	,38154	,028	,0916	1,5929
	6 Angst	12 Sonstige körp. S.	,8810*	,36850	,017	,1560	1,6060
	8 Anpassungsstörung	12 Sonstige körp. S.	,7877*	,38215	,040	,0359	1,5395
	9 PTBS	12 Sonstige körp. S.	1,1337*	,48420	,020	,1811	2,0864
	10 Psychosomatik	12 Sonstige körp. S.	1,0320*	,40112	,011	,2428	1,8211
	12 Sonstige körp. S.	13 PS	-1,0250*	,40350	,012	-1,8188	-,2312
		14 Narzißtische PS	-1,2312*	,62510	,050	-2,4611	-,0014
		15 High-Level-Borderline PS	-,9653*	,39234	,014	-1,7372	-,1935
		16 Sonstige PS	-1,2762*	,42702	,003	-2,1164	-,4361
AC1_FG	1 Organisch	2 Psychotrope Substanzen	-,5479*	,27315	,046	-1,0853	-,0105
		7 Zwang	-,6056*	,27315	,027	-1,1430	-,0683
	2 Psychotrope Substanzen	3 Residualpsychosen	,4495*	,16727	,008	,1205	,7786
	3 Residualpsychosen	4 Dysthymia	-,2623*	,12078	,031	-,4999	-,0247
		5 Depressionen	-,3291*	,12580	,009	-,5766	-,0816
		6 Angst	-,2866*	,11222	,011	-,5074	-,0658
		7 Zwang	-,5073*	,16727	,003	-,8364	-,1782
		8 Anpassungsstörung	-,3921*	,12641	,002	-,6408	-,1434
		10 Psychosomatik	-,3524*	,14453	,015	-,6368	-,0681
		15 High-Level-Borderline PS	-,2739*	,13634	,045	-,5422	-,0057
	7 Zwang	13 PS	,3672*	,16727	,029	,0381	,6963
	8 Anpassungsstörung	13 PS	,2520*	,12641	,047	,0033	,5007

*. Die mittlere Differenz ist auf der Stufe .05 signifikant.

10.11 Itemanalyse ACP-P

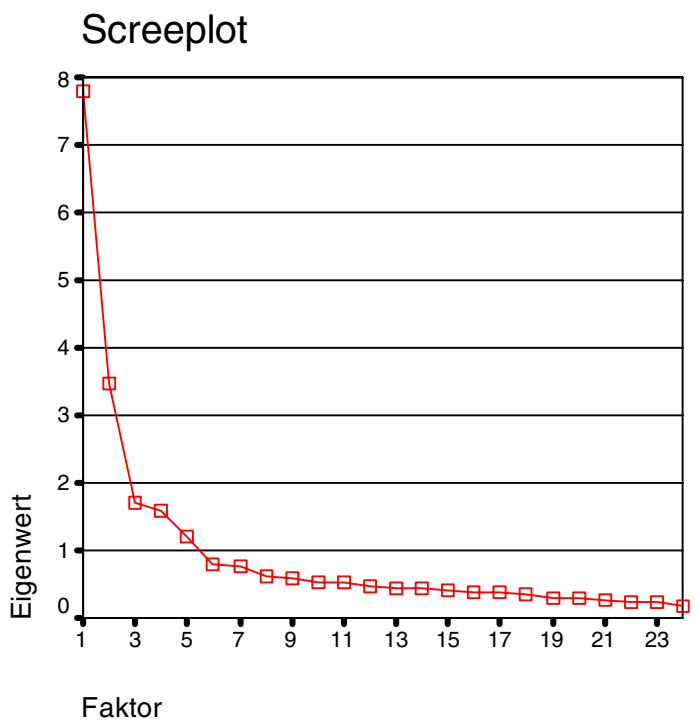
10.11.1 Faktorenanalyse des ACP-P (Patientenstundenbogen; n=2830; NIVT Bremen)

Tab. 82: ACP-P – Patientenstundenbogen – Kennwerte der Faktorenanalyse zu t1

ACP-P – Patientenstundenbogen

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,911
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	30174,519
	df	276
	Signifikanz nach Bartlett	,000



Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
A01	1,000	,667
A02	1,000	,725
A03	1,000	,713
A04	1,000	,738
A05	1,000	,625
A06	1,000	,649
A07	1,000	,537
A08	1,000	,780
A09	1,000	,577
A11	1,000	,726
A13	1,000	,543
A14	1,000	,509
A15	1,000	,438
A16	1,000	,621
A17	1,000	,562
A19	1,000	,836
A20	1,000	,594
A22	1,000	,838
A23	1,000	,691
A24	1,000	,599
A25	1,000	,548
A26	1,000	,635
A27	1,000	,828
A28	1,000	,777

Extraktionsmethode: Hk-analyse.

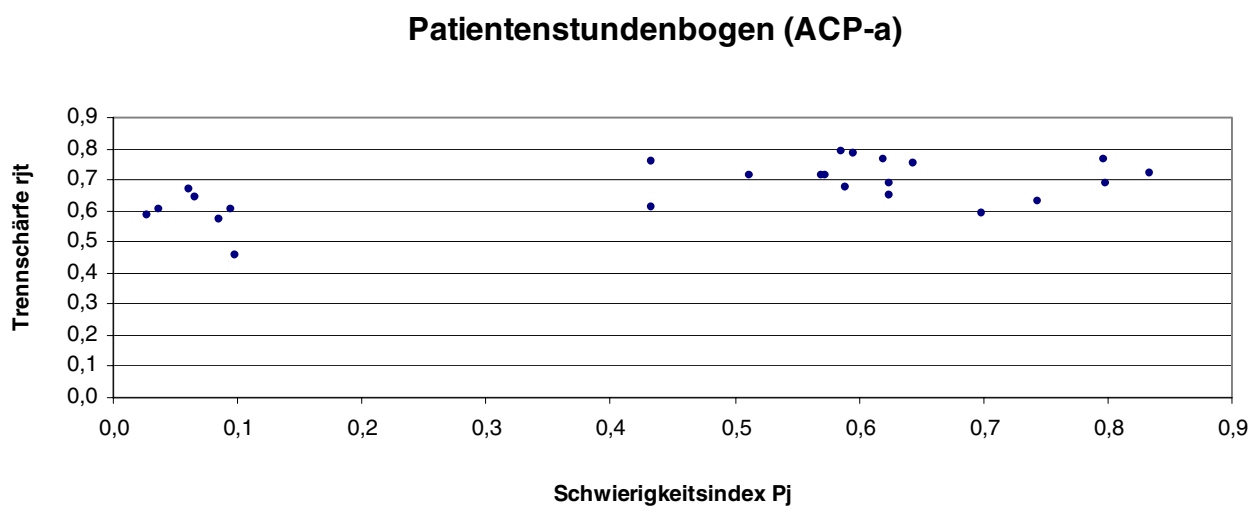
Erklärte Gesamtvarianz

	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
Komponente	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7,792	32,468	32,468	7,792	32,468	32,468	5,017	20,905	20,905
2	3,482	14,508	46,977	3,482	14,508	46,977	3,503	14,594	35,499
3	1,701	7,089	54,066	1,701	7,089	54,066	3,333	13,887	49,387
4	1,581	6,589	60,656	1,581	6,589	60,656	2,159	8,994	58,381
5	1,197	4,986	65,642	1,197	4,986	65,642	1,743	7,261	65,642

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Tab. 83: ACP-P – Schwierigkeitsindizes, Trennschärfe und Selektionskennwert

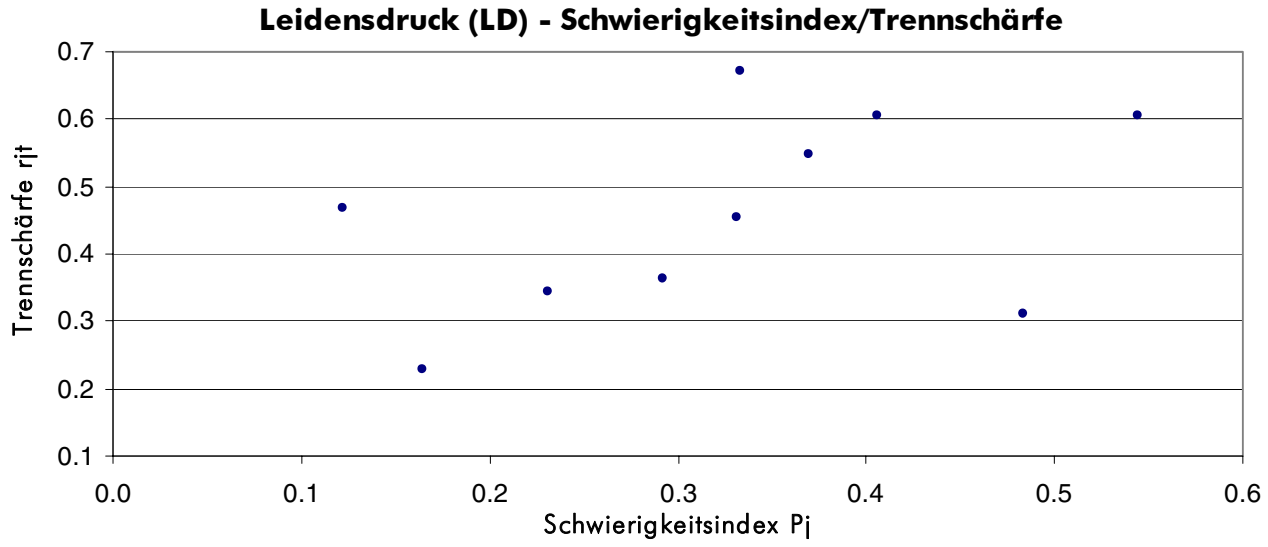
ACP-P - *Patientenstundenbogen*									
n = 2830					Häufigkeiten pro Skalenwert				
Faktor	Item	Pj	rjt	Sjt	1	2	3	4	5
1	I02	,5964	,7832	,7982	133	150	218	726	673
	I23	,4328	,7597	,7667	458	296	334	742	468
	I03	,6203	,7675	,7907	112	150	183	669	667
	I04	,5854	,7883	,8000	153	170	224	710	668
	I16	,5126	,7130	,7132	339	200	249	749	501
	I07	,6253	,6477	,6690	119	149	222	575	655
	I14	,4338	,6117	,6171	488	278	334	724	472
	I06	,6253	,6895	,7122	119	149	222	575	655
2	I05	,0604	,6687	1,4037	2207	220	98	82	30
	I25	,0268	,5841	1,8077	2456	107	43	33	10
	I13	,0854	,5714	1,0220	2059	251	94	132	55
	I24	,0659	,6421	1,2938	2104	276	116	90	27
	I17	,0369	,6026	1,5989	2367	168	56	32	15
	I09	,0953	,6057	1,0316	2020	250	118	164	72
3	I08	,7967	,7665	,9523	5	18	65	291	559
	I11	,8341	,7218	,9701	12	19	43	211	434
	I01	,7988	,6907	,8614	10	39	95	271	504
	I20	,7432	,6317	,7230	78	39	88	396	550
	I15	,0982	,4568	,7676	1843	336	188	168	52
4	I27	,6446	,7508	,7843	99	102	162	688	645
	I28	,5891	,6755	,6865	167	156	229	658	616
	I26	,6995	,5917	,6453	45	65	118	619	627
5	I22	,5699	,7121	,7192	339	188	199	540	477
	I19	,5726	,7121	,7197	287	156	218	600	522



10.12 Itemanalyse Leidensdruck (LD)

Tab. 84: LD – Schwierigkeitsindizes, Trennschärfe und Selektionskennwert

Leidensdruck (LD) - (t_2: n=72)									
Reliabilitätskoeffizient Alpha 0,7851 (Gesamtskala)				Häufigkeiten pro Skalenwert					
Item	Pj	rjt	Sjt	0	1	2	3	4	5
I01	.4833	.3111	.3113	18	3	9	18	21	3
I02	.5444	.6055	.6079	7	7	10	24	23	1
I03	.4056	.6051	.6162	22	7	8	20	12	3
I04	.2917	.3645	.4010	38	5	7	7	10	5
I05	.3306	.4545	.4831	37	2	5	11	11	6
I06	.1639	.2281	.3081	51	5	4	6	2	4
I07	.3694	.5492	.5689	28	3	7	22	10	2
I08	.2306	.3458	.4105	44	8	3	5	6	6
I09	.1222	.4685	.7152	59	1	2	3	5	2
I10	.3333	.6736	.7145	33	5	4	14	15	1
Pj = Schwierigkeitsindex; rjt = Trennschärfe; Sjt = Selektionskennwert									



10.13 Bestimmung der Personengruppen

10.13.1 Clusteranalyse der Personengruppen IMG+ und IMG-

Tab. 85: Unterschiede der Personengruppen (IMG+/IMG-) auf den ACP-a- und den gemittelten ACP-P-Skalen (über 15 Sitzungen).

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

	N	Parameter der Normalverteilung[a,b]		Extremste Differenzen			Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Absolut	Positiv	Negativ		
AC1_F1	342	2,9781	,75335	,120	,087	-,120	2,215	,000
AC1_F2	342	1,6472	,93741	,085	,085	-,044	1,568	,015
AC1_F3	342	1,0450	,87491	,148	,148	-,116	2,742	,000
AC1_F4	342	,9583	,87419	,150	,150	-,136	2,779	,000
AC1_F5	342	1,7105	1,03366	,122	,122	-,072	2,255	,000
AC1_F6	342	3,1725	,68294	,160	,113	-,160	2,965	,000
AC1_FP	342	2,3771	,62711	,027	,025	-,027	,495	,967
AC1_FN	342	1,0017	,72325	,102	,102	-,083	1,883	,002
AC1_FG	342	2,5842	,41654	,048	,045	-,048	,879	,422
P1MF	281	3,8500	1,16038	,069	,046	-,069	1,155	,139
P2MF	281	1,4140	,66605	,267	,217	-,267	4,477	,000
P3MF	281	5,8477	,88586	,097	,097	-,081	1,620	,010
P4MF	279	4,8151	1,07409	,026	,021	-,026	,428	,993
P5MF	280	4,4755	1,24066	,061	,028	-,061	1,028	,241

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Statistik für Tes[a]

	AC1_F1	AC1_F2	AC1_F3	AC1_F4	AC1_F5	AC1_F6	AC1_FP	AC1_FN	AC1_FG	P1MF	P2MF	P3MF	P4MF	P5MF
Mann-Whitney-U	6156,000	7181,500	6643,000	8500,000	7227,500	6652,000	6027,000	7291,500	5130,500	1418,000	6214,000	3139,000	3242,500	4629,500
Wilcoxon-W	11409,000	12434,500	22219,000	24076,000	12480,500	11905,000	11280,000	22867,500	10383,500	6671,000	21790,000	8392,000	8495,500	9882,500
Z	-4,379	-2,782	-3,626	-,742	-2,719	-3,654	-4,566	-2,608	-5,952	-11,699	-4,300	-9,035	-8,875	-6,728
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,005	,000	,458	,007	,000	,000	,009	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Gruppenvariable: QCL_2

Da die meisten ACP-a- und gemittelten ACP-P-Faktoren nicht normalverteilt sind, wurden für diese Faktoren nicht-parametrische Hypothesentests gerechnet.

Ränge

	QCL_2	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
AC1_F1	1	176	155,52	27372,00
	2	102	111,85	11409,00
	Gesamt	278		
AC1_F2	1	176	149,70	26346,50
	2	102	121,91	12434,50
	Gesamt	278		
AC1_F3	1	176	126,24	22219,00
	2	102	162,37	16562,00
	Gesamt	278		
AC1_F4	1	176	136,80	24076,00
	2	102	144,17	14705,00
	Gesamt	278		
AC1_F5	1	176	149,43	26300,50
	2	102	122,36	12480,50
	Gesamt	278		
AC1_F6	1	176	152,70	26876,00
	2	102	116,72	11905,00
	Gesamt	278		
AC1_FP	1	176	156,26	27501,00
	2	102	110,59	11280,00
	Gesamt	278		
AC1_FN	1	176	129,93	22867,50
	2	102	156,01	15913,50
	Gesamt	278		
AC1_FG	1	176	161,35	28397,50
	2	102	101,80	10383,50
	Gesamt	278		
P1MF	1	176	182,44	32110,00
	2	102	65,40	6671,00
	Gesamt	278		
P2MF	1	176	123,81	21790,00
	2	102	166,58	16991,00
	Gesamt	278		
P3MF	1	176	172,66	30389,00
	2	102	82,27	8392,00
	Gesamt	278		
P4MF	1	176	172,08	30285,50
	2	102	83,29	8495,50
	Gesamt	278		
P5MF	1	176	164,20	28898,50
	2	102	96,89	9882,50
	Gesamt	278		

10.14 Korrelationen

10.14.1 Korrelationen – ACP-a mit FIG-50

Tab. 86: Korrelationen – ACP-a mit FIG-50

Korrelationen

		FI1_F01	FI1_F02	FI1_F03	FI1_F04	FI1_F05	FI1_F06	FI1_F07	FI1_GES
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,061	,085	,118*	-,009	,504**	-,137*	,201**	,179**
	Signifikanz (2-seitig)	,267	,123	,031	,865	,000	,013	,000	,001
	N	334	334	334	334	334	334	334	334
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,061	,234**	,179**	-,084	,289**	-,152**	,262**	,193**
	Signifikanz (2-seitig)	,267	,000	,001	,124	,000	,005	,000	,000
	N	334	334	334	334	334	334	334	334
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	,138*	,011	,116*	,214**	,060	,142**	,065	,183**
	Signifikanz (2-seitig)	,012	,843	,034	,000	,275	,010	,234	,001
	N	334	334	334	334	334	334	334	334
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,200**	-,038	,215**	,179**	,097	,243**	,030	,233**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,494	,000	,001	,076	,000	,581	,000
	N	334	334	334	334	334	334	334	334
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,045	,093	,086	-,168**	,303**	-,058	,136*	,106
	Signifikanz (2-seitig)	,412	,089	,117	,002	,000	,288	,013	,053
	N	334	334	334	334	334	334	334	334
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	-,159**	-,073	-,113*	-,072	,338**	,030	-,037	-,037
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,184	,039	,190	,000	,587	,500	,498
	N	334	334	334	334	334	334	334	334
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,135*	,122*	,223**	,015	,532**	,022	,238**	,306**
	Signifikanz (2-seitig)	,014	,026	,000	,788	,000	,695	,000	,000
	N	334	334	334	334	334	334	334	334

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.2 Korrelationen – ACP-a mit IIP

Tab. 87: Korrelationen – ACP-a mit IIP

Korrelationen

		II1_F01	II1_F02	II1_F03	II1_F04	II1_F05	II1_F06	II1_F07	II1_F08	II1_GES
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,078	,046	,012	,076	,127*	,118*	,182**	,088	,126*
	Signifikanz (2-seitig)	,166	,411	,837	,173	,023	,034	,001	,118	,025
	N	320	320	320	320	320	320	320	320	320
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,099	,009	,048	,022	,110*	,122*	,123*	,069	,103
	Signifikanz (2-seitig)	,076	,871	,397	,696	,050	,029	,028	,217	,067
	N	320	320	320	320	320	320	320	320	320
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,131*	-,224**	-,210**	-,226**	-,213**	-,170**	-,111*	-,036	-,227**
	Signifikanz (2-seitig)	,019	,000	,000	,000	,000	,002	,046	,526	,000
	N	320	320	320	320	320	320	320	320	320
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,209**	-,265**	-,301**	-,289**	-,253**	-,212**	-,188**	-,159**	-,322**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,004	,000
	N	320	320	320	320	320	320	320	320	320
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,033	,001	,026	,027	,060	,063	,076	,021	,054
	Signifikanz (2-seitig)	,551	,980	,642	,637	,284	,264	,174	,709	,338
	N	320	320	320	320	320	320	320	320	320
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	-,003	,031	,000	,065	,131*	,091	,111*	,000	,077
	Signifikanz (2-seitig)	,951	,582	,994	,249	,019	,106	,048	,999	,170
	N	320	320	320	320	320	320	320	320	320
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	-,047	-,147**	-,149**	-,123*	-,026	-,004	,055	-,008	-,076
	Signifikanz (2-seitig)	,403	,008	,008	,028	,640	,939	,328	,885	,176
	N	320	320	320	320	320	320	320	320	320

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.3 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 1)

Tab. 88: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 1)

Korrelationen

		IN1_A01	IN1_A02	IN1_A03	IN1_A04	IN1_A05	IN1_A06	IN1_A12	IN1_A13	IN1_A14
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	-,046	,053	-,011	-,026	,024	,124*	,004	,022	-,006
	Signifikanz (2-seitig)	,408	,334	,845	,637	,663	,024	,938	,693	,907
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	-,037	-,026	-,045	-,009	,005	,072	-,006	,004	-,017
	Signifikanz (2-seitig)	,499	,631	,412	,870	,923	,192	,909	,940	,762
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,062	-,052	-,026	-,044	-,086	-,137*	-,106	-,152**	-,009
	Signifikanz (2-seitig)	,263	,347	,642	,423	,116	,013	,054	,006	,867
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,200**	-,193**	-,091	-,204**	-,242**	-,210**	-,169**	-,271**	-,049
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,098	,000	,000	,000	,002	,000	,372
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	-,072	,008	-,034	-,049	,002	,106	,117*	,030	,014
	Signifikanz (2-seitig)	,189	,884	,542	,373	,976	,053	,034	,591	,802
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	-,044	,138*	,121*	,079	,111*	,133*	,155**	,197**	,107
	Signifikanz (2-seitig)	,421	,012	,028	,150	,044	,015	,005	,000	,052
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	-,162**	-,040	-,043	-,098	-,076	,022	-,008	-,076	,006
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,471	,439	,075	,167	,689	,886	,169	,916
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.4 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 2)

Tab. 89: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Annäherungsmotivation, Teil 2)

Korrelationen

		IN1_A07	IN1_A08	IN1_A09	IN1_A10	IN1_A11	IN1_A12	IN1_A13	IN1_A14
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,007	,038	,071	,015	,053	,004	,022	-,006
	Signifikanz (2-seitig)	,901	,485	,198	,789	,335	,938	,693	,907
	N	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,042	,033	,076	,049	,002	-,006	,004	-,017
	Signifikanz (2-seitig)	,448	,549	,167	,370	,966	,909	,940	,762
	N	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,101	-,068	-,103	-,113*	-,072	-,106	-,152**	-,009
	Signifikanz (2-seitig)	,067	,214	,061	,040	,192	,054	,006	,867
	N	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,238**	-,211**	-,204**	-,175**	-,190**	-,169**	-,271**	-,049
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,001	,001	,002	,000	,372
	N	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,016	,035	,005	,113*	,011	,117*	,030	,014
	Signifikanz (2-seitig)	,766	,521	,926	,040	,847	,034	,591	,802
	N	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	,070	,221**	,205**	,201**	,138*	,155**	,197**	,107
	Signifikanz (2-seitig)	,205	,000	,000	,000	,012	,005	,000	,052
	N	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	-,076	,000	-,001	,023	-,034	-,008	-,076	,006
	Signifikanz (2-seitig)	,167	,998	,988	,679	,541	,886	,169	,916
	N	332	332	332	332	332	332	332	332

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.5 Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Vermeidungsmotivation)

Tab. 90: Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Vermeidungsmotivation)

Korrelationen

		IN1_V01	IN1_V02	IN1_V03	IN1_V04	IN1_V05	IN1_V06	IN1_V07	IN1_V08	IN1_V09	IN1_GES
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,077	,080	,162**	,059	,076	,064	,187**	,079	,074	,085
	Signifikanz (2-seitig)	,163	,144	,003	,283	,169	,242	,001	,149	,180	,122
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,057	,085	,147**	,067	,081	,043	,075	,050	,026	,056
	Signifikanz (2-seitig)	,297	,124	,007	,227	,141	,435	,172	,363	,632	,309
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,109*	-,168**	-,123*	-,117*	-,150**	-,125*	-,107	-,144**	-,191**	-,164**
	Signifikanz (2-seitig)	,046	,002	,025	,032	,006	,023	,052	,009	,000	,003
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,213**	-,297**	-,201**	-,143**	-,278**	-,140*	-,113*	-,213**	-,305**	-,304**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,009	,000	,011	,039	,000	,000	,000
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,011	,037	,014	,016	,024	,000	,025	,014	-,003	,026
	Signifikanz (2-seitig)	,845	,500	,800	,770	,668	,995	,652	,794	,955	,640
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	-,031	,027	-,040	-,018	,000	,048	,094	,078	,123*	,124*
	Signifikanz (2-seitig)	,579	,624	,473	,741	,998	,385	,088	,157	,025	,024
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	-,073	-,086	-,015	-,047	-,088	-,045	,042	-,056	-,111*	-,074
	Signifikanz (2-seitig)	,184	,120	,779	,390	,110	,415	,441	,307	,043	,176
	N	332	332	332	332	332	332	332	332	332	332

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.6 Korrelationen – ACP-a mit IVS-39

Tab. 91: Korrelationen – ACP-a mit IVS-39

Korrelationen

		IV1_F01	IV1_F02	IV1_F03	IV1_F04	IV1_F05	IV1_GES
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	-,050	,156**	,296**	,065	,001	,127*
	Signifikanz (2-seitig)	,372	,005	,000	,246	,988	,024
	N	319	319	319	319	319	319
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,006	,317**	,271**	,044	,023	,176**
	Signifikanz (2-seitig)	,912	,000	,000	,431	,686	,002
	N	319	319	319	319	319	319
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	,143*	-,033	-,004	,130*	,186**	,142*
	Signifikanz (2-seitig)	,010	,561	,950	,020	,001	,011
	N	319	319	319	319	319	319
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,328**	-,064	-,012	,207**	,275**	,246**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,253	,827	,000	,000	,000
	N	319	319	319	319	319	319
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,008	,197**	,095	,106	-,003	,113*
	Signifikanz (2-seitig)	,887	,000	,090	,059	,959	,045
	N	319	319	319	319	319	319
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	-,149**	-,055	,016	-,076	-,072	-,106
	Signifikanz (2-seitig)	,008	,332	,774	,174	,197	,059
	N	319	319	319	319	319	319
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,118*	,198**	,228**	,179**	,152**	,260**
	Signifikanz (2-seitig)	,034	,000	,000	,001	,007	,000
	N	319	319	319	319	319	319

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.7 Korrelationen – ACP-a mit SASB

Tab. 92: Korrelationen – ACP-a mit SASB

Korrelationen

		SA1_F01	SA1_F02	SA1_F03	SA1_F04	SA1_F05	SA1_F06	SA1_F07	SA1_F08	SA1_GES
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,012	-,075	,092	,241**	,125*	,099	,080	,014	-,021
	Signifikanz (2-seitig)	,831	,179	,099	,000	,025	,075	,154	,797	,712
	N	323	323	323	323	323	323	323	323	323
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,019	,030	,054	,068	,045	,100	,100	,092	-,038
	Signifikanz (2-seitig)	,728	,596	,337	,225	,421	,073	,072	,099	,491
	N	323	323	323	323	323	323	323	323	323
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,067	,090	,078	,094	-,016	-,156**	-,092	-,195**	,144**
	Signifikanz (2-seitig)	,231	,106	,163	,092	,771	,005	,100	,000	,009
	N	323	323	323	323	323	323	323	323	323
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,107	,205**	,239**	,170**	-,014	-,334**	-,263**	-,338**	,321**
	Signifikanz (2-seitig)	,054	,000	,000	,002	,808	,000	,000	,000	,000
	N	323	323	323	323	323	323	323	323	323
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,052	-,011	,008	-,033	-,040	,011	-,043	,024	,011
	Signifikanz (2-seitig)	,351	,849	,881	,555	,469	,847	,442	,667	,839
	N	323	323	323	323	323	323	323	323	323
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	-,086	-,259**	-,143**	-,038	-,069	,019	,036	-,047	-,101
	Signifikanz (2-seitig)	,123	,000	,010	,492	,218	,734	,517	,404	,069
	N	323	323	323	323	323	323	323	323	323
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	-,052	,021	,126*	,168**	,009	-,097	-,072	-,152**	,122*
	Signifikanz (2-seitig)	,353	,709	,024	,003	,868	,082	,196	,006	,028
	N	323	323	323	323	323	323	323	323	323

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.8 Korrelationen – ACP-a mit SCL-90 (Annäherungsmotivation)

Tab. 93: Korrelationen – ACP-a mit SCL-90

Korrelationen

		SC1_F01	SC1_F02	SC1_F03	SC1_F04	SC1_F05	SC1_F06	SC1_F07	SC1_F08	SC1_F09	SC1_F10
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,131*	,187**	,188**	,207**	,156**	,133*	,106	,213**	,179**	,203**
	Signifikanz (2-seitig)	,016	,001	,001	,000	,004	,015	,050	,000	,001	,000
	N	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,185**	,183**	,141**	,150**	,200**	,168**	,138*	,226**	,277**	,222**
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,001	,009	,006	,000	,002	,011	,000	,000	,000
	N	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,178**	-,195**	-,226**	-,175**	-,256**	-,255**	-,208**	-,248**	-,310**	-,275**
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,166**	-,333**	-,319**	-,284**	-,245**	-,291**	-,206**	-,336**	-,360**	-,341**
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,208**	,163**	,086	,143**	,271**	,172**	,236**	,153**	,200**	,222**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,003	,114	,008	,000	,001	,000	,005	,000	,000
	N	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	,170**	,147**	,112*	,140*	,134*	,085	,123*	,107*	,049	,147**
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,007	,039	,010	,014	,120	,023	,049	,366	,007
	N	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,120*	,048	-,015	,055	,095	,006	,070	,037	,019	,060
	Signifikanz (2-seitig)	,027	,383	,785	,312	,082	,907	,199	,498	,726	,268
	N	338	338	338	338	338	338	338	338	338	338

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.9 Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ

Tab. 94: Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ

Korrelationen

		BD1_GES	SO1_F01	LO1_F01	RS1_F01	RS1_F02	RS1_F03	RS1_F04	RS1_GES
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,130*	-,096	,077	,179**	,048	,150**	,072	,162**
	Signifikanz (2-seitig)	,018	,084	,162	,001	,387	,007	,197	,003
	N	332	324	329	326	326	326	326	326
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,144**	-,042	,112*	,029	,058	,101	-,038	,065
	Signifikanz (2-seitig)	,009	,449	,043	,605	,296	,068	,493	,241
	N	332	324	329	326	326	326	326	326
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,207**	,175**	,025	,001	-,235**	-,169**	-,043	-,183**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,002	,648	,987	,000	,002	,437	,001
	N	332	324	329	326	326	326	326	326
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,323**	,273**	,231**	-,121*	-,293**	-,317**	,019	-,291**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,028	,000	,000	,729	,000
	N	332	324	329	326	326	326	326	326
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,076	-,025	,098	,006	-,013	-,001	,020	,001
	Signifikanz (2-seitig)	,164	,656	,077	,919	,810	,986	,722	,982
	N	332	324	329	326	326	326	326	326
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	,151**	-,126*	-,045	,059	-,049	,035	,026	,020
	Signifikanz (2-seitig)	,006	,023	,419	,286	,380	,526	,635	,717
	N	332	324	329	326	326	326	326	326
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	-,019	,071	,184**	,040	-,168**	-,079	,014	-,088
	Signifikanz (2-seitig)	,725	,205	,001	,467	,002	,157	,802	,114
	N	332	324	329	326	326	326	326	326

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.10 Korrelationen – ACP-a mit VDS (1. Teil)

Tab. 95: Korrelationen – ACP-a mit VDS (1. Teil)

Korrelationen

		VD1_SC	VD1_MA	VD1_OR	VD1_DE	VD1_AN	VD1_DP	VD1_DR	VD1_NR	VD1_SS
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,079	,129*	,111*	,134*	,144**	,065	,071	,171**	,104
	Signifikanz (2-seitig)	,150	,018	,042	,014	,008	,234	,197	,002	,057
	N	335	335	335	335	335	335	334	335	335
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,225**	,248**	,120*	,161**	,191**	,124*	,079	,137*	,104
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,028	,003	,000	,023	,148	,012	,058
	N	335	335	335	335	335	335	334	335	335
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,202**	-,157**	-,121*	-,202**	-,285**	-,214**	-,146**	-,120*	-,068
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,004	,027	,000	,000	,000	,007	,029	,215
	N	335	335	335	335	335	335	334	335	335
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,308**	-,291**	-,199**	-,347**	-,228**	-,229**	-,262**	-,204**	-,159**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003
	N	335	335	335	335	335	335	334	335	335
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,168**	,169**	,042	,143**	,250**	,058	,034	,105	,076
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,002	,439	,009	,000	,288	,531	,054	,163
	N	335	335	335	335	335	335	334	335	335
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	,054	,021	,143**	,162**	,135*	,015	-,012	,171**	,130*
	Signifikanz (2-seitig)	,327	,698	,009	,003	,013	,785	,826	,002	,018
	N	335	335	335	335	335	335	334	335	335
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,012	,049	,023	,011	,075	-,061	-,082	,079	,057
	Signifikanz (2-seitig)	,823	,371	,679	,847	,173	,263	,137	,148	,296
	N	335	335	335	335	335	335	334	335	335

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.11 Korrelationen – ACP-a mit VDS (2. Teil)

Tab. 96: Korrelationen – ACP-a mit VDS (2. Teil)

Korrelationen

		VD1_PN	VD1_VR	VD1_VS	VD1_TI	VD1_PS	VD1_AG	VD1_SX	VD1_ZW	VD1_AL
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,108*	,093	,088	,006	,015	,117*	,102	,103	,050
	Signifikanz (2-seitig)	,049	,089	,109	,908	,784	,032	,063	,061	,366
	N	335	334	334	335	335	335	335	335	335
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,134*	,046	,057	,091	,108*	,126*	,184**	,156**	-,031
	Signifikanz (2-seitig)	,014	,402	,301	,095	,048	,021	,001	,004	,572
	N	335	334	334	335	335	335	335	335	335
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,156**	-,172**	-,097	-,239**	-,138*	-,106	-,165**	-,244**	,057
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,002	,076	,000	,011	,052	,002	,000	,295
	N	335	334	334	335	335	335	335	335	335
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,186**	-,159**	-,078	-,292**	-,240**	-,153**	-,136*	-,345**	,029
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,003	,154	,000	,000	,005	,013	,000	,596
	N	335	334	334	335	335	335	335	335	335
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,082	,037	,096	,091	,083	,140*	,071	,167**	-,043
	Signifikanz (2-seitig)	,133	,506	,081	,098	,128	,011	,192	,002	,435
	N	335	334	334	335	335	335	335	335	335
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	,052	-,041	,067	,000	-,048	,116*	,104	,135*	,008
	Signifikanz (2-seitig)	,343	,459	,222	,996	,384	,034	,057	,014	,883
	N	335	334	334	335	335	335	335	335	335
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,010	-,067	,044	-,113*	-,067	,081	,052	-,012	,018
	Signifikanz (2-seitig)	,851	,221	,425	,038	,222	,141	,346	,821	,737
	N	335	334	334	335	335	335	335	335	335

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.12 Korrelationen – ACP-a mit VDS (3. Teil)

Tab. 97: Korrelationen – ACP-a mit VDS (3. Teil)

Korrelationen

		VD1_SU	VD1_ES	VD1_SM	VD1_SO	VD1_DI	VD1_HY	VD1_DY	VD1_PO	VD1_SB
AC1_F1	Korrelation nach Pearson	,128*	,029	,073	,141**	-,020	,112*	,016	,087	,162**
	Signifikanz (2-seitig)	,019	,599	,181	,010	,711	,040	,771	,112	,003
	N	335	334	335	335	335	335	335	335	335
AC1_F2	Korrelation nach Pearson	,052	-,026	,167**	,217**	,138*	,167**	-,060	,129*	,184**
	Signifikanz (2-seitig)	,340	,631	,002	,000	,011	,002	,277	,018	,001
	N	335	334	335	335	335	335	335	335	335
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,015	-,010	-,260**	-,177**	-,223**	-,169**	-,056	-,171**	-,247**
	Signifikanz (2-seitig)	,785	,849	,000	,001	,000	,002	,307	,002	,000
	N	335	334	335	335	335	335	335	335	335
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,016	-,086	-,117*	-,187**	-,234**	-,141**	-,168**	-,110*	-,325**
	Signifikanz (2-seitig)	,770	,115	,033	,001	,000	,010	,002	,044	,000
	N	335	334	335	335	335	335	335	335	335
AC1_F5	Korrelation nach Pearson	,016	-,071	,215**	,173**	,115*	,243**	-,018	,077	,137*
	Signifikanz (2-seitig)	,764	,198	,000	,001	,036	,000	,736	,160	,012
	N	335	334	335	335	335	335	335	335	335
AC1_F6	Korrelation nach Pearson	,030	,015	,080	,162**	-,023	,139*	,026	-,081	,113*
	Signifikanz (2-seitig)	,579	,790	,142	,003	,669	,011	,634	,141	,039
	N	335	334	335	335	335	335	335	335	335
AC1_FG	Korrelation nach Pearson	,063	-,060	,063	,111*	-,074	,125*	-,097	-,015	,004
	Signifikanz (2-seitig)	,253	,274	,251	,042	,175	,022	,077	,786	,944
	N	335	334	335	335	335	335	335	335	335

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.13 Korrelationen – ACP-a mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 98: Korrelationen – ACP-a mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZFI9_F01 Generalisierte Selbstwirksamkeit	ZFI9_F02 Transpersonales Vertrauen	ZFI9_F03 Soziale Resonanz	ZFI9_F04 Krankheitsbezogene Besserung	ZFI9_F05 Gesundheitsbezogene Besserung	ZFI9_F06 Selbstbestimmte Lebensführung	ZFI9_F07 Proaktivität	ZFI9_GES Gesamtwert FIG
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	-,034	,053	,092	,214	,005	,219	-,096	,098
	Signifikanz (2-seitig)	,792	,676	,471	,090	,970	,082	,449	,442
	N	64	64	64	64	64	64	64	64
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	-,024	-,066	,089	,232	-,040	,209	-,346**	-,004
	Signifikanz (2-seitig)	,851	,606	,483	,065	,756	,097	,005	,974
	N	64	64	64	64	64	64	64	64
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	,023	,101	,028	-,205	,010	-,194	,158	-,023
	Signifikanz (2-seitig)	,859	,426	,828	,104	,939	,124	,214	,858
	N	64	64	64	64	64	64	64	64
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,112	,065	,003	-,039	-,001	-,198	,298*	,062
	Signifikanz (2-seitig)	,378	,609	,981	,759	,991	,116	,017	,629
	N	64	64	64	64	64	64	64	64
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	-,189	-,044	-,039	,298*	-,166	,079	-,074	-,041
	Signifikanz (2-seitig)	,135	,729	,758	,017	,190	,534	,562	,745
	N	64	64	64	64	64	64	64	64
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	-,170	,003	,057	,063	,016	,151	-,079	,008
	Signifikanz (2-seitig)	,179	,980	,656	,620	,899	,232	,533	,952
	N	64	64	64	64	64	64	64	64
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	-,105	,028	,073	,229	-,079	,100	-,068	,028
	Signifikanz (2-seitig)	,410	,828	,567	,069	,536	,430	,593	,824
	N	64	64	64	64	64	64	64	64

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.14 Korrelationen – ACP-a mit IIP (Pre-Post-Differenz)

Tab. 99: Korrelationen – ACP-a mit IIP (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZII9_F01 zu autokratisch	ZII9_F02 zu streitsüchtig	ZII9_F03 zu abweisend	ZII9_F04 zu introvertiert	ZII9_F05 zu unterwürfig	ZII9_F06 zu ausnutzbar	ZII9_F07 zu fürsorglich	ZII9_F08 zu expressiv	ZII9_GES Interpersonelle Probleme
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,037	,076	,133	,273*	,158	-,045	,135	-,006	,129
	Signifikanz (2-seitig)	,756	,519	,255	,018	,176	,699	,249	,961	,271
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	-,060	,056	,223	,339**	,264*	-,052	,077	-,010	,145
	Signifikanz (2-seitig)	,609	,636	,055	,003	,022	,656	,512	,931	,213
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,258*	-,203	-,081	-,196	-,257*	-,211	-,133	-,300**	-,274*
	Signifikanz (2-seitig)	,025	,080	,491	,093	,026	,069	,257	,009	,018
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,002	-,004	-,028	-,080	-,062	-,016	-,047	-,115	-,064
	Signifikanz (2-seitig)	,987	,975	,809	,498	,598	,892	,687	,324	,585
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,166	,096	,136	,181	,204	,236*	,118	,143	,214
	Signifikanz (2-seitig)	,156	,410	,245	,119	,079	,042	,315	,222	,066
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	-,096	,037	,141	,122	,063	,020	-,005	-,031	,042
	Signifikanz (2-seitig)	,414	,753	,229	,297	,589	,868	,963	,792	,719
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	-,045	,034	,192	,243*	,158	,004	,066	-,085	,096
	Signifikanz (2-seitig)	,703	,770	,099	,036	,176	,971	,573	,471	,412
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.15 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil1)

Tab. 100: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil1)

Korrelationen

		ZIN9_A01 Inimität/Bindung	ZIN9_A02 Geselligkeit	ZIN9_A03 Anderen/helfen	ZIN9_A04 Hilfe/bekommen	ZIN9_A05 Anerkennung/Wertschätzung	ZIN9_A06 Überlegensein/Imponieren	ZIN9_A07 Autonomie
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,136	,168	,068	,057	,044	,167	-,040
	Signifikanz (2-seitig)	,238	,145	,556	,619	,704	,147	,729
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,202	,185	,096	,204	,242*	,195	,090
	Signifikanz (2-seitig)	,079	,107	,406	,076	,034	,089	,436
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,134	-,097	-,074	-,137	-,189	-,166	-,063
	Signifikanz (2-seitig)	,247	,402	,522	,234	,099	,149	,587
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,085	,063	,080	-,002	-,007	-,029	-,036
	Signifikanz (2-seitig)	,463	,584	,488	,985	,951	,800	,755
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,105	,051	,075	,011	,142	,205	,103
	Signifikanz (2-seitig)	,365	,661	,520	,925	,216	,074	,371
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	-,028	,088	-,088	,060	-,025	,018	-,044
	Signifikanz (2-seitig)	,807	,448	,448	,606	,832	,879	,703
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,149	,165	,073	,074	,102	,163	,022
	Signifikanz (2-seitig)	,197	,151	,528	,520	,379	,157	,847
	N	77	77	77	77	77	77	77

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.16 Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil 2)

Tab. 101: Korrelationen – ACP-a mit INK-A (Pre-Post-Differenz, Annäherungsmotivation, Teil 2)

Korrelationen

		ZIN9_A08 Leistung	ZIN9_A09 Kontrolle/haben	ZIN9_A10 Bildung/Verstehen	ZIN9_A11 Glauben/Sinn	ZIN9_A12 Das Leben auskosten	ZIN9_A13 Selbstvertrauen/Selbstwert	ZIN9_A14 Selbstbelohnung
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,209	,070	,137	,056	,083	,096	-,008
	Signifikanz (2-seitig)	,068	,544	,235	,628	,473	,408	,945
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,187	,159	,135	,208	,106	,136	,026
	Signifikanz (2-seitig)	,103	,168	,242	,070	,358	,237	,820
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,253*	-,300**	-,256*	-,190	-,225*	-,231*	,087
	Signifikanz (2-seitig)	,026	,008	,025	,098	,049	,043	,452
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,058	,042	,076	,062	,125	-,023	,305**
	Signifikanz (2-seitig)	,614	,716	,509	,592	,280	,842	,007
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,198	,177	,214	,182	,103	,176	-,074
	Signifikanz (2-seitig)	,085	,123	,062	,114	,375	,127	,520
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	,203	,150	,103	-,067	-,018	,008	-,030
	Signifikanz (2-seitig)	,077	,192	,374	,562	,875	,945	,793
	N	77	77	77	77	77	77	77
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,226*	,126	,168	,122	,083	,084	,101
	Signifikanz (2-seitig)	,048	,275	,145	,289	,475	,470	,380
	N	77	77	77	77	77	77	77

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.17 Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Pre-Post-Differenz, Vermeidungsmotivation)

Tab. 102: Korrelationen – ACP-a mit INK-V (Pre-Post-Differenz, Vermeidungsmotivation)

Korrelationen

		ZIN9_V01 Alleinsein	ZIN9_V02 Geringschätzung	ZIN9_V03 Erniedrigung	ZIN9_V04 Vorwürfe/Kritik	ZIN9_V05 Abhängigkeit/Autonomieverlust	ZIN9_V06 Spannungen mit anderen	ZIN9_V07 Sich verletzbar machen	ZIN9_V08 Hilflosigkeit/Ohnmacht	ZIN9_V09 Versagen	ZIN9_GES Gesamt-Inkongruenz
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	-,058	-,020	,173	,056	,117	,208	,056	,238*	,097	,145
	Signifikanz (2-seitig)	,619	,862	,133	,628	,310	,070	,630	,037	,401	,208
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,064	,128	,105	,049	,021	,067	,099	,233*	,027	,192
	Signifikanz (2-seitig)	,581	,267	,362	,674	,857	,565	,390	,041	,815	,094
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,008	-,020	,032	,010	-,074	-,130	,082	-,155	-,257*	-,173
	Signifikanz (2-seitig)	,942	,860	,785	,929	,521	,260	,480	,177	,024	,132
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,000	,083	,202	,181	,067	,128	,178	,109	,011	,128
	Signifikanz (2-seitig)	,998	,475	,077	,114	,561	,269	,121	,346	,925	,268
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,146	,035	-,009	,019	,016	,098	,142	,083	,283*	,163
	Signifikanz (2-seitig)	,205	,760	,940	,870	,889	,397	,219	,473	,013	,156
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	-,089	,015	,113	,110	,041	,159	-,028	,177	,129	,073
	Signifikanz (2-seitig)	,442	,898	,328	,341	,722	,168	,806	,123	,262	,528
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,043	,085	,206	,144	,066	,186	,200	,244*	,128	,206
	Signifikanz (2-seitig)	,710	,461	,072	,212	,569	,105	,081	,033	,268	,073
	N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.18 Korrelationen – ACP-a mit IVS-39 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 103: Korrelationen – ACP-a mit IVS-39 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZIV9_F01 Integration	ZIV9_F02 Spiritualität	ZIV9_F03 Differenzierung	ZIV9_F04 Körperbewusstsein	ZIV9_F05 Sozialkontakt	ZIV9_GES Gesamtwert IVS	ZLO9_F01 Gesamtwert LOT	ZBD9_GES Z-Wert(BD9_GES)	ZSO9_GES Gesamtwert FPTM
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,221	-,138	,023	,103	,199	,148	-,077	,112	,078
	Signifikanz (2-seitig)	,056	,237	,842	,381	,087	,205	,506	,426	,505
	N	75	75	75	75	75	75	76	53	76
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,187	-,142	,150	,071	,292*	,192	,008	,220	,046
	Signifikanz (2-seitig)	,108	,225	,200	,547	,011	,098	,942	,113	,690
	N	75	75	75	75	75	75	76	53	76
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,070	,240*	-,013	-,178	-,303**	-,128	-,064	-,101	-,167
	Signifikanz (2-seitig)	,553	,038	,913	,127	,008	,274	,583	,471	,151
	N	75	75	75	75	75	75	76	53	76
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,013	-,016	-,109	,106	-,125	-,034	-,109	,110	,122
	Signifikanz (2-seitig)	,913	,892	,351	,364	,285	,769	,347	,433	,292
	N	75	75	75	75	75	75	76	53	76
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,124	-,103	,070	,016	,199	,107	-,119	,140	,104
	Signifikanz (2-seitig)	,291	,380	,552	,893	,088	,360	,307	,316	,374
	N	75	75	75	75	75	75	76	53	76
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	,141	,010	-,089	-,042	,033	,018	-,081	,110	-,073
	Signifikanz (2-seitig)	,227	,931	,449	,717	,778	,879	,489	,431	,532
	N	75	75	75	75	75	75	76	53	76
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,220	-,072	,028	,037	,135	,122	-,156	,201	,060
	Signifikanz (2-seitig)	,058	,538	,811	,752	,249	,298	,179	,150	,609
	N	75	75	75	75	75	75	76	53	76

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.19 Korrelationen – ACP-a mit SASB (Pre-Post-Differenz)

Tab. 104: Korrelationen – ACP-a mit SASB (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZSA9_F01 Spontanes Selbst	ZSA9_F02 Selbstakzeptanz	ZSA9_F03 Selbstliebe	ZSA9_F04 Selbstunterstützung	ZSA9_F05 Selbstkontrolle	ZSA9_F06 Selbstabwertung	ZSA9_F07 Selbstvernichtung	ZSA9_F08 Selbstvernachlässigung	ZSA9_GES Gesamtwert SASB
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,103	,166	,040	-,068	,081	-,062	,103	,012	,068
	Signifikanz (2-seitig)	,375	,153	,734	,558	,487	,596	,376	,915	,561
	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,239*	,225	,156	,055	,144	-,031	,007	,138	,179
	Signifikanz (2-seitig)	,038	,051	,180	,639	,214	,789	,953	,233	,122
	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	,073	-,074	-,123	-,192	,213	,000	-,028	-,263*	-,079
	Signifikanz (2-seitig)	,529	,528	,290	,097	,064	,998	,808	,022	,497
	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,059	-,034	,074	,042	,098	-,022	,117	-,069	,027
	Signifikanz (2-seitig)	,611	,774	,524	,717	,400	,848	,315	,554	,814
	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,159	,147	,041	-,105	,154	,001	-,010	,099	,092
	Signifikanz (2-seitig)	,170	,205	,723	,368	,184	,990	,932	,393	,429
	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	,024	,105	-,032	-,086	,075	-,174	,008	-,034	-,033
	Signifikanz (2-seitig)	,838	,368	,782	,459	,519	,133	,942	,768	,777
	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,204	,200	,069	-,117	,271*	-,088	,066	-,015	,107
	Signifikanz (2-seitig)	,077	,084	,554	,314	,018	,451	,569	,898	,358
	N	76	76	76	76	76	76	76	76	76

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.20 Korrelationen – ACP-a mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 105: Korrelationen – ACP-a mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZSC9_F01 Somatisierung	ZSC9_F02 Zwanghaftigkeit	ZSC9_F03 Unsicherheit	ZSC9_F04 Depression	ZSC9_F05 Ängstlichkeit	ZSC9_F06 Aggressivität	ZSC9_F07 Phobische Angst	ZSC9_F08 Paranoides Denken	ZSC9_F09 Psychotizismus	ZSC9_F10 Symptombelastung
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,172	,212	,213	,205	,139	,243*	,052	,330**	,216	,249*
	Signifikanz (2-seitig)	,132	,063	,061	,072	,226	,032	,652	,003	,058	,028
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,065	,199	,208	,216	,055	,237*	,073	,173	,172	,196
	Signifikanz (2-seitig)	,570	,081	,067	,058	,635	,036	,524	,129	,131	,085
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,075	-,136	-,213	-,256*	-,197	-,211	-,242*	-,226*	-,294**	-,258*
	Signifikanz (2-seitig)	,515	,234	,061	,024	,084	,064	,033	,047	,009	,023
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	,155	-,052	,057	-,121	,012	-,129	-,038	-,098	-,050	-,035
	Signifikanz (2-seitig)	,177	,650	,619	,292	,915	,261	,742	,392	,663	,758
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,280*	,246*	,258*	,335**	,418**	,306**	,457**	,198	,270*	,392**
	Signifikanz (2-seitig)	,013	,030	,022	,003	,000	,006	,000	,082	,017	,000
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	,206	,160	,117	,062	,117	,248*	,148	,221	,100	,193
	Signifikanz (2-seitig)	,071	,162	,308	,589	,307	,028	,195	,051	,385	,090
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,290**	,235*	,247*	,191	,224*	,261*	,198	,218	,173	,288*
	Signifikanz (2-seitig)	,010	,039	,029	,094	,048	,021	,083	,056	,129	,011
	N	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.21 Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ (Pre-Post-Differenz)

Tab. 106: Korrelationen – ACP-a mit SOC-13, LOT und RSQ (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZRS9_F01 Angst vor Trennung	ZRS9_F02 Angst vor Nähe	ZRS9_F03 Fehlendes Vertrauen	ZRS9_F04 Wunsch nach Unabhängigkeit	ZRS9_GES Gesamtwert RSQ
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,089	,053	,232*	-,152	,084
	Signifikanz (2-seitig)	,443	,646	,042	,186	,467
	N	77	77	77	77	77
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,228*	,196	,310**	-,093	,240*
	Signifikanz (2-seitig)	,046	,087	,006	,419	,036
	N	77	77	77	77	77
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,135	,103	-,133	-,033	-,071
	Signifikanz (2-seitig)	,241	,371	,248	,777	,542
	N	77	77	77	77	77
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,109	,100	-,083	-,084	-,064
	Signifikanz (2-seitig)	,345	,389	,474	,467	,583
	N	77	77	77	77	77
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,116	-,011	,083	-,104	,025
	Signifikanz (2-seitig)	,317	,922	,471	,367	,828
	N	77	77	77	77	77
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	-,112	-,021	,005	-,133	-,094
	Signifikanz (2-seitig)	,334	,857	,963	,249	,414
	N	77	77	77	77	77
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,058	,151	,165	-,210	,062
	Signifikanz (2-seitig)	,619	,191	,151	,067	,594
	N	77	77	77	77	77

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.22 Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 1)

Tab. 107: Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 1)

Korrelationen

		ZVD9_SC Schizophrenie (Sc)	ZVD9_MA Manie (Ma)	ZVD9_OR Gedächtnis/Konzentration (Or)	ZVD9_DE Depression (De)	ZVD9_AN Angst (An)	ZVD9_DP Depersonalisation (DP)	ZVD9_DR Derealisation (DR)	ZVD9_NR Neurasthenie (NR)	ZVD9_SS Schlafstörungen (SS)
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,007	,077	,178	,074	,312*	,327**	,296*	,213	,033
	Signifikanz (2-seitig)	,954	,535	,150	,549	,010	,007	,015	,084	,791
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,049	,128	,260*	,222	,412**	,324**	,295*	,131	-,103
	Signifikanz (2-seitig)	,693	,303	,034	,072	,001	,007	,015	,292	,407
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,041	-,208	-,078	-,254*	-,192	-,207	-,107	-,203	-,256*
	Signifikanz (2-seitig)	,743	,091	,531	,038	,119	,093	,389	,100	,037
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,200	,075	,022	-,056	-,126	-,092	-,028	,057	-,036
	Signifikanz (2-seitig)	,105	,548	,859	,651	,311	,457	,823	,647	,775
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,067	,013	,249*	,259*	,330**	,141	,174	,226	,035
	Signifikanz (2-seitig)	,591	,914	,042	,034	,006	,256	,160	,066	,782
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	,100	,076	,180	,063	,227	,137	,290*	,151	-,115
	Signifikanz (2-seitig)	,421	,543	,146	,614	,064	,270	,017	,224	,354
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	-,010	,063	,303*	,137	,362**	,233	,327**	,221	-,141
	Signifikanz (2-seitig)	,934	,611	,013	,269	,003	,057	,007	,072	,255
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.23 Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 2)

Tab. 108: Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 2)

Korrelationen

		ZVD9_PN Pavor Nocturnus (PN)	ZVD9_VR Verhaltensrituale (VR)	ZVD9_VS Verhaltensstörungen (VS)	ZVD9_TI Tics (TI)	ZVD9_PS Poltern/Stottern (PS)	ZVD9_AG Aggression (Ag)	ZVD9_SX Sexualstörung (Sx)	ZVD9_ZW Zwang (Zw)	ZVD9_AL Alkoholismus (Al)
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,239	,091	,107	-,186	,141	,256*	,074	,134	-,128
	Signifikanz (2-seitig)	,051	,465	,387	,132	,253	,037	,553	,281	,302
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,147	,052	,023	-,098	,194	,143	,209	,197	-,065
	Signifikanz (2-seitig)	,237	,679	,853	,431	,115	,248	,090	,110	,604
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,334**	-,132	-,106	-,134	-,192	-,003	-,179	-,264*	-,056
	Signifikanz (2-seitig)	,006	,288	,395	,278	,119	,983	,147	,031	,654
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,124	,135	,020	,070	-,140	,065	-,038	-,195	-,060
	Signifikanz (2-seitig)	,316	,276	,872	,571	,260	,602	,757	,114	,628
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,168	,268*	,106	-,184	,058	,075	,016	,143	-,175
	Signifikanz (2-seitig)	,175	,028	,392	,137	,639	,545	,895	,250	,156
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	,130	,056	-,069	-,069	,138	,251*	,036	,190	-,106
	Signifikanz (2-seitig)	,293	,654	,581	,579	,266	,040	,772	,124	,394
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,094	,193	,046	-,218	,072	,271*	,049	,078	-,217
	Signifikanz (2-seitig)	,451	,117	,711	,076	,563	,026	,696	,532	,078
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.24 Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 3)

Tab. 109: Korrelationen – ACP-a mit VDS-90 (Pre-Post-Differenz, Teil 3)

Korrelationen

		ZVD9_SU Sucht (Su)	ZVD9_ES Essstörung (Es)	ZVD9_SM Schmerzstörung (Sm)	ZVD9_DI Dissoziative Störung (Di)	ZVD9_HY Hypochondrie (HY)	ZVD9_DY Dysmorphobie (DY)	ZVD9_PO Posttraumatische Störung (PO)	ZVD9_SB Symptombelastung (Sb)
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,082	-,114	-,047	-,092	,101	,119	,011	,138
	Signifikanz (2-seitig)	,507	,357	,703	,457	,414	,339	,932	,265
	N	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	,103	,078	-,072	-,090	,243*	,058	,111	,225
	Signifikanz (2-seitig)	,409	,531	,563	,468	,048	,643	,371	,067
	N	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,184	-,137	-,189	-,190	-,256*	-,126	-,116	-,317**
	Signifikanz (2-seitig)	,136	,268	,125	,124	,037	,308	,350	,009
	N	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,016	-,007	-,052	,066	-,091	,089	-,117	-,052
	Signifikanz (2-seitig)	,897	,954	,674	,597	,464	,475	,347	,678
	N	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	,091	,023	,041	,167	,450**	,005	,191	,230
	Signifikanz (2-seitig)	,463	,853	,740	,176	,000	,969	,122	,061
	N	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	,036	-,227	,097	-,210	,075	-,063	,043	,043
	Signifikanz (2-seitig)	,771	,065	,437	,088	,546	,611	,727	,729
	N	67	67	67	67	67	67	67	67
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	,052	-,113	-,078	-,089	,228	,039	,060	,123
	Signifikanz (2-seitig)	,678	,363	,528	,473	,064	,751	,632	,321
	N	67	67	67	67	67	67	67	67

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.25 Korrelationen – ACP-a mit FMP und FPTM (Pre-Post-Differenz)

Tab. 110: Korrelationen – ACP-a mit FMP und FPTM (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZFM9_F1 Krankheit serleben	ZFM9_F2 Laienätiologie	ZFM9_F3 Allgemeine Behandlungs erwartungen	ZFM9_F4 Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie	ZFP9_F1 Psychischer Leidensdruck (LD)	ZFP9_F2 Symptom bezogene Zuwendung (ZW)	ZFP9_F3 Hoffnung (HO)	ZFP9_F4 Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)	ZFP9_F5 Initiative (IN)	ZFP9_F6 Wissen (WI)	ZFP9_FG Gesamtwert FPTM
AC1_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	Korrelation nach Pearson	,033	-,057	-,021	,202	-,169	,068	-,049	,039	-,181	-,059	-,180
	Signifikanz (2-seitig)	,808	,670	,878	,129	,267	,659	,749	,798	,235	,702	,237
	N	58	58	58	58	45	45	45	45	45	45	45
AC1_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	Korrelation nach Pearson	-,135	-,301*	,063	,229	-,350*	,152	,096	,075	-,295*	,041	-,209
	Signifikanz (2-seitig)	,311	,022	,638	,084	,018	,318	,531	,624	,049	,787	,169
	N	58	58	58	58	45	45	45	45	45	45	45
AC1_F3U	Korrelation nach Pearson	-,148	,220	-,023	-,258	,019	-,138	,231	-,105	,047	,075	,100
	Signifikanz (2-seitig)	,269	,097	,862	,051	,903	,364	,126	,494	,758	,623	,512
	N	58	58	58	58	45	45	45	45	45	45	45
AC1_F4U	Korrelation nach Pearson	-,227	,146	,130	-,215	,271	-,307*	,016	,207	,081	-,209	-,099
	Signifikanz (2-seitig)	,087	,273	,329	,106	,072	,040	,915	,173	,596	,167	,517
	N	58	58	58	58	45	45	45	45	45	45	45
AC1_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	Korrelation nach Pearson	-,005	-,124	,109	,117	-,335*	,201	-,222	-,149	-,320*	-,068	-,269
	Signifikanz (2-seitig)	,971	,355	,417	,384	,025	,186	,144	,329	,032	,655	,074
	N	58	58	58	58	45	45	45	45	45	45	45
AC1_F6 Positive Outcome-Erwartung	Korrelation nach Pearson	-,060	-,040	-,087	,002	-,267	,330*	-,027	,139	-,275	-,130	-,196
	Signifikanz (2-seitig)	,653	,765	,514	,987	,076	,027	,858	,364	,067	,394	,198
	N	58	58	58	58	45	45	45	45	45	45	45
AC1_FG Gesamtwert ACP	Korrelation nach Pearson	-,182	-,080	,085	,050	-,316*	,103	-,015	,049	-,355*	-,123	-,327*
	Signifikanz (2-seitig)	,171	,552	,527	,710	,034	,500	,923	,748	,017	,422	,029
	N	58	58	58	58	45	45	45	45	45	45	45

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.26 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 111: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FIG-50 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZFI9_F01 Generalisierte Selbstwirksamkeit	ZFI9_F02 Transpersonales Vertrauen	ZFI9_F03 Soziale Resonanz	ZFI9_F04 Krankheitsbezogene Besserung	ZFI9_F05 Gesundheitsbezogene Besserung	ZFI9_F06 Selbstbestimmte Lebensführung	ZFI9_F07 Proaktivität	ZFI9_GES Gesamtwert FIG
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,232	,157	,169	,451**	-,063	,354**	,028	,306*
	Signifikanz (2-seitig)	,082	,244	,210	,000	,639	,007	,834	,021
	N	57	57	57	57	57	57	57	57
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,367**	-,148	-,224	-,317*	,035	-,175	-,230	-,340**
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,265	,088	,014	,791	,185	,080	,008
	N	59	59	59	59	59	59	59	59
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,345	-,173	,219	,197	-,422	,407	,156	,237
	Signifikanz (2-seitig)	,160	,494	,383	,433	,081	,094	,535	,344
	N	18	18	18	18	18	18	18	18

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.27 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IIP (Pre-Post-Differenz)

Tab. 112: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IIP (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZII9_F01 zu autokratisch	ZII9_F02 zu streitsüchtig	ZII9_F03 zu abweisend	ZII9_F04 zu introvertiert	ZII9_F05 zu unterwürfig	ZII9_F06 zu ausnutzbar	ZII9_F07 zu fürsorglich	ZII9_F08 zu expressiv	ZII9_GES Interpersonelle Probleme
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,238	,407**	,124	,290*	,204	,246*	,245*	,113	,304*
	Signifikanz (2-seitig)	,053	,001	,319	,017	,097	,045	,046	,361	,012
	N	67	67	67	67	67	67	67	67	67
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	,001	-,091	-,145	-,225	-,220	-,273*	-,250*	-,146	-,238*
	Signifikanz (2-seitig)	,994	,455	,235	,063	,070	,023	,038	,231	,049
	N	69	69	69	69	69	69	69	69	69
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,448*	,609**	,134	,141	,399*	,463*	,376*	,322	,490**
	Signifikanz (2-seitig)	,013	,000	,480	,459	,029	,010	,040	,083	,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.28 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 1 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 113: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 1 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZIN9_A01 Inimität/Bindung	ZIN9_A02 Geselligkeit	ZIN9_A03 Anderen/helfen	ZIN9_A04 Hilfe/bekommen	ZIN9_A05 Anerkennung/Wertschätzung	ZIN9_A06 Überlegenseein/Imponieren	ZIN9_A07 Autonomie
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,317**	,086	,258*	,271*	,229	,312**	,247*
	Signifikanz (2-seitig)	,008	,481	,033	,024	,058	,009	,040
	N	69	69	69	69	69	69	69
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,237*	-,089	-,279*	-,238*	-,232	-,286*	-,190
	Signifikanz (2-seitig)	,047	,460	,018	,046	,051	,016	,112
	N	71	71	71	71	71	71	71
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,122	,262	,487**	,424*	,319	,575**	,370*
	Signifikanz (2-seitig)	,522	,162	,006	,020	,086	,001	,044
	N	30	30	30	30	30	30	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.29 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 2 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 114: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 2 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZIN9_A08 Leistung	ZIN9_A09 Kontrolle/haben	ZIN9_A10 Bildung/Verstehen	ZIN9_A11 Glauben/Sinn	ZIN9_A12 Das Leben auskosten	ZIN9_A13 Selbstvertrauen/Selbstwert	ZIN9_A14 Selbstbelohnung
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,153	,271*	,127	,226	,244*	,263*	,176
	Signifikanz (2-seitig)	,209	,024	,297	,061	,044	,029	,148
	N	69	69	69	69	69	69	69
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,267*	-,171	-,290*	-,226	-,293*	-,341**	-,269*
	Signifikanz (2-seitig)	,024	,154	,014	,059	,013	,004	,023
	N	71	71	71	71	71	71	71
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,229	,268	,535**	,580**	,440*	,595**	,237
	Signifikanz (2-seitig)	,223	,151	,002	,001	,015	,001	,207
	N	30	30	30	30	30	30	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.30 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 3 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 115: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit INK – Teil 3 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZIN9_V01 Alleinsein	ZIN9_V02 Geringschätzung	ZIN9_V03 Erniedrigung	ZIN9_V04 Vorwürfe/Kritik	ZIN9_V05 Abhängigkeit/Autonomieverlust	ZIN9_V06 Spannungen mit anderen	ZIN9_V07 Sich verletzbar machen	ZIN9_V08 Hilflosigkeit/Ohnmacht	ZIN9_V09 Versagen	ZIN9_GES Gesamt-Inkongruenz
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,364**	,375**	,420**	,304*	,307*	,362**	,235	,372**	,406**	,433**
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,001	,000	,011	,010	,002	,052	,002	,001	,000
	N	69	69	69	69	69	69	69	69	69	69
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,122	-,334**	-,278*	-,328**	-,106	-,242*	-,329**	-,395**	-,282*	-,395**
	Signifikanz (2-seitig)	,309	,004	,019	,005	,380	,042	,005	,001	,017	,001
	N	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,317	,451*	,498**	,242	,438*	,507**	-,015	,497**	,474**	,625**
	Signifikanz (2-seitig)	,088	,012	,005	,198	,015	,004	,938	,005	,008	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.31 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IVS-39, LOT und SOC-13 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 116: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit IVS-39, LOT und SOC-13 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZIV9_F01 Integration	ZIV9_F02 Spiritualität	ZIV9_F03 Differenzierung	ZIV9_F04 Körperbewusstsein	ZIV9_F05 Sozialkontakt	ZIV9_GES Gesamtwert IVS	ZLO9_F01 Gesamtwert LOT	ZBD9_GES Z-Wert(BD9_GES)	ZSO9_GES Gesamtwert FPTM
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,327**	,127	,003	,256*	,381**	,338**	,114	,401**	,308*
	Signifikanz (2-seitig)	,007	,308	,983	,036	,001	,005	,356	,004	,011
	N	67	67	67	67	67	67	68	49	68
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,362**	-,170	-,047	-,321**	-,164	-,330**	-,076	-,288*	-,327**
	Signifikanz (2-seitig)	,002	,163	,701	,007	,177	,006	,534	,045	,006
	N	69	69	69	69	69	69	70	49	70
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,308	,142	,322	,292	,269	,436*	,289	,678**	,424*
	Signifikanz (2-seitig)	,098	,455	,082	,118	,150	,016	,121	,001	,019
	N	30	30	30	30	30	30	30	22	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.32 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit RSQ (Pre-Post-Differenz)

Tab. 117: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit RSQ (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZRS9_F01 Angst vor Trennung	ZRS9_F02 Angst vor Nähe	ZRS9_F03 Fehlendes Vertrauen	ZRS9_F04 Wunsch nach Unabhängigkeit	ZRS9_GES Gesamtwert RSQ
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,112	,183	,102	-,048	,132
	Signifikanz (2-seitig)	,364	,135	,410	,699	,282
	N	68	68	68	68	68
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,113	-,143	-,111	-,033	-,153
	Signifikanz (2-seitig)	,353	,239	,360	,785	,205
	N	70	70	70	70	70
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,079	,009	,043	-,185	-,036
	Signifikanz (2-seitig)	,678	,963	,822	,329	,852
	N	30	30	30	30	30

10.14.33 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SASB (Pre-Post-Differenz)

Tab. 118: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SASB (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZSA9_F01 Spontanes Selbst	ZSA9_F02 Selbstakzeptanz	ZSA9_F03 Selbstliebe	ZSA9_F04 Selbstunterstützung	ZSA9_F05 Selbstkontrolle	ZSA9_F06 Selbstabwertung	ZSA9_F07 Selbstvernichtung	ZSA9_F08 Selbstvernachlässigung	ZSA9_GES Gesamtwert SASB
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,033	,418**	,193	,156	,062	,332**	,301*	,278*	,367**
	Signifikanz (2-seitig)	,790	,000	,115	,204	,614	,006	,013	,022	,002
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	,042	-,415**	-,267*	-,089	,057	-,170	-,220	-,186	-,260*
	Signifikanz (2-seitig)	,729	,000	,025	,465	,640	,160	,067	,123	,030
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,089	,494**	,096	-,049	-,042	,403*	,182	,153	,323
	Signifikanz (2-seitig)	,640	,006	,613	,797	,825	,027	,335	,418	,081
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.34 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 119: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit SCL-90 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZSC9_F01 Somatisierung	ZSC9_F02 Zwanghaftigkeit	ZSC9_F03 Unsicherheit	ZSC9_F04 Depression	ZSC9_F05 Ängstlichkeit	ZSC9_F06 Aggressivität	ZSC9_F07 Phobische Angst	ZSC9_F08 Paranoides Denken	ZSC9_F09 Psychotizismus	ZSC9_F10 Symptombelastung
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,355**	,385**	,367**	,475**	,452**	,382**	,299*	,295*	,349**	,476**
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,001	,002	,000	,000	,001	,012	,013	,003	,000
	N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,120	-,197	-,242*	-,289*	-,160	-,250*	-,129	-,263*	-,260*	-,270*
	Signifikanz (2-seitig)	,315	,097	,041	,014	,178	,034	,280	,025	,027	,022
	N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,516**	,453*	,399*	,473**	,461**	,343	,338	,288	,429*	,528**
	Signifikanz (2-seitig)	,003	,011	,026	,007	,009	,059	,063	,116	,016	,002
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.35 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 1 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 120: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 1 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZVD9_SC Schizophrenie (Sc)	ZVD9_MA Manie (Ma)	ZVD9_OR Gedächtnis/Konzentration (Or)	ZVD9_DE Depression (De)	ZVD9_AN Angst (An)	ZVD9_DP Depersonalisation (DP)	ZVD9_DR Derealisation (DR)	ZVD9_NR Neurasthenie (NR)	ZVD9_SS Schlafstörungen (SS)
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,210	,119	,349**	,335**	,190	,142	,029	,238	,260*
	Signifikanz (2-seitig)	,105	,362	,006	,008	,143	,274	,824	,065	,043
	N	61	61	61	61	61	61	61	61	61
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,027	,179	-,271*	-,214	-,081	-,116	-,018	-,219	-,046
	Signifikanz (2-seitig)	,833	,164	,033	,095	,530	,370	,890	,087	,723
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,396*	,100	,486**	,532**	,182	,055	,091	,620**	,532**
	Signifikanz (2-seitig)	,030	,598	,007	,002	,335	,773	,634	,000	,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.36 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 2 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 121: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 2 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZVD9_PN Pavor Nocturnus (PN)	ZVD9_VR Verhaltensrituale (VR)	ZVD9_VS Verhaltensstörungen (VS)	ZVD9_TI Tics (TI)	ZVD9_PS Poltern/Stottern (PS)	ZVD9_AG Aggression (Ag)	ZVD9_SX Sexualstörung (Sx)	ZVD9_ZW Zwang (Zw)	ZVD9_AL Alkoholismus (Al)
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,042	-,008	,037	,077	-,192	,099	,137	,151	,310*
	Signifikanz (2-seitig)	,747	,951	,780	,557	,139	,449	,292	,247	,015
	N	61	61	61	61	61	61	61	61	61
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	,137	,258*	-,029	-,005	,258*	,012	-,012	-,042	-,256*
	Signifikanz (2-seitig)	,290	,043	,826	,972	,043	,926	,927	,743	,045
	N	62	62	62	62	62	62	62	62	62
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,219	-,283	,146	-,097	-,113	,095	,166	,426*	,252
	Signifikanz (2-seitig)	,245	,130	,441	,611	,552	,619	,380	,019	,179
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.37 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 3 (Pre-Post-Differenz)

Tab. 122: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit VDS-90 – Teil 3 (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZVD9_SU Sucht (Su)	ZVD9_ES Essstörung (Es)	ZVD9_SM Schmerzstörung (Sm)	ZVD9_DI Dissoziative Störung (Di)	ZVD9_HY Hypochondrie (HY)	ZVD9_DY Dysmorphobie (DY)	ZVD9_PO Posttraumatische Störung (PO)	ZVD9_SB Symptombelastung (Sb)
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,180	,370**	,131	,328**	,107	,059	,045	,336**
	Signifikanz (2-seitig)	,164	,003	,314	,010	,411	,654	,731	,008
	N	61	61	61	61	61	61	61	61
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,198	-,064	-,214	-,104	,124	,132	,068	-,071
	Signifikanz (2-seitig)	,122	,623	,095	,422	,338	,305	,598	,584
	N	62	62	62	62	62	62	62	62
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,335	,426*	,302	,512**	,387*	-,115	-,112	,614**
	Signifikanz (2-seitig)	,070	,019	,105	,004	,034	,545	,557	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.38 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FMP u. FPTM (Pre-Post-Differenz)

Tab. 123: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit FMP u. FPTM (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZFM9_F1 Krankheit serleben	ZFM9_F2 Laienätiologie	ZFM9_F3 Allgemeine Behandlungserwartungen	ZFM9_F4 Erwartungen/ Erfahrungen bzgl. Psychotherapie	ZFP9_F1 Psychischer Leidensdruck (LD)	ZFP9_F2 Symptombezogene Zuwendung (ZW)	ZFP9_F3 Hoffnung (HO)	ZFP9_F4 Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH)	ZFP9_F5 Initiative (IN)	ZFP9_F6 Wissen (WI)	ZFP9_FG Gesamtwert FPTM
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	-,090	,045	,045	-,026	,099	-,019	-,049	,119	,167	-,207	-,053
	Signifikanz (2-seitig)	,532	,757	,758	,858	,539	,909	,759	,460	,298	,195	,742
	N	50	50	50	50	41	41	41	41	41	41	41
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	,123	-,194	-,007	,199	-,403**	,066	,170	-,197	,129	,143	,352*
	Signifikanz (2-seitig)	,388	,172	,958	,161	,008	,676	,281	,210	,414	,366	,022
	N	51	51	51	51	42	42	42	42	42	42	42
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,128	,124	-,200	-,167	,595**	-,019	-,027	,134	-,131	-,136	-,413
	Signifikanz (2-seitig)	,543	,554	,337	,424	,006	,937	,910	,574	,581	,568	,070
	N	25	25	25	25	20	20	20	20	20	20	20

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.39 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit ACP-a/ACP-z (Pre-Post-Differenz)

Tab. 124: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit ACP-a/ACP-z (Pre-Post-Differenz)

Korrelationen

		ZAC9_F1 (PEVB) Personales Empowerment/Veränderungsbereitschaft	ZAC9_F2 (TPE) Transpersonales Empowerment	ZAC9_F3 (IKP) Inferiore kommunikative Position	ZAC9_F4 (Neg. SWE) Negative Selbstwirksamkeitserwartung	ZAC9_F5 (PB) Pos. Behandlungserwartung	ZAC9_F6 Positive Outcome-Erwartung	ZAC9_FG Gesamtwert ACP
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	-,061	,031	,221	,255*	-,002	,072	,181
	Signifikanz (2-seitig)	,617	,803	,067	,034	,984	,555	,137
	N	69	69	69	69	69	69	69
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	,259*	,073	-,228	-,291*	,055	,023	-,045
	Signifikanz (2-seitig)	,029	,545	,056	,014	,649	,850	,709
	N	71	71	71	71	71	71	71
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,077	,234	,239	,271	-,136	-,036	,210
	Signifikanz (2-seitig)	,685	,214	,203	,147	,473	,849	,266
	N	30	30	30	30	30	30	30

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.14.40 Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit Stundenbogenskalenmittelwerten (über 15 Therapiesitzungen gemittelt)

Tab. 125: Korrelationen – GAS, LD und VEV-K mit Stundenbogenskalenmittelwerten (über 15 Therapiesitzungen gemittelt)

Korrelationen

		P1MF BKS	P2MF NE	P3MF TB	P4MF PKE	P5MF PA	PPMF ACP-P Geamtskala positiv	PGMF ACP-P Geamtskala
PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)	Korrelation nach Pearson	,518**	,213	,286*	,266*	,171	,394**	,329**
	Signifikanz (2-seitig)	,000	,077	,016	,026	,157	,001	,005
	N	70	70	70	70	70	70	70
LD2_1F Leidensdruck (Post)	Korrelation nach Pearson	-,370**	,170	-,359**	-,149	,036	-,247*	-,277*
	Signifikanz (2-seitig)	,001	,154	,002	,212	,765	,036	,019
	N	72	72	72	72	72	72	72
ZVEK_GES Gesamtwert VEK	Korrelation nach Pearson	,494**	,317	,303	-,045	,070	,271	,162
	Signifikanz (2-seitig)	,005	,082	,098	,810	,707	,140	,385
	N	31	31	31	31	31	31	31

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

10.15 Hypothesentests

10.15.1 BKS (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG-

Tab. 126: BKS (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (parametrisch)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_P4	A02_P4	A03_P4	A04_P4	A05_P4	A06_P4	A07_P4	A08_P4	A09_P4	A10_P4	A11_P4	A12_P4	A13_P4	A14_P4	A15_P4
N		262	247	228	211	205	179	171	167	155	144	135	127	120	116	116
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	4,6425	4,5843	4,5877	4,6659	4,7789	4,6695	4,8138	4,8443	4,9054	4,9236	4,9728	5,0643	5,1361	5,0690	5,1796
	Standardabweichur	1,43967	1,31284	1,29576	1,27226	1,32283	1,32057	1,26799	1,21599	1,26146	1,29593	1,22613	1,22205	1,23329	1,17339	1,21328
Extremste Differenz	Absolut	,091	,097	,072	,087	,071	,087	,073	,072	,070	,081	,080	,106	,116	,114	,096
	Positiv	,051	,052	,057	,079	,054	,052	,073	,072	,070	,081	,050	,057	,065	,101	,067
	Negativ	-,091	-,097	-,072	-,087	-,071	-,087	-,073	-,059	-,069	-,071	-,080	-,106	-,116	-,114	-,096
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,474	1,530	1,090	1,265	1,018	1,160	,959	,928	,877	,968	,935	1,198	1,276	1,233	1,038
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,026	,019	,186	,081	,251	,136	,316	,355	,425	,306	,347	,113	,077	,096	,232

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	227,409
F	1,426
df1	120
df2	6431,746
Signifikanz	,002

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_P1B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_P1	.	1	106	.
A02_P1	,592	1	106	,443
A03_P1	1,851	1	106	,177
A04_P1	,518	1	106	,473
A05_P1	,667	1	106	,416
A06_P1	4,449	1	106	,037
A07_P1	5,592	1	106	,020
A08_P1	3,041	1	106	,084
A09_P1	3,039	1	106	,084
A10_P1	3,062	1	106	,083
A11_P1	4,153	1	106	,044
A12_P1	,256	1	106	,614
A13_P1	2,857	1	106	,094
A14_P1	1,389	1	106	,241
A15_P1	1,198	1	106	,276

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_P1B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	83
	2	25

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	441,138	1	441,138	204,273	,000	,638
A01_PGB	73,258	1	73,258	33,923	,000	,226
QCL_2	160,175	1	160,175	74,170	,000	,390
Fehler	250,508	116	2,160			

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,840	12,737[a]	14,000	34,000	,000	,840
	Wilks-Lambda	,160	12,737[a]	14,000	34,000	,000	,840
	Hotelling-Spur	5,245	12,737[a]	14,000	34,000	,000	,840
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	5,245	12,737[a]	14,000	34,000	,000	,840
THERAPIE * A01_P1B	Pillai-Spur	,715	6,088[a]	14,000	34,000	,000	,715
	Wilks-Lambda	,285	6,088[a]	14,000	34,000	,000	,715
	Hotelling-Spur	2,507	6,088[a]	14,000	34,000	,000	,715
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	2,507	6,088[a]	14,000	34,000	,000	,715
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,379	1,483[a]	14,000	34,000	,171	,379
	Wilks-Lambda	,621	1,483[a]	14,000	34,000	,171	,379
	Hotelling-Spur	,611	1,483[a]	14,000	34,000	,171	,379
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,611	1,483[a]	14,000	34,000	,171	,379

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_P1B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 127: BKS (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert	Standardfehler
1	1	2,941[a]	,000
	2	3,731[a]	,102
	3	3,942[a]	,104
	4	4,027[a]	,107
	5	4,221[a]	,124
	6	4,179[a]	,102
	7	4,382[a]	,092
	8	4,458[a]	,104
	9	4,629[a]	,096
	10	4,543[a]	,098
	11	4,697[a]	,107
	12	4,640[a]	,106
	13	4,720[a]	,100
	14	4,798[a]	,096
	15	4,779[a]	,109
2	1	2,941[a]	,000
	2	2,809[a]	,190
	3	3,072[a]	,193
	4	3,037[a]	,199
	5	3,137[a]	,230
	6	3,262[a]	,190
	7	3,280[a]	,170
	8	3,454[a]	,193
	9	3,525[a]	,178
	10	3,434[a]	,182
	11	3,536[a]	,198
	12	3,679[a]	,197
	13	3,806[a]	,186
	14	3,867[a]	,178
	15	3,866[a]	,203

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_P1B = 2,9414.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_P1	1	166	154,80	25696,50
	2	96	91,21	8756,50
	Gesamt	262		
A02_P1	1	160	153,88	24620,00
	2	87	69,06	6008,00
	Gesamt	247		
A03_P1	1	152	139,44	21195,50
	2	77	66,75	5139,50
	Gesamt	229		
A04_P1	1	146	128,52	18764,50
	2	65	55,41	3601,50
	Gesamt	211		
A05_P1	1	143	123,34	17637,50
	2	62	56,09	3477,50
	Gesamt	205		
A06_P1	1	125	109,49	13686,00
	2	55	47,35	2604,00
	Gesamt	180		
A07_P1	1	121	105,79	12801,00
	2	52	43,27	2250,00
	Gesamt	173		
A08_P1	1	121	100,64	12177,50
	2	47	42,95	2018,50
	Gesamt	168		
A09_P1	1	118	93,25	11003,00
	2	38	32,71	1243,00
	Gesamt	156		
A10_P1	1	109	85,15	9281,00
	2	35	33,11	1159,00
	Gesamt	144		
A11_P1	1	102	80,41	8201,50
	2	33	29,65	978,50
	Gesamt	135		
A12_P1	1	99	74,33	7359,00
	2	29	30,93	897,00
	Gesamt	128		
A13_P1	1	94	69,00	6486,00
	2	26	29,77	774,00
	Gesamt	120		
A14_P1	1	88	66,44	5846,50
	2	26	27,25	708,50
	Gesamt	114		
A15_P1	1	85	62,68	5327,50
	2	25	31,10	777,50
	Gesamt	110		

Statistik für Test[a]

	A01_P1	A02_P1	A03_P1	A04_P1	A05_P1	A06_P1	A07_P1	A08_P1	A09_P1	A10_P1	A11_P1	A12_P1	A13_P1	A14_P1	A15_P1
Mann-Whitney-U	4100,500	2180,000	2136,500	1456,500	1524,500	1064,000	872,000	890,500	502,000	529,000	417,500	462,000	423,000	357,500	452,500
Wilcoxon-W	8756,500	6008,000	5139,500	3601,500	3477,500	2604,000	2250,000	2018,500	1243,000	1159,000	978,500	897,000	774,000	708,500	777,500
Z	-6,549	-8,917	-7,849	-8,036	-7,459	-7,376	-7,533	-6,905	-7,188	-6,426	-6,485	-5,547	-5,094	-5,315	-4,354
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.2 NE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG-

Tab. 128: NE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_P2	A02_P2	A03_P2	A04_P2	A05_P2	A06_P2	A07_P2	A08_P2	A09_P2	A10_P2	A11_P2	A12_P2	A13_P2	A14_P2	A15_P2
N		269	252	231	212	207	180	173	168	156	143	135	130	126	124	123
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	1,3847	1,4123	1,3606	1,3695	1,3683	1,3754	1,3690	1,3520	1,3190	1,3159	1,3346	1,3662	1,3545	1,3589	1,3713
	Standardabweichur	,68863	,70682	,67289	,68601	,76721	,70584	,71894	,74123	,69230	,67009	,68914	,74586	,68345	,75739	,80691
Extremste Differenz	Absolut	,288	,280	,296	,313	,316	,305	,304	,317	,322	,353	,353	,350	,349	,352	,344
	Positiv	,243	,263	,293	,313	,312	,305	,276	,290	,319	,353	,353	,350	,349	,352	,344
	Negativ	-,288	-,280	-,296	-,295	-,316	-,297	-,304	-,317	-,322	-,319	-,314	-,312	-,302	-,318	-,323
Kolmogorov-Smirnov-Z		4,727	4,442	4,499	4,563	4,541	4,094	3,997	4,115	4,028	4,217	4,101	3,988	3,915	3,915	3,815
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	461,807
F	3,010
df1	120
df2	8122,257
Signifikanz	,000

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_P2B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	94
	2	28

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	50,441	1	50,441	20,340	,000	,146
A01_P2B	458,801	1	458,801	185,007	,000	,609
QCL_2	7,523	1	7,523	3,034	,084	,025
Fehler	295,109	119	2,480			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_P2	.	1	120	.
A02_P2	3,676	1	120	,058
A03_P2	1,515	1	120	,221
A04_P2	2,210	1	120	,140
A05_P2	1,659	1	120	,200
A06_P2	2,318	1	120	,131
A07_P2	,265	1	120	,608
A08_P2	1,544	1	120	,216
A09_P2	,062	1	120	,804
A10_P2	6,186	1	120	,014
A11_P2	5,292	1	120	,023
A12_P2	10,392	1	120	,002
A13_P2	8,940	1	120	,003
A14_P2	8,398	1	120	,004
A15_P2	5,018	1	120	,027

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_P2B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,389	4,828[a]	14,000	106,000	,000	,389
	Wilks-Lambda	,611	4,828[a]	14,000	106,000	,000	,389
	Hotelling-Spur	,638	4,828[a]	14,000	106,000	,000	,389
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,638	4,828[a]	14,000	106,000	,000	,389
THERAPIE * A01_P2B	Pillai-Spur	,486	7,145[a]	14,000	106,000	,000	,486
	Wilks-Lambda	,514	7,145[a]	14,000	106,000	,000	,486
	Hotelling-Spur	,944	7,145[a]	14,000	106,000	,000	,486
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,944	7,145[a]	14,000	106,000	,000	,486
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,217	2,094[a]	14,000	106,000	,018	,217
	Wilks-Lambda	,783	2,094[a]	14,000	106,000	,018	,217
	Hotelling-Spur	,277	2,094[a]	14,000	106,000	,018	,217
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,277	2,094[a]	14,000	106,000	,018	,217

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_P2B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 129: NE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	1,374[a]
	2	1,346[a]
	3	1,281[a]
	4	1,354[a]
	5	1,364[a]
	6	1,324[a]
	7	1,368[a]
	8	1,314[a]
	9	1,346[a]
	10	1,281[a]
	11	1,291[a]
	12	1,285[a]
	13	1,279[a]
	14	1,312[a]
	15	1,328[a]
2	1	1,374[a]
	2	1,484[a]
	3	1,426[a]
	4	1,423[a]
	5	1,534[a]
	6	1,429[a]
	7	1,360[a]
	8	1,440[a]
	9	1,364[a]
	10	1,496[a]
	11	1,512[a]
	12	1,654[a]
	13	1,622[a]
	14	1,544[a]
	15	1,529[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_P2B = 1,3738.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_P2	1	170	125,28	21297,50
	2	96	148,06	14213,50
	Gesamt	266		
A02_P2	1	163	114,30	18631,50
	2	87	146,48	12743,50
	Gesamt	250		
A03_P2	1	152	100,44	15267,00
	2	77	143,74	11068,00
	Gesamt	229		
A04_P2	1	147	97,82	14379,00
	2	64	124,80	7987,00
	Gesamt	211		
A05_P2	1	144	93,76	13502,00
	2	63	127,40	8026,00
	Gesamt	207		
A06_P2	1	124	83,80	10391,50
	2	56	105,33	5898,50
	Gesamt	180		
A07_P2	1	121	78,86	9542,00
	2	52	105,94	5509,00
	Gesamt	173		
A08_P2	1	121	75,31	9112,50
	2	47	108,16	5083,50
	Gesamt	168		
A09_P2	1	119	70,75	8419,50
	2	37	103,42	3826,50
	Gesamt	156		
A10_P2	1	109	67,44	7351,00
	2	34	86,62	2945,00
	Gesamt	143		
A11_P2	1	102	62,93	6419,00
	2	33	83,67	2761,00
	Gesamt	135		
A12_P2	1	100	60,32	6032,00
	2	30	82,77	2483,00
	Gesamt	130		
A13_P2	1	98	57,53	5638,00
	2	28	84,39	2363,00
	Gesamt	126		
A14_P2	1	96	57,94	5562,00
	2	28	78,14	2188,00
	Gesamt	124		
A15_P2	1	95	56,95	5410,50
	2	28	79,13	2215,50
	Gesamt	123		

Statistik für Test[a]

	A01_P2	A02_P2	A03_P2	A04_P2	A05_P2	A06_P2	A07_P2	A08_P2	A09_P2	A10_P2	A11_P2	A12_P2	A13_P2	A14_P2	A15_P2
Mann-Whitney-U	6762,500	5265,500	3639,000	3501,000	3062,000	2641,500	2161,000	1731,500	1279,500	1356,000	1166,000	982,000	787,000	906,000	850,500
Wilcoxon-W	21297,500	18631,500	15267,000	14379,000	13502,000	10391,500	9542,000	9112,500	8419,500	7351,000	6419,000	6032,000	5638,000	5562,000	5410,500
Z	-2,491	-3,619	-5,243	-3,350	-4,287	-2,832	-3,633	-4,463	-4,478	-2,823	-3,157	-3,398	-4,035	-3,130	-3,449
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,013	,000	,000	,001	,000	,005	,000	,000	,000	,005	,002	,001	,000	,002	,001

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.3 TB (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG-

Tab. 130: TB (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_P3	A02_P3	A03_P3	A04_P3	A05_P3	A06_P3	A07_P3	A08_P3	A09_P3	A10_P3	A11_P3	A12_P3	A13_P3	A14_P3	A15_P3
N		250	226	203	181	157	134	127	122	114	107	97	95	92	86	75
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	5,6628	5,8008	5,8629	5,9768	5,9346	5,8700	5,8318	5,7883	5,9882	5,9757	5,9567	6,0221	6,0304	5,9826	5,9253
	Standardabweichur	1,01161	1,03659	,95274	,92079	,93066	,93842	,94582	,96437	,93599	,84626	,89313	,87448	,87856	,89327	,91165
Extremste Differenz	Absolut	,093	,124	,130	,156	,126	,114	,108	,104	,151	,113	,123	,132	,135	,154	,119
	Positiv	,093	,124	,116	,133	,126	,114	,108	,104	,140	,113	,121	,132	,135	,127	,119
	Negativ	-,087	-,119	-,130	-,156	-,109	-,097	-,100	-,100	-,151	-,100	-,123	-,118	-,109	-,154	-,112
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,472	1,859	1,855	2,105	1,581	1,323	1,221	1,154	1,612	1,170	1,210	1,284	1,294	1,431	1,033
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,026	,002	,002	,000	,014	,060	,101	,139	,011	,130	,107	,074	,070	,033	,237

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	227,686
F	1,481
df1	120
df2	8332,586
Signifikanz	,001

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_P3B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_P3	.	1	112	.
A02_P3	1,317	1	112	,254
A03_P3	,060	1	112	,807
A04_P3	6,624	1	112	,011
A05_P3	1,560	1	112	,214
A06_P3	,030	1	112	,863
A07_P3	,128	1	112	,721
A08_P3	2,574	1	112	,111
A09_P3	6,917	1	112	,010
A10_P3	,928	1	112	,337
A11_P3	2,281	1	112	,134
A12_P3	1,807	1	112	,182
A13_P3	2,071	1	112	,153
A14_P3	3,013	1	112	,085
A15_P3	2,809	1	112	,097

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_P3B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	86
	2	28

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	241,319	1	241,319	53,273	,000	,324
A01_P3B	301,816	1	301,816	66,628	,000	,375
QCL_2	90,430	1	90,430	19,963	,000	,152
Fehler	502,816	111	4,530			

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,410	4,855[a]	14,000	98,000	,000	,410
	Wilks-Lambda	,590	4,855[a]	14,000	98,000	,000	,410
	Hotelling-Spur	,694	4,855[a]	14,000	98,000	,000	,410
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,694	4,855[a]	14,000	98,000	,000	,410
THERAPIE * A01_P3B	Pillai-Spur	,386	4,395[a]	14,000	98,000	,000	,386
	Wilks-Lambda	,614	4,395[a]	14,000	98,000	,000	,386
	Hotelling-Spur	,628	4,395[a]	14,000	98,000	,000	,386
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,628	4,395[a]	14,000	98,000	,000	,386
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,358	3,905[a]	14,000	98,000	,000	,358
	Wilks-Lambda	,642	3,905[a]	14,000	98,000	,000	,358
	Hotelling-Spur	,558	3,905[a]	14,000	98,000	,000	,358
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,558	3,905[a]	14,000	98,000	,000	,358

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_P3B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 131: TB (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	5,745[a]
	2	5,993[a]
	3	6,065[a]
	4	6,048[a]
	5	6,044[a]
	6	5,998[a]
	7	5,969[a]
	8	6,021[a]
	9	6,171[a]
	10	6,082[a]
	11	6,130[a]
	12	6,228[a]
	13	6,215[a]
	14	6,185[a]
	15	6,113[a]
2	1	5,745[a]
	2	5,677[a]
	3	5,518[a]
	4	5,541[a]
	5	5,369[a]
	6	5,616[a]
	7	5,503[a]
	8	5,539[a]
	9	5,321[a]
	10	5,388[a]
	11	5,354[a]
	12	5,486[a]
	13	5,369[a]
	14	5,347[a]
	15	5,597[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_P3B = 5,7446.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_P3	1	166	155,66	25839,50
	2	96	89,72	8613,50
	Gesamt	262		
A02_P3	1	160	149,35	23895,50
	2	87	77,39	6732,50
	Gesamt	247		
A03_P3	1	152	137,95	20969,00
	2	77	69,69	5366,00
	Gesamt	229		
A04_P3	1	146	124,65	18199,50
	2	65	64,10	4166,50
	Gesamt	211		
A05_P3	1	143	120,56	17239,50
	2	63	64,79	4081,50
	Gesamt	206		
A06_P3	1	125	105,47	13184,00
	2	56	58,70	3287,00
	Gesamt	181		
A07_P3	1	121	99,91	12089,50
	2	52	56,95	2961,50
	Gesamt	173		
A08_P3	1	121	97,73	11825,50
	2	47	50,44	2370,50
	Gesamt	168		
A09_P3	1	118	90,11	10633,50
	2	38	42,43	1612,50
	Gesamt	156		
A10_P3	1	109	83,83	9137,50
	2	35	37,21	1302,50
	Gesamt	144		
A11_P3	1	102	78,97	8055,00
	2	33	34,09	1125,00
	Gesamt	135		
A12_P3	1	99	73,37	7264,00
	2	29	34,21	992,00
	Gesamt	128		
A13_P3	1	95	71,18	6762,00
	2	28	30,86	864,00
	Gesamt	123		
A14_P3	1	91	69,21	6298,50
	2	28	30,05	841,50
	Gesamt	119		
A15_P3	1	90	66,72	6004,50
	2	28	36,30	1016,50
	Gesamt	118		

Statistik für Test[a]

	A01_P3	A02_P3	A03_P3	A04_P3	A05_P3	A06_P3	A07_P3	A08_P3	A09_P3	A10_P3	A11_P3	A12_P3	A13_P3	A14_P3	A15_P3
Mann-Whitney-U	3957,500	2904,500	2363,000	2021,500	2065,500	1691,000	1583,500	1242,500	871,500	672,500	564,000	557,000	458,000	435,500	610,500
Wilcoxon-W	8613,500	6732,500	5366,000	4166,500	4081,500	3287,000	2961,500	2370,500	1612,500	1302,500	1125,000	992,000	864,000	841,500	1016,500
Z	-6,805	-7,584	-7,393	-6,692	-6,221	-5,577	-5,200	-5,687	-5,703	-5,784	-5,764	-5,044	-5,324	-5,309	-4,156
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.4 PKE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG-

Tab. 132: PKE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_P4	A02_P4	A03_P4	A04_P4	A05_P4	A06_P4	A07_P4	A08_P4	A09_P4	A10_P4	A11_P4	A12_P4	A13_P4	A14_P4	A15_P4
N		240	222	200	178	156	132	125	120	114	107	96	95	92	86	75
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	4,5861	4,5788	4,5367	4,6985	4,7585	4,6402	4,7947	4,7917	4,8977	4,9439	4,9896	5,0614	5,1667	5,0426	5,1022
	Standardabweichur	1,46729	1,33179	1,29985	1,28389	1,33310	1,33347	1,24329	1,26732	1,25283	1,22045	1,14627	1,20775	1,27768	1,16237	1,21672
Extremste Differenz	Absolut	,086	,093	,070	,085	,082	,091	,106	,075	,066	,080	,086	,113	,102	,125	,120
	Positiv	,050	,046	,055	,076	,069	,054	,106	,075	,066	,080	,080	,071	,076	,084	,059
	Negativ	-,086	-,093	-,070	-,085	-,082	-,091	-,101	-,072	-,061	-,070	-,086	-,113	-,102	-,125	-,120
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,339	1,379	,988	1,139	1,018	1,049	1,190	,816	,702	,826	,838	1,101	,974	1,158	1,038
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,055	,045	,284	,150	,251	,222	,118	,518	,708	,503	,483	,177	,299	,137	,231

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	227,337
F	1,446
df1	120
df2	6988,252
Signifikanz	,001

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_P4B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	86
	2	26

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_P4	.	1	110	.
A02_P4	,176	1	110	,675
A03_P4	,531	1	110	,468
A04_P4	,004	1	110	,948
A05_P4	,033	1	110	,857
A06_P4	,618	1	110	,433
A07_P4	,076	1	110	,783
A08_P4	,157	1	110	,693
A09_P4	,003	1	110	,960
A10_P4	,409	1	110	,524
A11_P4	1,508	1	110	,222
A12_P4	,939	1	110	,335
A13_P4	,013	1	110	,910
A14_P4	,075	1	110	,784
A15_P4	,013	1	110	,909

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_P4B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	1350,223	1	1350,223	149,904	,000	,579
A01_P4B	319,800	1	319,800	35,505	,000	,246
QCL_2	182,320	1	182,320	20,241	,000	,157
Fehler	981,791	109	9,007			

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,677	14,393[a]	14,000	96,000	,000	,677
	Wilks-Lambda	,323	14,393[a]	14,000	96,000	,000	,677
	Hotelling-Spur	2,099	14,393[a]	14,000	96,000	,000	,677
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	2,099	14,393[a]	14,000	96,000	,000	,677
THERAPIE * A01_P4B	Pillai-Spur	,678	14,450[a]	14,000	96,000	,000	,678
	Wilks-Lambda	,322	14,450[a]	14,000	96,000	,000	,678
	Hotelling-Spur	2,107	14,450[a]	14,000	96,000	,000	,678
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	2,107	14,450[a]	14,000	96,000	,000	,678
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,245	2,222[a]	14,000	96,000	,012	,245
	Wilks-Lambda	,755	2,222[a]	14,000	96,000	,012	,245
	Hotelling-Spur	,324	2,222[a]	14,000	96,000	,012	,245
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,324	2,222[a]	14,000	96,000	,012	,245

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_P4B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 133: PKE (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	4,693[a]
	2	4,664[a]
	3	4,631[a]
	4	4,687[a]
	5	4,787[a]
	6	4,722[a]
	7	4,965[a]
	8	4,954[a]
	9	5,081[a]
	10	5,001[a]
	11	5,129[a]
	12	5,218[a]
	13	5,370[a]
	14	5,298[a]
	15	5,470[a]
2	1	4,693[a]
	2	4,182[a]
	3	4,053[a]
	4	4,017[a]
	5	3,975[a]
	6	3,995[a]
	7	3,956[a]
	8	4,042[a]
	9	4,001[a]
	10	4,279[a]
	11	4,285[a]
	12	4,248[a]
	13	4,211[a]
	14	4,282[a]
	15	4,203[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_P4B = 4,6935.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_P4	1	166	150,46	24976,50
	2	95	96,99	9214,50
	Gesamt	261		
A02_P4	1	159	143,30	22784,50
	2	87	87,32	7596,50
	Gesamt	246		
A03_P4	1	150	129,29	19393,50
	2	77	84,21	6484,50
	Gesamt	227		
A04_P4	1	147	121,45	17852,50
	2	64	70,52	4513,50
	Gesamt	211		
A05_P4	1	143	115,59	16529,00
	2	62	73,97	4586,00
	Gesamt	205		
A06_P4	1	124	101,23	12553,00
	2	55	64,67	3557,00
	Gesamt	179		
A07_P4	1	119	98,50	11721,00
	2	52	57,40	2985,00
	Gesamt	171		
A08_P4	1	120	95,73	11487,50
	2	47	54,05	2540,50
	Gesamt	167		
A09_P4	1	117	87,90	10284,00
	2	38	47,53	1806,00
	Gesamt	155		
A10_P4	1	109	80,54	8779,00
	2	35	47,46	1661,00
	Gesamt	144		
A11_P4	1	102	75,56	7707,00
	2	33	44,64	1473,00
	Gesamt	135		
A12_P4	1	98	71,10	6967,50
	2	29	40,02	1160,50
	Gesamt	127		
A13_P4	1	94	68,18	6409,00
	2	26	32,73	851,00
	Gesamt	120		
A14_P4	1	90	65,74	5916,50
	2	26	33,44	869,50
	Gesamt	116		
A15_P4	1	90	66,35	5971,50
	2	26	31,33	814,50
	Gesamt	116		

Statistik für Test[a]

	A01_P4	A02_P4	A03_P4	A04_P4	A05_P4	A06_P4	A07_P4	A08_P4	A09_P4	A10_P4	A11_P4	A12_P4	A13_P4	A14_P4	A15_P4
Mann-Whitney-U	4654,500	3768,500	3481,500	2433,500	2633,000	2017,000	1607,000	1412,500	1065,000	1031,000	912,000	725,500	500,000	518,500	463,500
Wilcoxon-W	9214,500	7596,500	6484,500	4513,500	4586,000	3557,000	2985,000	2540,500	1806,000	1661,000	1473,000	1160,500	851,000	869,500	814,500
Z	-5,525	-5,924	-4,911	-5,591	-4,631	-4,370	-5,014	-5,027	-4,837	-4,100	-3,962	-4,015	-4,621	-4,348	-4,703
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.5 PA (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG-

Tab. 134: PA (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (GLM)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_P5	A02_P5	A03_P5	A04_P5	A05_P5	A06_P5	A07_P5	A08_P5	A09_P5	A10_P5	A11_P5	A12_P5	A13_P5	A14_P5	A15_P5
N		259	246	229	211	205	178	170	166	154	142	133	127	119	114	113
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	4,3378	4,4919	4,6803	4,4787	4,5646	4,1921	4,2276	4,1991	4,3084	4,3926	4,5207	4,3819	4,4790	4,3158	4,4027
	Standardabweichur	1,79544	1,68182	1,69421	1,65853	1,65195	1,72596	1,65533	1,64938	1,72088	1,70663	1,66857	1,66840	1,72641	1,64863	1,65002
Extremste Differenz	Absolut	,105	,095	,105	,097	,095	,096	,110	,096	,117	,118	,132	,126	,123	,143	,120
	Positiv	,079	,070	,085	,068	,070	,072	,066	,071	,071	,063	,071	,071	,072	,092	,070
	Negativ	-,105	-,095	-,105	-,097	-,095	-,096	-,110	-,096	-,117	-,118	-,132	-,126	-,123	-,143	-,120
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,688	1,497	1,588	1,413	1,358	1,283	1,434	1,243	1,454	1,405	1,520	1,420	1,340	1,531	1,280
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,007	,023	,013	,037	,050	,075	,033	,091	,029	,039	,020	,035	,055	,018	,075

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	178,544
F	1,103
df1	120
df2	5878,427
Signifikanz	,210

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_P5B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_P5	.	1	103	.
A02_P5	1,870	1	103	,175
A03_P5	,011	1	103	,915
A04_P5	,129	1	103	,720
A05_P5	1,996	1	103	,161
A06_P5	1,245	1	103	,267
A07_P5	,147	1	103	,703
A08_P5	,003	1	103	,953
A09_P5	1,330	1	103	,251
A10_P5	,016	1	103	,898
A11_P5	,448	1	103	,505
A12_P5	2,021	1	103	,158
A13_P5	,820	1	103	,367
A14_P5	,170	1	103	,681
A15_P5	2,883	1	103	,093

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_P5B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	81
	2	24

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	1114,280	1	1114,280	95,737	,000	,592
A01_P5B	501,280	1	501,280	43,069	,000	,395
QCL_2	76,292	1	76,292	6,555	,013	,090
Fehler	768,169	66	11,639			

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,627	10,667[a]	14,000	89,000	,000	,627
	Wilks-Lambda	,373	10,667[a]	14,000	89,000	,000	,627
	Hotelling-Spur	1,678	10,667[a]	14,000	89,000	,000	,627
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1,678	10,667[a]	14,000	89,000	,000	,627
THERAPIE * A01_P5B	Pillai-Spur	,650	11,788[a]	14,000	89,000	,000	,650
	Wilks-Lambda	,350	11,788[a]	14,000	89,000	,000	,650
	Hotelling-Spur	1,854	11,788[a]	14,000	89,000	,000	,650
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1,854	11,788[a]	14,000	89,000	,000	,650
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,206	1,647[a]	14,000	89,000	,082	,206
	Wilks-Lambda	,794	1,647[a]	14,000	89,000	,082	,206
	Hotelling-Spur	,259	1,647[a]	14,000	89,000	,082	,206
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,259	1,647[a]	14,000	89,000	,082	,206

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_P5B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 135: PA (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	4,129[a]
	2	4,651[a]
	3	4,638[a]
	4	4,382[a]
	5	4,534[a]
	6	4,459[a]
	7	4,341[a]
	8	4,180[a]
	9	4,512[a]
	10	4,354[a]
	11	4,560[a]
	12	4,428[a]
	13	4,660[a]
	14	4,454[a]
	15	4,545[a]
2	1	4,129[a]
	2	3,824[a]
	3	3,858[a]
	4	3,566[a]
	5	3,937[a]
	6	3,291[a]
	7	3,316[a]
	8	3,519[a]
	9	3,377[a]
	10	4,076[a]
	11	4,036[a]
	12	3,576[a]
	13	3,418[a]
	14	3,633[a]
	15	3,681[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_P5B = 4,1286.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_P5	1	162	140,52	22764,00
	2	95	109,36	10389,00
	Gesamt	257		
A02_P5	1	159	139,70	22213,00
	2	85	90,32	7677,00
	Gesamt	244		
A03_P5	1	151	128,57	19414,00
	2	76	85,05	6464,00
	Gesamt	227		
A04_P5	1	146	118,25	17265,00
	2	64	76,41	4890,00
	Gesamt	210		
A05_P5	1	143	113,69	16257,00
	2	62	78,35	4858,00
	Gesamt	205		
A06_P5	1	124	99,15	12294,50
	2	54	67,34	3636,50
	Gesamt	178		
A07_P5	1	119	94,91	11294,50
	2	51	63,54	3240,50
	Gesamt	170		
A08_P5	1	120	90,82	10898,00
	2	46	64,41	2963,00
	Gesamt	166		
A09_P5	1	118	84,96	10025,00
	2	36	53,06	1910,00
	Gesamt	154		
A10_P5	1	108	75,46	8149,50
	2	34	58,93	2003,50
	Gesamt	142		
A11_P5	1	101	72,37	7309,50
	2	32	50,05	1601,50
	Gesamt	133		
A12_P5	1	98	70,50	6909,00
	2	29	42,03	1219,00
	Gesamt	127		
A13_P5	1	93	66,96	6227,50
	2	26	35,10	912,50
	Gesamt	119		
A14_P5	1	88	62,56	5505,00
	2	26	40,38	1050,00
	Gesamt	114		
A15_P5	1	87	62,67	5452,00
	2	26	38,04	989,00
	Gesamt	113		

Statistik für Test[a]

	A01_P5	A02_P5	A03_P5	A04_P5	A05_P5	A06_P5	A07_P5	A08_P5	A09_P5	A10_P5	A11_P5	A12_P5	A13_P5	A14_P5	A15_P5
Mann-Whitney-U	5829,000	4022,000	3538,000	2810,000	2905,000	2151,500	1914,500	1882,000	1244,000	1408,500	1073,500	784,000	561,500	699,000	638,000
Wilcoxon-W	10389,000	7677,000	6464,000	4890,000	4858,000	3636,500	3240,500	2963,000	1910,000	2003,500	1601,500	1219,000	912,500	1050,000	989,000
Z	-3,258	-5,233	-4,737	-4,615	-3,935	-3,806	-3,828	-3,182	-3,780	-2,054	-2,879	-3,686	-4,189	-3,031	-3,385
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,040	,004	,000	,000	,002	,001

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.6 Gesamtskala positiv (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG-

Tab. 136: Gesamtskala positiv (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (parametrisch)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PP	A02_PP	A03_PP	A04_PP	A05_PP	A06_PP	A07_PP	A08_PP	A09_PP	A10_PP	A11_PP	A12_PP	A13_PP	A14_PP	A15_PP
N		268	251	231	213	207	180	173	168	157	144	135	128	120	117	117
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	4,4135	4,5758	4,7331	4,7290	4,8206	4,6900	4,7747	4,7894	4,8874	4,8993	4,9807	5,0023	5,0498	4,9906	5,0366
	Standardabweichur	,93884	,92383	,92102	,90827	,94828	,93690	,89481	,88699	,91373	,93931	,88102	,90440	,90320	,86888	,87981
Extremste Differenz	Absolut	,053	,042	,043	,045	,061	,055	,053	,031	,050	,045	,049	,057	,092	,070	,067
	Positiv	,044	,021	,031	,029	,026	,029	,037	,031	,041	,033	,035	,057	,037	,037	,045
	Negativ	-,053	-,042	-,043	-,045	-,061	-,055	-,053	-,029	-,050	-,045	-,049	-,053	-,092	-,070	-,067
Kolmogorov-Smirnov-Z		,865	,658	,658	,650	,878	,731	,698	,402	,630	,543	,566	,643	1,004	,758	,725
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,443	,780	,779	,792	,424	,659	,714	,997	,823	,930	,906	,803	,265	,614	,669

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	175,498
F	1,103
df1	120
df2	6295,536
Signifikanz	,210

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_PPB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PP	.	1	113	.
A02_PP	,797	1	113	,374
A03_PP	,010	1	113	,920
A04_PP	,003	1	113	,958
A05_PP	,041	1	113	,840
A06_PP	1,200	1	113	,276
A07_PP	,662	1	113	,418
A08_PP	,017	1	113	,896
A09_PP	,013	1	113	,911
A10_PP	,198	1	113	,657
A11_PP	,005	1	113	,945
A12_PP	1,642	1	113	,203
A13_PP	,400	1	113	,528
A14_PP	,001	1	113	,974
A15_PP	,555	1	113	,458

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_PPB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	90
	2	25

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	586,420	1	586,420	187,745	,000	,626
A01_PPB	121,145	1	121,145	38,785	,000	,257
QCL_2	187,110	1	187,110	59,904	,000	,348
Fehler	349,832	112	3,123			

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,688	15,604[a]	14,000	99,000	,000	,688
	Wilks-Lambda	,312	15,604[a]	14,000	99,000	,000	,688
	Hotelling-Spur	2,207	15,604[a]	14,000	99,000	,000	,688
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	2,207	15,604[a]	14,000	99,000	,000	,688
THERAPIE * A01_PPB	Pillai-Spur	,648	13,018[a]	14,000	99,000	,000	,648
	Wilks-Lambda	,352	13,018[a]	14,000	99,000	,000	,648
	Hotelling-Spur	1,841	13,018[a]	14,000	99,000	,000	,648
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1,841	13,018[a]	14,000	99,000	,000	,648
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,432	5,381[a]	14,000	99,000	,000	,432
	Wilks-Lambda	,568	5,381[a]	14,000	99,000	,000	,432
	Hotelling-Spur	,761	5,381[a]	14,000	99,000	,000	,432
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,761	5,381[a]	14,000	99,000	,000	,432

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_PPB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 137: Gesamtskala positiv (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	4,407[a]
	2	4,747[a]
	3	4,854[a]
	4	4,819[a]
	5	4,965[a]
	6	4,830[a]
	7	4,934[a]
	8	4,913[a]
	9	5,128[a]
	10	5,081[a]
	11	5,184[a]
	12	5,169[a]
	13	5,299[a]
	14	5,221[a]
	15	5,262[a]
2	1	4,407[a]
	2	4,181[a]
	3	4,095[a]
	4	3,989[a]
	5	3,991[a]
	6	4,069[a]
	7	3,995[a]
	8	4,035[a]
	9	3,924[a]
	10	4,155[a]
	11	4,204[a]
	12	4,134[a]
	13	4,053[a]
	14	4,139[a]
	15	4,213[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PPB = 4,4068.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PP	1	169	160,79	27173,50
	2	96	84,08	8071,50
	Gesamt	265		
A02_PP	1	161	156,75	25237,50
	2	88	66,90	5887,50
	Gesamt	249		
A03_PP	1	152	141,84	21559,00
	2	77	62,03	4776,00
	Gesamt	229		
A04_PP	1	147	129,59	19049,00
	2	65	54,29	3529,00
	Gesamt	212		
A05_PP	1	144	125,13	18018,00
	2	63	55,71	3510,00
	Gesamt	207		
A06_PP	1	124	109,11	13530,00
	2	56	49,29	2760,00
	Gesamt	180		
A07_PP	1	121	105,10	12717,00
	2	52	44,88	2334,00
	Gesamt	173		
A08_PP	1	121	101,17	12241,50
	2	47	41,59	1954,50
	Gesamt	168		
A09_PP	1	119	94,25	11216,00
	2	38	31,24	1187,00
	Gesamt	157		
A10_PP	1	109	83,87	9142,00
	2	35	37,09	1298,00
	Gesamt	144		
A11_PP	1	103	80,28	8268,50
	2	32	28,48	911,50
	Gesamt	135		
A12_PP	1	99	74,83	7408,50
	2	29	29,22	847,50
	Gesamt	128		
A13_PP	1	94	71,47	6718,50
	2	26	20,83	541,50
	Gesamt	120		
A14_PP	1	91	69,54	6328,50
	2	26	22,10	574,50
	Gesamt	117		
A15_PP	1	91	68,49	6233,00
	2	26	25,77	670,00
	Gesamt	117		

Statistik für Test[a]

	A01_PP	A02_PP	A03_PP	A04_PP	A05_PP	A06_PP	A07_PP	A08_PP	A09_PP	A10_PP	A11_PP	A12_PP	A13_PP	A14_PP	A15_PP
Mann-Whitney-U	3415,500	1971,500	1773,000	1384,000	1494,000	1164,000	956,000	826,500	446,000	668,000	383,500	412,500	190,500	223,500	319,000
Wilcoxon-W	8071,500	5887,500	4776,000	3529,000	3510,000	2760,000	2334,000	1954,500	1187,000	1298,000	911,500	847,500	541,500	574,500	670,000
Z	-7,832	-9,410	-8,612	-8,240	-7,671	-7,132	-7,251	-7,127	-7,438	-5,773	-6,543	-5,823	-6,571	-6,291	-5,664
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.7 Gesamtskala (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG-

Tab. 138: Gesamtskala positiv/negativ (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (parametrisch)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PG	A02_PG	A03_PG	A04_PG	A05_PG	A06_PG	A07_PG	A08_PG	A09_PG	A10_PG	A11_PG	A12_PG	A13_PG	A14_PG	A15_PG
N		268	251	231	212	207	181	173	168	157	144	135	128	120	120	120
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	4,8612	4,9770	5,1146	5,1228	5,1856	5,0801	5,1475	5,1689	5,2425	5,2543	5,3129	5,3263	5,3695	5,3394	5,3761
	Standardabweichur	,77803	,79082	,77343	,76759	,79467	,78910	,76317	,74887	,75719	,77668	,73257	,75662	,76267	,73221	,75339
Extremste Differenz	Absolut	,045	,039	,048	,060	,064	,048	,060	,034	,066	,046	,069	,062	,094	,077	,081
	Positiv	,045	,023	,031	,038	,040	,033	,047	,029	,045	,031	,035	,048	,042	,035	,041
	Negativ	-,044	-,039	-,048	-,060	-,064	-,048	-,060	-,034	-,066	-,046	-,069	-,062	-,094	-,077	-,081
Kolmogorov-Smirnov-Z		,732	,623	,731	,871	,919	,647	,792	,446	,827	,557	,797	,703	1,027	,846	,882
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,658	,832	,659	,434	,366	,797	,557	,989	,500	,916	,549	,707	,242	,471	,418

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	179,936
F	1,147
df1	120
df2	6844,224
Signifikanz	,132

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_PGB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	93
	2	26

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	227,120	1	227,120	93,543	,000	,572
A01_PGB	73,846	1	73,846	30,415	,000	,303
QCL_2	85,557	1	85,557	35,238	,000	,335
Fehler	169,958	70	2,428			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PG	.	1	117	.
A02_PG	1,693	1	117	,196
A03_PG	,160	1	117	,690
A04_PG	,073	1	117	,788
A05_PG	,095	1	117	,759
A06_PG	1,028	1	117	,313
A07_PG	,488	1	117	,486
A08_PG	,313	1	117	,577
A09_PG	,002	1	117	,967
A10_PG	,005	1	117	,944
A11_PG	,368	1	117	,545
A12_PG	1,114	1	117	,293
A13_PG	,256	1	117	,614
A14_PG	,008	1	117	,931
A15_PG	,630	1	117	,429

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_PGB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,677	15,429[a]	14,000	103,000	,000	,677
	Wilks-Lambda	,323	15,429[a]	14,000	103,000	,000	,677
	Hotelling-Spur	2,097	15,429[a]	14,000	103,000	,000	,677
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	2,097	15,429[a]	14,000	103,000	,000	,677
THERAPIE * A01_PGB	Pillai-Spur	,647	13,468[a]	14,000	103,000	,000	,647
	Wilks-Lambda	,353	13,468[a]	14,000	103,000	,000	,647
	Hotelling-Spur	1,831	13,468[a]	14,000	103,000	,000	,647
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1,831	13,468[a]	14,000	103,000	,000	,647
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,456	6,178[a]	14,000	103,000	,000	,456
	Wilks-Lambda	,544	6,178[a]	14,000	103,000	,000	,456
	Hotelling-Spur	,840	6,178[a]	14,000	103,000	,000	,456
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,840	6,178[a]	14,000	103,000	,000	,456

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_PGB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 139: Gesamtskala positiv/negativ (ACP-P) – Unterschiede zwischen IMG+ und IMG- (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	4,839[a]
	2	5,117[a]
	3	5,248[a]
	4	5,224[a]
	5	5,319[a]
	6	5,223[a]
	7	5,303[a]
	8	5,324[a]
	9	5,463[a]
	10	5,418[a]
	11	5,521[a]
	12	5,519[a]
	13	5,610[a]
	14	5,546[a]
	15	5,572[a]
2	1	4,839[a]
	2	4,670[a]
	3	4,548[a]
	4	4,465[a]
	5	4,441[a]
	6	4,537[a]
	7	4,476[a]
	8	4,483[a]
	9	4,420[a]
	10	4,603[a]
	11	4,633[a]
	12	4,515[a]
	13	4,470[a]
	14	4,560[a]
	15	4,644[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PGB = 4,8394.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PG	1	169	162,00	27377,50
	2	96	81,95	7867,50
	Gesamt	265		
A02_PG	1	162	156,44	25343,50
	2	87	66,45	5781,50
	Gesamt	249		
A03_PG	1	152	142,93	21725,00
	2	77	59,87	4610,00
	Gesamt	229		
A04_PG	1	147	128,85	18941,00
	2	64	53,52	3425,00
	Gesamt	211		
A05_PG	1	144	125,53	18076,50
	2	63	54,79	3451,50
	Gesamt	207		
A06_PG	1	125	109,90	13738,00
	2	56	48,80	2733,00
	Gesamt	181		
A07_PG	1	121	105,10	12716,50
	2	52	44,89	2334,50
	Gesamt	173		
A08_PG	1	121	101,84	12323,00
	2	47	39,85	1873,00
	Gesamt	168		
A09_PG	1	119	95,14	11322,00
	2	38	28,45	1081,00
	Gesamt	157		
A10_PG	1	109	84,81	9244,00
	2	35	34,17	1196,00
	Gesamt	144		
A11_PG	1	102	80,87	8248,50
	2	33	28,23	931,50
	Gesamt	135		
A12_PG	1	99	75,59	7483,00
	2	29	26,66	773,00
	Gesamt	128		
A13_PG	1	94	71,67	6737,00
	2	26	20,12	523,00
	Gesamt	120		
A14_PG	1	94	71,57	6728,00
	2	26	20,46	532,00
	Gesamt	120		
A15_PG	1	94	70,23	6601,50
	2	26	25,33	658,50
	Gesamt	120		

Statistik für Test[a]

	A01_PG	A02_PG	A03_PG	A04_PG	A05_PG	A06_PG	A07_PG	A08_PG	A09_PG	A10_PG	A11_PG	A12_PG	A13_PG	A14_PG	A15_PG
Mann-Whitney-U	3211,500	1953,500	1607,000	1345,000	1435,500	1137,000	956,500	745,000	340,000	566,000	370,500	338,000	172,000	181,000	307,500
Wilcoxon-W	7867,500	5781,500	4610,000	3425,000	3451,500	2733,000	2334,500	1873,000	1081,000	1196,000	931,500	773,000	523,000	532,000	658,500
Z	-8,172	-9,400	-8,963	-8,239	-7,819	-7,252	-7,249	-7,415	-7,873	-6,248	-6,720	-6,247	-6,689	-6,631	-5,826
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.8 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen von „Bewältigungs-, Klärungs- und Selbstwerterfahrungen" während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT1 = (BKS [ACP-P] - BKS [ACP-T])

Tab. 140: Differenzscore PT1 = (BKS [ACP-P] - BKS [ACP-T] (parametrisch)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PT1	A02_PT1	A03_PT1	A04_PT1	A05_PT1	A06_PT1	A07_PT1	A08_PT1	A09_PT1	A10_PT1	A11_PT1	A12_PT1	A13_PT1	A14_PT1	A15_PT1
N		261	247	225	207	202	174	170	164	153	141	132	128	121	118	116
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	-,0552	-,0340	-,0671	,0409	,0153	,0379	,0043	,0230	-,0521	-,0024	-,0429	-,0073	-,0438	-,0452	-,0338
	Standardabweichung	,85240	,78619	,77962	,75486	,82753	,80211	,81751	,77979	,79894	,76868	,70909	,71836	,71874	,80939	,86985
Extremste Differenz	Absolut	,195	,173	,195	,256	,250	,229	,243	,243	,252	,265	,249	,262	,244	,223	,236
	Positiv	,160	,173	,195	,256	,250	,229	,243	,243	,252	,265	,249	,262	,244	,223	,236
	Negativ	-,195	-,142	-,143	-,136	-,161	-,155	-,147	-,141	-,173	-,196	-,161	-,147	-,152	-,178	-,136
Kolmogorov-Smirnov-Z		3,152	2,712	2,919	3,682	3,553	3,025	3,172	3,118	3,115	3,144	2,856	2,959	2,687	2,428	2,547
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	287,225
F	1,847
df1	120
df2	7695,066
Signifikanz	,000

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_PT1B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	84
	2	27

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1

Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	4,074	1	4,074	,582	,447	,005
A01_PT1B	8,737	1	8,737	1,247	,267	,011
QCL_2	14,396	1	14,396	2,055	,155	,019
Fehler	756,546	108	7,005			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PT1	1,454	1	109	,231
A02_PT1	7,624	1	109	,007
A03_PT1	2,068	1	109	,153
A04_PT1	3,308	1	109	,072
A05_PT1	2,664	1	109	,106
A06_PT1	3,936	1	109	,050
A07_PT1	1,074	1	109	,302
A08_PT1	,815	1	109	,369
A09_PT1	2,197	1	109	,141
A10_PT1	3,133	1	109	,080
A11_PT1	4,154	1	109	,044
A12_PT1	6,873	1	109	,010
A13_PT1	6,780	1	109	,011
A14_PT1	1,507	1	109	,222
A15_PT1	3,447	1	109	,066

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_PT1B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,075	,550[a]	14,000	95,000	,896	,075
	Wilks-Lambda	,925	,550[a]	14,000	95,000	,896	,075
	Hotelling-Spur	,081	,550[a]	14,000	95,000	,896	,075
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,081	,550[a]	14,000	95,000	,896	,075
THERAPIE * A01_PT1B	Pillai-Spur	,088	,659[a]	14,000	95,000	,808	,088
	Wilks-Lambda	,912	,659[a]	14,000	95,000	,808	,088
	Hotelling-Spur	,097	,659[a]	14,000	95,000	,808	,088
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,097	,659[a]	14,000	95,000	,808	,088
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,208	1,781[a]	14,000	95,000	,053	,208
	Wilks-Lambda	,792	1,781[a]	14,000	95,000	,053	,208
	Hotelling-Spur	,262	1,781[a]	14,000	95,000	,053	,208
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,262	1,781[a]	14,000	95,000	,053	,208

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_PT1B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 141: Differenzscore PT1 = (BKS [ACP-P] - BKS [ACP-T]) – parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	-,042[a]
	2	-,009[a]
	3	-,122[a]
	4	-,013[a]
	5	-,088[a]
	6	-,090[a]
	7	-,033[a]
	8	-,046[a]
	9	-,049[a]
	10	-,040[a]
	11	-,059[a]
	12	-,064[a]
	13	-,077[a]
	14	-,062[a]
	15	-,077[a]
2	1	,337[a]
	2	,271[a]
	3	,294[a]
	4	,229[a]
	5	,390[a]
	6	,213[a]
	7	,057[a]
	8	,196[a]
	9	-,059[a]
	10	,137[a]
	11	-,045[a]
	12	,209[a]
	13	,106[a]
	14	,033[a]
	15	,136[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PT1B = 2,9689.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PT1	1	166	125,23	20788,50
	2	92	137,20	12622,50
	Gesamt	258		
A02_PT1	1	160	117,41	18785,00
	2	85	133,53	11350,00
	Gesamt	245		
A03_PT1	1	152	106,71	16220,50
	2	72	124,72	8979,50
	Gesamt	224		
A04_PT1	1	143	98,73	14118,00
	2	63	114,33	7203,00
	Gesamt	206		
A05_PT1	1	143	94,36	13493,50
	2	59	118,81	7009,50
	Gesamt	202		
A06_PT1	1	122	82,98	10123,00
	2	52	98,12	5102,00
	Gesamt	174		
A07_PT1	1	120	85,19	10222,50
	2	50	86,25	4312,50
	Gesamt	170		
A08_PT1	1	120	79,78	9574,00
	2	44	89,91	3956,00
	Gesamt	164		
A09_PT1	1	118	75,39	8896,00
	2	35	82,43	2885,00
	Gesamt	153		
A10_PT1	1	108	69,00	7451,50
	2	33	77,56	2559,50
	Gesamt	141		
A11_PT1	1	100	65,29	6529,00
	2	32	70,28	2249,00
	Gesamt	132		
A12_PT1	1	99	61,58	6096,50
	2	29	74,47	2159,50
	Gesamt	128		
A13_PT1	1	94	58,03	5454,50
	2	27	71,35	1926,50
	Gesamt	121		
A14_PT1	1	91	58,50	5323,50
	2	27	62,87	1697,50
	Gesamt	118		
A15_PT1	1	89	56,89	5063,50
	2	27	63,80	1722,50
	Gesamt	116		

Statistik für Test[a]

	A01_PT1	A02_PT1	A03_PT1	A04_PT1	A05_PT1	A06_PT1	A07_PT1	A08_PT1	A09_PT1	A10_PT1	A11_PT1	A12_PT1	A13_PT1	A14_PT1	A15_PT1
Mann-Whitney-U	6927,500	5905,000	4592,500	3822,000	3197,500	2620,000	2962,500	2314,000	1875,000	1565,500	1479,000	1146,500	989,500	1137,500	1058,500
Wilcoxon-W	20788,500	18785,000	16220,500	14118,000	13493,500	10123,000	10222,500	9574,000	8896,000	7451,500	6529,000	6096,500	5454,500	5323,500	5063,500
Z	-1,252	-1,721	-1,981	-1,779	-2,804	-1,852	-,132	-1,247	-,859	-1,101	-,666	-1,698	-1,799	-,597	-,958
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,210	,085	,048	,075	,005	,064	,895	,212	,390	,271	,505	,089	,072	,551	,338

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.9 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen „negativer Einflüsse" während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT2 = (NE [ACP-P] - NE [ACP-T])

Tab. 142: Differenzscore PT2 = (NE [ACP-P] - NE [ACP-T] – parametrisch

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PT2	A02_PT2	A03_PT2	A04_PT2	A05_PT2	A06_PT2	A07_PT2	A08_PT2	A09_PT2	A10_PT2	A11_PT2	A12_PT2	A13_PT2	A14_PT2	A15_PT2
N		261	247	225	207	202	174	170	164	153	141	132	128	121	118	116
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	-,0552	-,0340	-,0671	,0409	,0153	,0379	,0043	,0230	-,0521	-,0024	-,0429	-,0073	-,0438	-,0452	-,0338
	Standardabweichur	,85240	,78619	,77962	,75486	,82753	,80211	,81751	,77979	,79894	,76868	,70909	,71836	,71874	,80939	,86985
Extremste Differenz	Absolut	,195	,173	,195	,256	,250	,229	,243	,243	,252	,265	,249	,262	,244	,223	,236
	Positiv	,160	,173	,195	,256	,250	,229	,243	,243	,252	,265	,249	,262	,244	,223	,236
	Negativ	-,195	-,142	-,143	-,136	-,161	-,155	-,147	-,141	-,173	-,196	-,161	-,147	-,152	-,178	-,136
Kolmogorov-Smirnov-Z		3,152	2,712	2,919	3,682	3,553	3,025	3,172	3,118	3,115	3,144	2,856	2,959	2,687	2,428	2,547
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	277,281
F	1,784
df1	120
df2	7668,241
Signifikanz	,000

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_PT2B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	85
	2	27

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	1,649	1	1,649	,546	,462	,005
A01_PT2B	466,972	1	466,972	154,557	,000	,586
QCL_2	,298	1	,298	,099	,754	,001
Fehler	329,329	109	3,021			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PT2	.	1	110	.
A02_PT2	4,680	1	110	,033
A03_PT2	3,291	1	110	,072
A04_PT2	1,532	1	110	,218
A05_PT2	2,095	1	110	,151
A06_PT2	1,513	1	110	,221
A07_PT2	2,486	1	110	,118
A08_PT2	,481	1	110	,490
A09_PT2	2,401	1	110	,124
A10_PT2	2,056	1	110	,154
A11_PT2	8,969	1	110	,003
A12_PT2	11,449	1	110	,001
A13_PT2	14,678	1	110	,000
A14_PT2	3,879	1	110	,051
A15_PT2	3,565	1	110	,062

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_PT2B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,109	,839[a]	14,000	96,000	,626	,109
	Wilks-Lambda	,891	,839[a]	14,000	96,000	,626	,109
	Hotelling-Spur	,122	,839[a]	14,000	96,000	,626	,109
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,122	,839[a]	14,000	96,000	,626	,109
THERAPIE * A01_PT2B	Pillai-Spur	,451	5,630[a]	14,000	96,000	,000	,451
	Wilks-Lambda	,549	5,630[a]	14,000	96,000	,000	,451
	Hotelling-Spur	,821	5,630[a]	14,000	96,000	,000	,451
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,821	5,630[a]	14,000	96,000	,000	,451
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,196	1,672[a]	14,000	96,000	,074	,196
	Wilks-Lambda	,804	1,672[a]	14,000	96,000	,074	,196
	Hotelling-Spur	,244	1,672[a]	14,000	96,000	,074	,196
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,244	1,672[a]	14,000	96,000	,074	,196

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_PT2B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 143: Differenzscore PT2 = (NE [ACP-P] - NE [ACP-T] – nicht-parametrisch

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	,057[a]
	2	,057[a]
	3	-,050[a]
	4	,065[a]
	5	,021[a]
	6	-,006[a]
	7	,046[a]
	8	,029[a]
	9	,046[a]
	10	,031[a]
	11	,005[a]
	12	-,011[a]
	13	-,033[a]
	14	-,002[a]
	15	-,003[a]
2	1	,057[a]
	2	,095[a]
	3	,104[a]
	4	,035[a]
	5	,154[a]
	6	,039[a]
	7	-,124[a]
	8	-,021[a]
	9	-,253[a]
	10	-,043[a]
	11	-,175[a]
	12	,061[a]
	13	,001[a]
	14	-,110[a]
	15	-,042[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PT2B = ,0574.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PT2	1	166	125,23	20788,50
	2	92	137,20	12622,50
	Gesamt	258		
A02_PT2	1	160	117,41	18785,00
	2	85	133,53	11350,00
	Gesamt	245		
A03_PT2	1	152	106,71	16220,50
	2	72	124,72	8979,50
	Gesamt	224		
A04_PT2	1	143	98,73	14118,00
	2	63	114,33	7203,00
	Gesamt	206		
A05_PT2	1	143	94,36	13493,50
	2	59	118,81	7009,50
	Gesamt	202		
A06_PT2	1	122	82,98	10123,00
	2	52	98,12	5102,00
	Gesamt	174		
A07_PT2	1	120	85,19	10222,50
	2	50	86,25	4312,50
	Gesamt	170		
A08_PT2	1	120	79,78	9574,00
	2	44	89,91	3956,00
	Gesamt	164		
A09_PT2	1	118	75,39	8896,00
	2	35	82,43	2885,00
	Gesamt	153		
A10_PT2	1	108	69,00	7451,50
	2	33	77,56	2559,50
	Gesamt	141		
A11_PT2	1	100	65,29	6529,00
	2	32	70,28	2249,00
	Gesamt	132		
A12_PT2	1	99	61,58	6096,50
	2	29	74,47	2159,50
	Gesamt	128		
A13_PT2	1	94	58,03	5454,50
	2	27	71,35	1926,50
	Gesamt	121		
A14_PT2	1	91	58,50	5323,50
	2	27	62,87	1697,50
	Gesamt	118		
A15_PT2	1	89	56,89	5063,50
	2	27	63,80	1722,50
	Gesamt	116		

Statistik für Test[a]

	A01_PT2	A02_PT2	A03_PT2	A04_PT2	A05_PT2	A06_PT2	A07_PT2	A08_PT2	A09_PT2	A10_PT2	A11_PT2	A12_PT2	A13_PT2	A14_PT2	A15_PT2
Mann-Whitney-U	6927,500	5905,000	4592,500	3822,000	3197,500	2620,000	2962,500	2314,000	1875,000	1565,500	1479,000	1146,500	989,500	1137,500	1058,500
Wilcoxon-W	20788,500	18785,000	16220,500	14118,000	13493,500	10123,000	10222,500	9574,000	8896,000	7451,500	6529,000	6096,500	5454,500	5323,500	5063,500
Z	-1,252	-1,721	-1,981	-1,779	-2,804	-1,852	-,132	-1,247	-,859	-1,101	-,666	-1,698	-1,799	-,597	-,958
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,210	,085	,048	,075	,005	,064	,895	,212	,390	,271	,505	,089	,072	,551	,338

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.10 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der „Therapiebeziehung" während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT3 = (TB [ACP-P] - TB [ACP-T])

Tab. 144: Differenzscore PT3 = (TB [ACP-P] - TB [ACP-T] (GLM)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PT3	A02_PT3	A03_PT3	A04_PT3	A05_PT3	A06_PT3	A07_PT3	A08_PT3	A09_PT3	A10_PT3	A11_PT3	A12_PT3	A13_PT3	A14_PT3	A15_PT3
N		257	244	225	207	200	175	171	164	154	142	133	128	120	115	114
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	,4268	,3136	,3756	,3304	,1827	,2301	,1400	,1163	,1938	,1232	,1980	,2270	,2533	,1920	,1596
	Standardabweichur	1,00441	1,04098	1,06920	1,06199	,96028	,95288	1,00205	,94246	,92688	1,02752	,95406	,90935	,94007	,90386	,93285
Extremste Differenz	Absolut	,051	,048	,078	,065	,095	,090	,070	,085	,107	,086	,073	,099	,078	,062	,107
	Positiv	,048	,034	,071	,061	,095	,047	,049	,073	,062	,065	,063	,080	,064	,062	,053
	Negativ	-,051	-,048	-,078	-,065	-,085	-,090	-,070	-,085	-,107	-,086	-,073	-,099	-,078	-,059	-,107
Kolmogorov-Smirnov-Z		,824	,757	1,173	,933	1,346	1,195	,918	1,083	1,322	1,026	,837	1,119	,853	,669	1,148
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,506	,616	,127	,348	,053	,115	,369	,191	,061	,244	,486	,163	,460	,762	,143

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	232,968
F	1,481
df1	120
df2	7034,721
Signifikanz	,001

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_PT3B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	84
	2	26

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	9,815	1	9,815	1,811	,181	,017
A01_PT3B	157,030	1	157,030	28,980	,000	,213
QCL_2	91,565	1	91,565	16,898	,000	,136
Fehler	579,794	107	5,419			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PT3	.	1	108	.
A02_PT3	1,236	1	108	,269
A03_PT3	,017	1	108	,898
A04_PT3	2,553	1	108	,113
A05_PT3	,017	1	108	,896
A06_PT3	,314	1	108	,576
A07_PT3	2,298	1	108	,132
A08_PT3	,848	1	108	,359
A09_PT3	3,516	1	108	,063
A10_PT3	1,866	1	108	,175
A11_PT3	2,766	1	108	,099
A12_PT3	1,903	1	108	,171
A13_PT3	,000	1	108	,997
A14_PT3	,162	1	108	,688
A15_PT3	,031	1	108	,862

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_PT3B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,097	,724[a]	14,000	94,000	,746	,097
	Wilks-Lambda	,903	,724[a]	14,000	94,000	,746	,097
	Hotelling-Spur	,108	,724[a]	14,000	94,000	,746	,097
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,108	,724[a]	14,000	94,000	,746	,097
THERAPIE * A01_PT3B	Pillai-Spur	,499	6,689[a]	14,000	94,000	,000	,499
	Wilks-Lambda	,501	6,689[a]	14,000	94,000	,000	,499
	Hotelling-Spur	,996	6,689[a]	14,000	94,000	,000	,499
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,996	6,689[a]	14,000	94,000	,000	,499
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,271	2,493[a]	14,000	94,000	,005	,271
	Wilks-Lambda	,729	2,493[a]	14,000	94,000	,005	,271
	Hotelling-Spur	,371	2,493[a]	14,000	94,000	,005	,271
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,371	2,493[a]	14,000	94,000	,005	,271

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_PT3B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 145: Differenzscore PT3 = (TB [ACP-P] - TB [ACP-T] (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	,319[a]
	2	,326[a]
	3	,477[a]
	4	,330[a]
	5	,215[a]
	6	,364[a]
	7	,224[a]
	8	,239[a]
	9	,338[a]
	10	,238[a]
	11	,335[a]
	12	,397[a]
	13	,411[a]
	14	,312[a]
	15	,245[a]
2	1	,319[a]
	2	-,243[a]
	3	-,317[a]
	4	-,263[a]
	5	-,391[a]
	6	-,282[a]
	7	-,309[a]
	8	-,215[a]
	9	-,425[a]
	10	-,281[a]
	11	-,338[a]
	12	-,319[a]
	13	-,328[a]
	14	-,321[a]
	15	-,115[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PT3B = ,3194.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PT3	1	162	137,65	22300,00
	2	92	109,62	10085,00
	Gesamt	254		
A02_PT3	1	157	134,31	21086,50
	2	85	97,84	8316,50
	Gesamt	242		
A03_PT3	1	152	122,63	18639,00
	2	72	91,13	6561,00
	Gesamt	224		
A04_PT3	1	142	110,99	15760,00
	2	64	86,89	5561,00
	Gesamt	206		
A05_PT3	1	142	109,78	15588,50
	2	58	77,78	4511,50
	Gesamt	200		
A06_PT3	1	123	95,33	11726,00
	2	52	70,65	3674,00
	Gesamt	175		
A07_PT3	1	121	92,24	11161,50
	2	50	70,89	3544,50
	Gesamt	171		
A08_PT3	1	120	89,88	10785,50
	2	44	62,38	2744,50
	Gesamt	164		
A09_PT3	1	118	86,39	10193,50
	2	36	48,38	1741,50
	Gesamt	154		
A10_PT3	1	108	77,13	8329,50
	2	34	53,63	1823,50
	Gesamt	142		
A11_PT3	1	101	74,19	7493,00
	2	32	44,31	1418,00
	Gesamt	133		
A12_PT3	1	99	71,04	7033,00
	2	29	42,17	1223,00
	Gesamt	128		
A13_PT3	1	94	67,45	6340,50
	2	26	35,37	919,50
	Gesamt	120		
A14_PT3	1	89	64,88	5774,50
	2	26	34,44	895,50
	Gesamt	115		
A15_PT3	1	88	61,97	5453,00
	2	26	42,38	1102,00
	Gesamt	114		

Statistik für Test[a]

	A01_PT3	A02_PT3	A03_PT3	A04_PT3	A05_PT3	A06_PT3	A07_PT3	A08_PT3	A09_PT3	A10_PT3	A11_PT3	A12_PT3	A13_PT3	A14_PT3	A15_PT3
Mann-Whitney-U	5807,000	4661,500	3933,000	3481,000	2800,500	2296,000	2269,500	1754,500	1075,500	1228,500	890,000	788,000	568,500	544,500	751,000
Wilcoxon-W	10085,000	8316,500	6561,000	5561,000	4511,500	3674,000	3544,500	2744,500	1741,500	1823,500	1418,000	1223,000	919,500	895,500	1102,000
Z	-2,928	-3,874	-3,404	-2,691	-3,557	-2,953	-2,572	-3,296	-4,489	-2,913	-3,832	-3,699	-4,176	-4,107	-2,662
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003	,000	,001	,007	,000	,003	,010	,001	,000	,004	,000	,000	,000	,000	,008

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.11 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der „positiven Kontrollerfahrungen" während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT4 = (PKE [ACP-P] - PKE [ACP-T])

Tab. 146: Differenzscore PT4 = (PKE [ACP-P] - PKE [ACP-T] (GLM)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PT4	A02_PT4	A03_PT4	A04_PT4	A05_PT4	A06_PT4	A07_PT4	A08_PT4	A09_PT4	A10_PT4	A11_PT4	A12_PT4	A13_PT4	A14_PT4	A15_PT4
N		257	244	225	207	200	175	171	164	154	142	133	128	120	115	114
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	,4268	,3136	,3756	,3304	,1827	,2301	,1400	,1163	,1938	,1232	,1980	,2270	,2533	,1920	,1596
	Standardabweichung	1,00441	1,04098	1,06920	1,06199	,96028	,95288	1,00205	,94246	,92688	1,02752	,95406	,90935	,94007	,90386	,93285
Extremste Differenz	Absolut	,051	,048	,078	,065	,095	,090	,070	,085	,107	,086	,073	,099	,078	,062	,107
	Positiv	,048	,034	,071	,061	,095	,047	,049	,073	,062	,065	,063	,080	,064	,062	,053
	Negativ	-,051	-,048	-,078	-,065	-,085	-,090	-,070	-,085	-,107	-,086	-,073	-,099	-,078	-,059	-,107
Kolmogorov-Smirnov-Z		,824	,757	1,173	,933	1,346	1,195	,918	1,083	1,322	1,026	,837	1,119	,853	,669	1,148
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,506	,616	,127	,348	,053	,115	,369	,191	,061	,244	,486	,163	,460	,762	,143

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	243,015
F	1,544
df1	120
df2	7058,948
Signifikanz	,000

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_PT4B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	83
	2	26

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	14,406	1	14,406	2,189	,142	,020
A01_PT4B	13,743	1	13,743	2,088	,151	,019
QCL_2	123,045	1	123,045	18,698	,000	,150
Fehler	697,542	106	6,581			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PT4	,263	1	107	,609
A02_PT4	,373	1	107	,543
A03_PT4	,011	1	107	,918
A04_PT4	1,824	1	107	,180
A05_PT4	,012	1	107	,914
A06_PT4	,618	1	107	,434
A07_PT4	,968	1	107	,327
A08_PT4	1,067	1	107	,304
A09_PT4	3,633	1	107	,059
A10_PT4	1,865	1	107	,175
A11_PT4	2,934	1	107	,090
A12_PT4	2,302	1	107	,132
A13_PT4	,071	1	107	,790
A14_PT4	,408	1	107	,524
A15_PT4	,035	1	107	,852

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_PT4B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,100	,741[a]	14,000	93,000	,728	,100
	Wilks-Lambda	,900	,741[a]	14,000	93,000	,728	,100
	Hotelling-Spur	,112	,741[a]	14,000	93,000	,728	,100
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,112	,741[a]	14,000	93,000	,728	,100
THERAPIE * A01_PT4B	Pillai-Spur	,136	1,043[a]	14,000	93,000	,419	,136
	Wilks-Lambda	,864	1,043[a]	14,000	93,000	,419	,136
	Hotelling-Spur	,157	1,043[a]	14,000	93,000	,419	,136
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,157	1,043[a]	14,000	93,000	,419	,136
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,167	1,334[a]	14,000	93,000	,203	,167
	Wilks-Lambda	,833	1,334[a]	14,000	93,000	,203	,167
	Hotelling-Spur	,201	1,334[a]	14,000	93,000	,203	,167
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,201	1,334[a]	14,000	93,000	,203	,167

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_PT4B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 147: Differenzscore PT4 = (PKE [ACP-P] - PKE [ACP-T] (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	,388[a]
	2	,347[a]
	3	,498[a]
	4	,359[a]
	5	,242[a]
	6	,376[a]
	7	,228[a]
	8	,234[a]
	9	,343[a]
	10	,244[a]
	11	,344[a]
	12	,377[a]
	13	,419[a]
	14	,315[a]
	15	,245[a]
2	1	,052[a]
	2	-,358[a]
	3	-,413[a]
	4	-,369[a]
	5	-,527[a]
	6	-,360[a]
	7	-,391[a]
	8	-,280[a]
	9	-,480[a]
	10	-,351[a]
	11	-,402[a]
	12	-,370[a]
	13	-,383[a]
	14	-,408[a]
	15	-,159[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PT4B = 4,7248.

Ränge

	QCL_2	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PT4	1	172	136,14	23415,50
	2	82	109,38	8969,50
	Gesamt	254		
A02_PT4	1	164	130,95	21475,00
	2	78	101,64	7928,00
	Gesamt	242		
A03_PT4	1	156	120,28	18763,50
	2	68	94,65	6436,50
	Gesamt	224		
A04_PT4	1	146	111,04	16212,00
	2	60	85,15	5109,00
	Gesamt	206		
A05_PT4	1	145	108,77	15772,00
	2	55	78,69	4328,00
	Gesamt	200		
A06_PT4	1	127	94,40	11989,00
	2	48	71,06	3411,00
	Gesamt	175		
A07_PT4	1	125	90,45	11306,00
	2	46	73,91	3400,00
	Gesamt	171		
A08_PT4	1	124	88,03	10916,00
	2	40	65,35	2614,00
	Gesamt	164		
A09_PT4	1	122	84,77	10341,50
	2	32	49,80	1593,50
	Gesamt	154		
A10_PT4	1	112	76,01	8513,00
	2	30	54,67	1640,00
	Gesamt	142		
A11_PT4	1	104	72,33	7522,00
	2	29	47,90	1389,00
	Gesamt	133		
A12_PT4	1	101	70,47	7117,50
	2	27	42,17	1138,50
	Gesamt	128		
A13_PT4	1	96	66,39	6373,50
	2	24	36,94	886,50
	Gesamt	120		
A14_PT4	1	91	64,68	5885,50
	2	24	32,69	784,50
	Gesamt	115		
A15_PT4	1	90	61,77	5559,50
	2	24	41,48	995,50
	Gesamt	114		

Statistik für Test[a]

	A01_PT4	A02_PT4	A03_PT4	A04_PT4	A05_PT4	A06_PT4	A07_PT4	A08_PT4	A09_PT4	A10_PT4	A11_PT4	A12_PT4	A13_PT4	A14_PT4	A15_PT4
Mann-Whitney-U	5807,000	4661,500	3933,000	3481,000	2800,500	2296,000	2269,500	1754,500	1075,500	1228,500	890,000	788,000	568,500	544,500	751,000
Wilcoxon-W	10085,000	8316,500	6561,000	5561,000	4511,500	3674,000	3544,500	2744,500	1741,500	1823,500	1418,000	1223,000	919,500	895,500	1102,000
Z	-2,928	-3,874	-3,404	-2,691	-3,557	-2,953	-2,572	-3,296	-4,489	-2,913	-3,832	-3,699	-4,176	-4,107	-2,662
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003	,000	,001	,007	,000	,003	,010	,001	,000	,004	,000	,000	,000	,000	,008

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.12 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der „Problemaktualisierung" während der Therapiesitzungen (Differenzscore PT5 = (PA [ACP-P] - PA [ACP-T])

Tab. 148: Differenzscore PT5 = (PA [ACP-P] - PA [ACP-T]) (GLM)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PT5	A02_PT5	A03_PT5	A04_PT5	A05_PT5	A06_PT5	A07_PT5	A08_PT5	A09_PT5	A10_PT5	A11_PT5	A12_PT5	A13_PT5	A14_PT5	A15_PT5
N		248	239	225	205	195	169	166	160	152	139	127	126	117	114	110
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	,2641	,2552	,3044	,1756	,2154	-,0521	-,0139	-,1544	-,2928	-,1025	,0472	-,1508	-,0256	-,2763	,0182
	Standardabweichur	1,61778	1,81836	1,87070	1,83268	1,86179	1,90516	1,98427	1,95383	1,81462	1,85058	1,85210	1,77907	1,91618	1,80350	1,75301
Extremste Differenz	Absolut	,083	,080	,089	,106	,072	,079	,078	,083	,090	,077	,080	,097	,104	,105	,096
	Positiv	,083	,061	,057	,059	,065	,060	,043	,081	,060	,060	,067	,061	,085	,082	,060
	Negativ	-,072	-,080	-,089	-,106	-,072	-,079	-,078	-,083	-,090	-,077	-,080	-,097	-,104	-,105	-,096
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,310	1,230	1,341	1,514	1,010	1,026	1,004	1,045	1,115	,906	,906	1,092	1,123	1,118	1,005
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,065	,097	,055	,020	,259	,243	,266	,225	,167	,385	,385	,184	,161	,164	,264

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	188,586
F	1,074
df1	120
df2	3924,678
Signifikanz	,276

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.

Design: Intercept+A01_PT5B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	73
	2	20

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	2,635	1	2,635	,155	,694	,002
A01_PT5B	384,234	1	384,234	22,654	,000	,201
QCL_2	29,387	1	29,387	1,733	,191	,019
Fehler	1526,457	90	16,961			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PT5	.	1	91	.
A02_PT5	2,250	1	91	,137
A03_PT5	2,321	1	91	,131
A04_PT5	2,336	1	91	,130
A05_PT5	,000	1	91	,987
A06_PT5	2,898	1	91	,092
A07_PT5	,728	1	91	,396
A08_PT5	,048	1	91	,826
A09_PT5	,221	1	91	,639
A10_PT5	6,433	1	91	,013
A11_PT5	,286	1	91	,594
A12_PT5	,054	1	91	,817
A13_PT5	1,242	1	91	,268
A14_PT5	,218	1	91	,641
A15_PT5	,017	1	91	,895

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.

Design: Intercept+A01_PT5B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,188	1,277[a]	14,000	77,000	,241	,188
	Wilks-Lambda	,812	1,277[a]	14,000	77,000	,241	,188
	Hotelling-Spur	,232	1,277[a]	14,000	77,000	,241	,188
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,232	1,277[a]	14,000	77,000	,241	,188
THERAPIE * A01_PT5B	Pillai-Spur	,624	9,117[a]	14,000	77,000	,000	,624
	Wilks-Lambda	,376	9,117[a]	14,000	77,000	,000	,624
	Hotelling-Spur	1,658	9,117[a]	14,000	77,000	,000	,624
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1,658	9,117[a]	14,000	77,000	,000	,624
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,186	1,253[a]	14,000	77,000	,256	,186
	Wilks-Lambda	,814	1,253[a]	14,000	77,000	,256	,186
	Hotelling-Spur	,228	1,253[a]	14,000	77,000	,256	,186
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,228	1,253[a]	14,000	77,000	,256	,186

a. Exakte Statistik

b.

Design: Intercept+A01_PT5B+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 149: Differenzscore PT5 = (PA [ACP-P] - PA [ACP-T]) (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	,102[a]
	2	,453[a]
	3	,458[a]
	4	,405[a]
	5	,166[a]
	6	,297[a]
	7	,246[a]
	8	-,091[a]
	9	-,162[a]
	10	-,047[a]
	11	,279[a]
	12	,010[a]
	13	,176[a]
	14	-,015[a]
	15	,172[a]
2	1	,102[a]
	2	,073[a]
	3	-,324[a]
	4	-,453[a]
	5	,043[a]
	6	-,750[a]
	7	,238[a]
	8	-,404[a]
	9	-,558[a]
	10	,258[a]
	11	-,343[a]
	12	-,288[a]
	13	-,269[a]
	14	-,196[a]
	15	-,177[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PT5B = ,1022.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PT5	1	155	133,77	20734,50
	2	91	106,01	9646,50
	Gesamt	246		
A02_PT5	1	154	130,10	20035,50
	2	83	98,40	8167,50
	Gesamt	237		
A03_PT5	1	152	122,38	18601,50
	2	72	91,65	6598,50
	Gesamt	224		
A04_PT5	1	141	111,39	15706,00
	2	63	82,60	5204,00
	Gesamt	204		
A05_PT5	1	138	101,66	14029,50
	2	57	89,13	5080,50
	Gesamt	195		
A06_PT5	1	119	93,97	11183,00
	2	50	63,64	3182,00
	Gesamt	169		
A07_PT5	1	117	89,26	10444,00
	2	49	69,73	3417,00
	Gesamt	166		
A08_PT5	1	117	86,12	10076,00
	2	43	65,21	2804,00
	Gesamt	160		
A09_PT5	1	117	83,27	9743,00
	2	35	53,86	1885,00
	Gesamt	152		
A10_PT5	1	106	72,97	7735,00
	2	33	60,45	1995,00
	Gesamt	139		
A11_PT5	1	97	67,90	6586,50
	2	30	51,38	1541,50
	Gesamt	127		
A12_PT5	1	97	68,49	6644,00
	2	29	46,79	1357,00
	Gesamt	126		
A13_PT5	1	92	63,52	5843,50
	2	25	42,38	1059,50
	Gesamt	117		
A14_PT5	1	88	61,01	5368,50
	2	26	45,63	1186,50
	Gesamt	114		
A15_PT5	1	86	58,87	5062,50
	2	24	43,44	1042,50
	Gesamt	110		

Statistik für Test[a]

	A01_PT5	A02_PT5	A03_PT5	A04_PT5	A05_PT5	A06_PT5	A07_PT5	A08_PT5	A09_PT5	A10_PT5	A11_PT5	A12_PT5	A13_PT5	A14_PT5	A15_PT5
Mann-Whitney-U	5460,500	4681,500	3970,500	3188,000	3427,500	1907,000	2192,000	1858,000	1255,000	1434,000	1076,500	922,000	734,500	835,500	742,500
Wilcoxon-W	9646,500	8167,500	6598,500	5204,000	5080,500	3182,000	3417,000	2804,000	1885,000	1995,000	1541,500	1357,000	1059,500	1186,500	1042,500
Z	-2,969	-3,409	-3,329	-3,232	-1,416	-3,692	-2,395	-2,541	-3,483	-1,565	-2,158	-2,821	-2,776	-2,094	-2,105
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003	,001	,001	,001	,157	,000	,017	,011	,000	,118	,031	,005	,006	,036	,035

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.13 Unterschiede zwischen IMG+ / IMG- bezüglich der Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Gesamtskala „Prozesserfahrungen" während der Therapiesitzungen (Differenzscore PTG = (Gesamtskala [ACP-P] - Gesamtskala [ACP-T])

Tab. 150: Differenzscore PTG = (Gesamtskala [ACP-P] - Gesamtskala [ACP-T]) (parametrisch)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		A01_PTG	A02_PTG	A03_PTG	A04_PTG	A05_PTG	A06_PTG	A07_PTG	A08_PTG	A09_PTG	A10_PTG	A11_PTG	A12_PTG	A13_PTG	A14_PTG	A15_PTG
N		260	245	225	207	201	175	171	163	155	142	133	127	119	120	120
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	,2501	,2426	,2722	,2259	,1908	,1520	,1388	,0814	,0741	,0587	,1517	,1011	,1526	,0795	,1394
	Standardabweichur	,79034	,82773	,86282	,80311	,80230	,81414	,82671	,81617	,78473	,88273	,81329	,79611	,84691	,74568	,82171
Extremste Differenz	Absolut	,040	,061	,036	,048	,028	,050	,049	,068	,055	,035	,045	,059	,059	,055	,047
	Positiv	,026	,035	,026	,032	,026	,035	,028	,044	,034	,024	,045	,059	,059	,045	,047
	Negativ	-,040	-,061	-,036	-,048	-,028	-,050	-,049	-,068	-,055	-,035	-,037	-,048	-,052	-,055	-,035
Kolmogorov-Smirnov-Z		,652	,953	,547	,697	,397	,657	,645	,866	,691	,422	,522	,665	,642	,605	,515
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,789	,324	,926	,716	,997	,781	,800	,441	,727	,994	,948	,768	,804	,858	,954

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen[a]

Box-M-Test	180,392
F	1,149
df1	120
df2	6882,650
Signifikanz	,129

Prüft die Nullhypothese, daß die beobachteten Kovarianzen- matrizen der abhängigen Variablen über die Gruppen gleich sind.

a.
Design: Intercept+A01_PTGB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	91
	2	26

Tests der Zwischensubjekteffekte

Maß: MASS_1
Transformierte Variable: Mittel

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Intercept	13,487	1	13,487	3,877	,051	,033
A01_PTGB	137,638	1	137,638	39,567	,000	,258
QCL_2	92,509	1	92,509	26,594	,000	,189
Fehler	396,559	114	3,479			

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

	F	df1	df2	Signifikanz
A01_PTG	.	1	115	.
A02_PTG	,221	1	115	,640
A03_PTG	,001	1	115	,973
A04_PTG	10,945	1	115	,001
A05_PTG	,124	1	115	,726
A06_PTG	,100	1	115	,752
A07_PTG	6,776	1	115	,010
A08_PTG	2,664	1	115	,105
A09_PTG	2,725	1	115	,102
A10_PTG	1,748	1	115	,189
A11_PTG	2,940	1	115	,089
A12_PTG	2,013	1	115	,159
A13_PTG	,359	1	115	,550
A14_PTG	3,453	1	115	,066
A15_PTG	2,905	1	115	,091

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a.
Design: Intercept+A01_PTGB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Multivariate Tests[b]

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
THERAPIE	Pillai-Spur	,168	1,454[a]	14,000	101,000	,143	,168
	Wilks-Lambda	,832	1,454[a]	14,000	101,000	,143	,168
	Hotelling-Spur	,202	1,454[a]	14,000	101,000	,143	,168
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,202	1,454[a]	14,000	101,000	,143	,168
THERAPIE * A01_PTGB	Pillai-Spur	,582	10,025[a]	14,000	101,000	,000	,582
	Wilks-Lambda	,418	10,025[a]	14,000	101,000	,000	,582
	Hotelling-Spur	1,390	10,025[a]	14,000	101,000	,000	,582
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	1,390	10,025[a]	14,000	101,000	,000	,582
THERAPIE * QCL_2	Pillai-Spur	,395	4,703[a]	14,000	101,000	,000	,395
	Wilks-Lambda	,605	4,703[a]	14,000	101,000	,000	,395
	Hotelling-Spur	,652	4,703[a]	14,000	101,000	,000	,395
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,652	4,703[a]	14,000	101,000	,000	,395

a. Exakte Statistik

b.
Design: Intercept+A01_PTGB+QCL_2
Innersubjekt-Design: THERAPIE

Tab. 151: Differenzscore PTG = (Gesamtskala [ACP-P] - Gesamtskala [ACP-T]) – (nicht-parametrisch)

4. 2 C mit ac1_fg * THERAPIE

Maß: MASS_1

2 C mit ac1_fg	THERAPIE	Mittelwert
1	1	,116[a]
	2	,239[a]
	3	,348[a]
	4	,276[a]
	5	,220[a]
	6	,272[a]
	7	,194[a]
	8	,155[a]
	9	,160[a]
	10	,116[a]
	11	,267[a]
	12	,233[a]
	13	,319[a]
	14	,197[a]
	15	,248[a]
2	1	,116[a]
	2	-,176[a]
	3	-,398[a]
	4	-,510[a]
	5	-,458[a]
	6	-,413[a]
	7	-,350[a]
	8	-,417[a]
	9	-,462[a]
	10	-,196[a]
	11	-,290[a]
	12	-,458[a]
	13	-,467[a]
	14	-,404[a]
	15	-,252[a]

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: A01_PTGB = ,1160.

Ränge

	QCL_2 2 C mit ac1_fg	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
A01_PTG	1	165	145,51	24009,00
	2	92	99,39	9144,00
	Gesamt	257		
A02_PTG	1	158	140,51	22200,50
	2	85	87,59	7445,50
	Gesamt	243		
A03_PTG	1	152	127,23	19339,00
	2	72	81,40	5861,00
	Gesamt	224		
A04_PTG	1	143	117,10	16746,00
	2	63	72,62	4575,00
	Gesamt	206		
A05_PTG	1	143	113,78	16270,00
	2	58	69,50	4031,00
	Gesamt	201		
A06_PTG	1	123	101,91	12535,50
	2	52	55,09	2864,50
	Gesamt	175		
A07_PTG	1	121	97,00	11737,50
	2	50	59,37	2968,50
	Gesamt	171		
A08_PTG	1	119	92,68	11028,50
	2	44	53,13	2337,50
	Gesamt	163		
A09_PTG	1	119	88,42	10521,50
	2	36	43,57	1568,50
	Gesamt	155		
A10_PTG	1	108	77,42	8361,00
	2	34	52,71	1792,00
	Gesamt	142		
A11_PTG	1	101	73,88	7461,50
	2	32	45,30	1449,50
	Gesamt	133		
A12_PTG	1	98	72,52	7107,00
	2	29	35,21	1021,00
	Gesamt	127		
A13_PTG	1	93	67,06	6237,00
	2	26	34,73	903,00
	Gesamt	119		
A14_PTG	1	94	67,31	6327,00
	2	26	35,88	933,00
	Gesamt	120		
A15_PTG	1	94	66,42	6243,50
	2	26	39,10	1016,50
	Gesamt	120		

Statistik für Test[a]

	A01_PTG	A02_PTG	A03_PTG	A04_PTG	A05_PTG	A06_PTG	A07_PTG	A08_PTG	A09_PTG	A10_PTG	A11_PTG	A12_PTG	A13_PTG	A14_PTG	A15_PTG
Mann-Whitney-U	4866,000	3790,500	3233,000	2559,000	2320,000	1486,500	1693,500	1347,500	902,500	1197,000	921,500	586,000	552,000	582,000	665,500
Wilcoxon-W	9144,000	7445,500	5861,000	4575,000	4031,000	2864,500	2968,500	2337,500	1568,500	1792,000	1449,500	1021,000	903,000	933,000	1016,500
Z	-4,768	-5,596	-4,943	-4,935	-4,890	-5,588	-4,522	-4,749	-5,252	-3,055	-3,656	-4,796	-4,225	-4,077	-3,545
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000

a. Gruppenvariable: QCL_2 2 C mit ac1_fg

10.15.14 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- auf dem Erfolgkriterium EMEK-36

Tab. 152: Unterschiede der Personengruppen IMG+ / IMG- auf dem Erfolgskriterium EMEK-36

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		EMEK_36
N		81
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	-,0224
	Standardabweichung	,62974
Extremste Differenzen	Absolut	,112
	Positiv	,112
	Negativ	-,084
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,005
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,265

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: EMEK_36

F	df1	df2	Signifikanz
,721	1	78	,399

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+QCL_2

2. 2 C mit ac1_fg

Abhängige Variable: EMEK_36

2 C mit ac1_fg	Mittelwert	Standardfehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	,110	,077	-,043	,263
2	-,386	,133	-,651	-,122

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	60
	2	20

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: EMEK_36

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	3,692[a]	1	3,692	10,438	,002	,118
Intercept	1,146	1	1,146	3,240	,076	,040
QCL_2	3,692	1	3,692	10,438	,002	,118
Fehler	27,592	78	,354			
Gesamt	31,300	80				
Korrigierte Gesamtvariation	31,284	79				

a. R-Quadrat = ,118 (korrigiertes R-Quadrat = ,107)

10.15.15 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und Therapieziel 1 (GAS)

Tab. 153: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und Therapieziel 1 (GAS)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		PA_TE1 Haupttherapieziel (GAS)
N		70
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	2,16
	Standardabweichung	,694
Extremste Differenzen	Absolut	,347
	Positiv	,347
	Negativ	-,282
Kolmogorov-Smirnov-Z		2,900
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,000

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: ZPA_TE1 Z-Wert: GAS 1?

F	df1	df2	Signifikanz
3,904	1	68	,052

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+QCL_2

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	53
	2	17

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: ZPA_TE1 Z-Wert: GAS 1?

QCL_2 2 C mit ac1_fg	Mittelwert	Standardabweichung	N
1	,1812724	1,03296910	53
2	-,5651435	,62965991	17
Gesamt	,0000000	1,00000000	70

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: ZPA_TE1 Z-Wert: GAS 1?

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	7,171[a]	1	7,171	7,887	,006	,104
Intercept	1,897	1	1,897	2,086	,153	,030
QCL_2	7,171	1	7,171	7,887	,006	,104
Fehler	61,829	68	,909			
Gesamt	69,000	70				
Korrigierte Gesamtvariation	69,000	69				

a. R-Quadrat = ,104 (korrigiertes R-Quadrat = ,091)

10.15.16 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und allen Therapiezielen (GAS)

Tab. 154: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und allen Therapiezielen (GAS)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		GAS_15
N		71
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	2,0862
	Standardabweichung	,56298
Extremste Differenzen	Absolut	,223
	Positiv	,223
	Negativ	-,172
Kolmogorov-Smirnov-Z		1,877
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,002

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: ZGAS_15 Alle Therapieziele gemittelt (GAS)

F	df1	df2	Signifikanz
2,988	1	69	,088

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+QCL_2

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: ZGAS_15 Alle Therapieziele gemittelt (GAS)

QCL_2 2 C mit ac1_fg	Mittelwert	Standardabweichung	N
1	,1770091	1,02700169	54
2	-,5622641	,66298768	17
Gesamt	,0000000	1,00000000	71

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	54
	2	17

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: ZGAS_15 Alle Therapieziele gemittelt (GAS)

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	7,066[a]	1	7,066	7,747	,007	,101
Intercept	1,919	1	1,919	2,104	,151	,030
QCL_2	7,066	1	7,066	7,747	,007	,101
Fehler	62,934	69	,912			
Gesamt	70,000	71				
Korrigierte Gesamtvariation	70,000	70				

a. R-Quadrat = ,101 (korrigiertes R-Quadrat = ,088)

10.15.17 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und 'Leidensdruck' (LD)

Tab. 155: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- und 'Leidensdruck' (LD)

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		ZLD2_1FZ Z-Wert(LD 2_1FZ)
N		72
Parameter der Normalverteilung[a,b]	Mittelwert	,0000000
	Standardabweichung	1,0000000
Extremste Differenzen	Absolut	,090
	Positiv	,059
	Negativ	-,090
Kolmogorov-Smirnov-Z		,767
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,599

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen[a]

Abhängige Variable: ZLD2_1FZ Z-Wert(LD2_1FZ)

F	df1	df2	Signifikanz
1,571	1	70	,214

Prüft die Nullhypothese, daß die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist.

a. Design: Intercept+QCL_2

Zwischensubjektfaktoren

		N
QCL_2 2 C mit ac1_fg	1	54
	2	18

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: ZLD2_1FZ Z-Wert(LD2_1FZ)

QCL_2 2 C mit ac1_fg	Mittelwert	Standardab weichung	N
1	,1648595	,99853988	54
2	-,4945784	,85005445	18
Gesamt	,0000000	1,00000000	72

Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: ZLD2_1FZ Z-Wert(LD2_1FZ)

Quelle	Quadratsum me vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	5,871[a]	1	5,871	6,310	,014	,083
Intercept	1,468	1	1,468	1,577	,213	,022
QCL_2	5,871	1	5,871	6,310	,014	,083
Fehler	65,129	70	,930			
Gesamt	71,000	72				
Korrigierte Gesamtvariation	71,000	71				

a. R-Quadrat = ,083 (korrigiertes R-Quadrat = ,070)

10.15.18 Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- bezüglich der Abbruchrate

Tab. 156: Unterschiede der Personengruppen IMG+/ IMG- bezüglich der Abbruchrate

QCL_2 2 C mit ac1_fg * DROPOUT Abbrecher Kreuztabelle

			DROPOUT Abbrecher		
			0	1 = Abbruch	Gesamt
QCL_2 2 C mit ac1_fg	IMG+	Anzahl	147	29	176
		% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	83,5%	16,5%	100,0%
	IMG-	Anzahl	69	33	102
		% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	67,6%	32,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	216	62	278
		% von QCL_2 2 C mit ac1_fg	77,7%	22,3%	100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	9,392[b]	1	,002		
Kontinuitätskorrektur[a]	8,499	1	,004		
Likelihood-Quotient	9,134	1	,003		
Exakter Test nach Fisher				,003	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	9,359	1	,002		
Anzahl der gültigen Fälle	278				

a. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

b. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 22,75.

10.16 Verwendete Einstellungen bei Berechnungen

Die statistischen Berechnungen wurden mit SPSS 11.5 durchgeführt.

10.16.1 Faktorenanalyse

Tab. 157: Verwendete Einstellungen → Faktorenanalyse → Schaltereinstellungen

Menüschalter	Untermenü	Einstellungen
Desk. Statistik	Statistik	Anfangslösung
	Korrelationsmatrix	KMO und Bartlett-Test auf Sphärizität
Extraktion	Methode	Hauptkomponenten
	Analysieren	Korrelationsmatrix
	Anzeigen	Nicht rotierte Faktorlösung
	Eigenwerte größer als	1
	Maximalzahl der Iterationen für Konvergenz	25; bei Bedarf auch höher
Rotation	Methode	Varimax
	Anzeigen	Rotierte Lösung
	Maximalzahl der Iterationen für Konvergenz	25; bei Bedarf auch höher
Optionen	Fehlende Werte	Listenweiser Fallausschluß
	Anzeigeformat für Koeffizienten	Sortiert nach Größe Unterdrücken von Absolutwerten kleiner als: .3

Differenz D der Ladung auf beiden Faktoren mit den jeweils höchsten Werten: D<.15.
Geringste Ladung L auf einem der Faktoren: L>.40.

10.16.2 Clusteranalyse

Tab. 158: Verwendete Einstellungen → Clusteranalyse → Schaltereinstellungen

Eingabepfad: →Klassifizieren →Hierarchische Clusteranalyse

Menüschalter	Untermenü	Einstellungen
	Cluster	Fälle
	Anzeigen	Statistik
Statistik		Zuordnungsübersicht
	Clusterzugehörigkeit	Keine
Diagramm	Eiszapfen	Alle Cluster
	Orientierung	Vertikal
Methode	Clustermethode	Linkage zwischen den Gruppen
	Maß	Intervall: Quadrierter Euklidischer Abstand
	Werte transformieren	Keine

10.17 Neu konstruierte Fragebögen

10.17.1 Vorversion ACP-a – ‚Die Akzeptanz der Psychotherapie'

Alter: weiblich ☐ männlich ☐ Schulbildung: Beruf:

ACP

Sie befinden sich am Beginn einer stationären/ ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Meinungen, die man über Psychotherapie und über Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten haben kann. Antworten Sie ohne lange zu zögern und aus dem "Bauch heraus". Es gibt kein richtig oder falsch. Wichtig ist jedoch, dass Sie alle 65 Aussagen auf den drei Fragebogenseiten beantworten.

	Was halten Sie von Psychotherapie?	zutreffend ? überhaupt nicht	weniger	mittelmäßig	ziemlich	außerordentlich	weder noch
1	Es ist schmerzhaft für mich, wenn ich in der Psychotherapie schlimme Erlebnisse noch einmal durchleben muss.	0	1	2	3	4	-
2	Wenn ich jetzt Psychotherapie in Anspruch nehme, dann zeigt dies, dass ich mutig genug bin, mich meinen Problemen zu stellen.	0	1	2	3	4	-
3	Es stört mich, dass ich in der Psychotherapie mithilfe von Fragebögen mit anderen Menschen verglichen werde.	0	1	2	3	4	-
4	Meine Schwierigkeiten könnte ich auch allein bewältigen, wenn ich einen starken Charakter hätte.	0	1	2	3	4	-
5	Psychotherapie hilft mir bei meiner menschlichen Weiterentwicklung.	0	1	2	3	4	-
6	Psychotherapie ist bei meinen Problemen ein Hinweis auf mangelnde Reife.	0	1	2	3	4	-
7	Wenn ich psychotherapeutische Hilfe aufsuche, ist das so, als würde ich meine Probleme dort abgeben.	0	1	2	3	4	-
8	Mit der Psychotherapie kann ich einen Anfang machen, um für mich unbefriedigende Umstände zu ändern.	0	1	2	3	4	-
9	Zu einem Psychotherapeuten gehe ich nicht, denn ich bin ja nicht verrückt.	0	1	2	3	4	-
10	In der Psychotherapie muss ich auf blöde Fragen antworten.	0	1	2	3	4	-
11	Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist ein Zeichen dafür, dass ich unfähig bin, mit meinem Leben fertig zu werden.	0	1	2	3	4	-
12	Um mein Problem besser zu verstehen, deutet der Psychotherapeut meine Träume. Davor habe ich Angst .	0	1	2	3	4	-
13	Mein Entschluss, mit psychotherapeutischer Hilfe etwas zu verändern, ist auch ein Zeichen dafür, dass ich mein Leben in die Hand nehmen will.	0	1	2	3	4	-
14	Ich gehe in eine Psychotherapie, weil ich dort nicht nur mit Medikamenten behandelt werde.	0	1	2	3	4	-
15	Ich fürchte mich vor Psychotherapeuten, weil die mich in eine Anstalt einweisen können.	0	1	2	3	4	-
16	Es tut mir gut, wenn ich in der Psychotherapie in meiner Einzigartigkeit gesehen werden.	0	1	2	3	4	-
17	Ich komme mir lächerlich vor, mit meinen Problemen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil andere bestimmt schwerwiegendere Probleme haben.	0	1	2	3	4	-
18	Wer Stimmen hört, die andere nicht hören können, ist verrückt und braucht dringend eine Psychotherapie.	0	1	2	3	4	-
19	Ich fühle mich schlecht, wenn ich in der Psychotherapie meine Seele auf den Tisch legen muss.	0	1	2	3	4	-
20	Psychotherapie hilft mir, in meinem Leben einen Sinn zu finden.	0	1	2	3	4	-

Abb. 105: Fragebogen ACP-a (Seite 1) – Vorversion

Was halten Sie von Psychotherapie?

		zutreffend ? überhaupt nicht	weniger	mittelmäßig	ziemlich	außerordentlich	weder noch
21	Für mich ist Psychotherapie kein "small talk", sondern ernsthafte Auseinandersetzung mit meinen Problemen.	0	1	2	3	4	-
22	Der Psychotherapeut sieht mich als Mensch und nicht als irgendeinen "Fall"; er nimmt mich ernst.	0	1	2	3	4	-
23	Es tut mir gut, wenn der Psychotherapeut mich gefühlsmäßig annimmt.	0	1	2	3	4	-
24	Bei psychischen Problemen können Nahestehende (Partner, Eltern, Freundin) viel besser helfen, als ein Therapeut.	0	1	2	3	4	-
25	Als erwachsener Mensch sollte ich mit meinen Problemen selbst fertig werden, anstatt Hilfe aufzusuchen.	0	1	2	3	4	-
26	Die Psychotherapie ist für mich wirkungsvoller als ein Gespräch mit Freunden.	0	1	2	3	4	-
27	Ich fürchte mich vor einer Psychotherapie, weil ich dort über schmerzhafte Dinge in meinem Leben reden muss.	0	1	2	3	4	-
28	In der Psychotherapie muss ich mir Dinge einreden lassen, obwohl ich völlig anderer Meinung bin.	0	1	2	3	4	-
29	Ich gehe zum Psychotherapeuten, weil er mir einfühlsam zuhört.	0	1	2	3	4	-
30	Wenn jemand erfährt, dass ich eine Psychotherapie mache, will keiner mehr etwas mit mir zu tun haben.	0	1	2	3	4	-
31	Mir hilft es, wenn ich vom Psychotherapeuten Antworten auf meine Fragen zur Behandlung bekomme.	0	1	2	3	4	-
32	Psychotherapie ist hilfreich auch bei körperlichen Schmerzen.	0	1	2	3	4	-
33	In einer Psychotherapie bekomme ich angemessene Rückmeldung und Zuwendung vom Therapeuten.	0	1	2	3	4	-
34	Psychotherapie hilft mir, meine Familie und mein Umfeld besser zu verstehen.	0	1	2	3	4	-
35	Ich finde es nicht gut, wenn meine Psychotherapie auf Video aufzeichnet wird, auch wenn mir diese Aufzeichnungen helfen könnten.	0	1	2	3	4	-
36	Wer eine Psychotherapie macht, hat nicht alle Tassen im Schrank.	0	1	2	3	4	-
37	Es ärgert mich, wenn ich in der Psychotherapie meinen persönlichen Glauben (Religion, Spiritualität) aufgeben müsste.	0	1	2	3	4	-
38	Dass ich psychotherapeutische Hilfe aufsuche, ist das ein Hinweis darauf, dass ich über mein Verhalten nachdenken will.	0	1	2	3	4	-
39	Ich bin wohl zu sensibel, wenn ich mit meinen Problemen zum Psychotherapeuten gehe.	0	1	2	3	4	-
40	Es ist gut für mich, wenn die Psychotherapie solange dauert, bis ich wieder gesund bin.	0	1	2	3	4	-
41	Ich bin mir sicher, dass ich mit Hilfe einer Psychotherapie in meinem Arbeitsbereich besser zurecht komme.	0	1	2	3	4	-
42	Auch Gesunde können sich bei Problemen von Psychotherapeuten beraten lassen, um besser klar zu kommen.	0	1	2	3	4	-
43	Wenn ich bei meinem Problem den Psychotherapeuten aufsuche, fehlt es mir an festen Prinzipien.	0	1	2	3	4	-

Abb. 106: Fragebogen ACP-a (Seite 2) – Vorversion

Was halten Sie von Psychotherapie?

		zutreffend ? überhaupt nicht	weniger	mittelmäßig	ziemlich	außerordentlich	weder noch
44	Ich gehe zum Psychotherapeuten, weil er herausfindet, was mir fehlt.	0	1	2	3	4	-
45	Psychotherapie ist nur etwas für kranke Menschen.	0	1	2	3	4	-
46	Wenn ich wegen meines Problems Hilfe in Anspruch nehme, ist das ein Zeichen meiner Offenheit für Veränderungen in meinem Leben.	0	1	2	3	4	-
47	Der Psychotherapeut tut nur so, als würde er mir zuhören. In Wirklichkeit bleibt er auf unüberwindlichem Abstand.	0	1	2	3	4	-
48	Ich glaube, dass mir eine Therapie nichts bringt, weil es so viele widersprüchliche Informationen über Psychotherapie gibt.	0	1	2	3	4	-
49	Ich habe keine Lust in meiner Kindheit herumwühlen zu lassen, nur weil der Therapeut glaubt, das hätte etwas mit meinen Problemen zu tun.	0	1	2	3	4	-
50	Müsste ich durch die Psychotherapie mein ganzes Leben verändern, würde ich lieber alles beim Alten lassen.	0	1	2	3	4	-
51	In der Psychotherapie fühle ich mich hilflos, wenn ich auf alles antworten muss, was der Therapeut fragt.	0	1	2	3	4	-
52	In der Psychotherapie fühle ich mich schlecht bei dem Gedanken, dass der Therapeut alles weiß und immer Recht hat.	0	1	2	3	4	-
53	An der Psychotherapie stört mich, dass ich nicht weiß, was dort mit mir gemacht wird.	0	1	2	3	4	-
54	Ich kann etwas Gutes für mich tun, wenn ich psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehme.	0	1	2	3	4	-
55	Beim Psychotherapeuten muss ich mich auf das Sofa legen - das ist mir unangenehm.	0	1	2	3	4	-
56	Psychotherapie hat nichts mit Weiterentwicklung zu tun, sie will mich lediglich zu einem funktionierenden Mitglied dieser Gesellschaft machen.	0	1	2	3	4	-
57	Wenn ich ehrlich bin, weiß ich eigentlich gar nicht, was Psychotherapie ist und macht.	0	1	2	3	4	-
58	Psychotherapie hilft mir dabei, mich besser annehmen zu können.	0	1	2	3	4	-
59	Ich werde in meinen Zweifeln und Enttäuschungen vom Psychotherapeuten ernst genommen.	0	1	2	3	4	-
60	Ich gehe zum Psychotherapeuten, weil er grenzenloses Verständnis für meine Probleme zeigt.	0	1	2	3	4	-
61	Der Psychotherapeut hilft mir beim Lösen meiner Probleme.	0	1	2	3	4	-
62	Ich zeige Verantwortung mir selbst gegenüber, wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche.	0	1	2	3	4	-
63	Die guten Erfahrungen mit Psychotherapie in meinem Bekanntenkreis haben mir Mut gemacht, selbst nach psychotherapeutischer Hilfe zu suchen.	0	1	2	3	4	-
64	Ich gehe davon aus, dass ich in der Psychotherapie nicht nur "repariert", sondern geheilt werde.	0	1	2	3	4	-
65	Ich halte Psychotherapie für wirksam, weil sie wissenschaftlich ist.	0	1	2	3	4	-

Vielen Dank für die Mitarbeit

Abb. 107: Fragebogen ACP-a (Seite 3) – Vorversion

10.17.2 Testendform ACP-a (Pre- und Zwischenmessung) – ‚Die Akzeptanz der Psychotherapie'

Chiffre N V t t m m j j j j Datum: t t m m j j j j Zeit: S S : m m Sitzung:

Das Image der Psychotherapie - ACP-a (Behandlungsbeginn)

Sie befinden sich am Beginn einer stationären/ ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Meinungen, die man über Psychotherapie und über Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten haben kann. **Gefragt ist, in welchem Ausmaß Sie diesen Aussagen zustimmen können.** Antworten Sie ohne lange zu zögern und aus dem "Bauch heraus". Es gibt kein richtig oder falsch. Wichtig ist jedoch, dass Sie alle 41 Aussagen auf den zwei Fragebogenseiten beantworten.

Was halten Sie von diesen Meinungen über Psychotherapie?	Ich stimme der Aussage ... zu: gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich stark	sehr stark
1 Mit der Psychotherapie kann ich einen Anfang machen, um für mich unbefriedigende Umstände zu ändern.	0	1	2	3	4
2 Ich gehe zum Psychotherapeuten/ zur Psychotherapeutin, weil er/ sie herausfindet, was mir fehlt.	0	1	2	3	4
3 Für mich ist Psychotherapie kein "small talk", sondern ernsthafte Auseinandersetzung mit meinen Problemen.	0	1	2	3	4
4 Ich gehe zum Psychotherapeuten/ zur Psychotherapeutin, weil er/ sie mir einfühlsam zuhört.	0	1	2	3	4
5 Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich meinen wahren Lebenssinn erkennen will.	0	1	2	3	4
6 Um mein Problem besser zu verstehen, deutet der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin meine Träume. Davor habe ich Angst.	0	1	2	3	4
7 Es tut mir gut, wenn ich in der Psychotherapie in meiner Einzigartigkeit gesehen werden.	0	1	2	3	4
8 Ich komme mir lächerlich vor, mit meinen Problemen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil andere bestimmt schwerwiegendere Probleme haben.	0	1	2	3	4
9 Die Psychotherapie ist für mich wirkungsvoller als ein Gespräch mit Freunden.	0	1	2	3	4
10 Wenn ich jetzt nach psychotherapeutischer Hilfe suche, dann zeige ich anderen, dass ich an der historischen Aufgabe der Weiterentwicklung des Menschen mitwirken will.	0	1	2	3	4
11 Ich fühle mich schlecht, wenn ich in der Psychotherapie meine Seele auf den Tisch legen muss.	0	1	2	3	4
12 Es ist gut für mich, wenn die Psychotherapie solange dauert, bis ich wieder auf dem Weg der Gesundung bin.	0	1	2	3	4
13 Meine Schwierigkeiten könnte ich auch allein bewältigen, wenn ich einen stärkeren Charakter hätte.	0	1	2	3	4
14 Die Psychotherapie wird mir helfen, meine Familie und mein Umfeld besser zu verstehen.	0	1	2	3	4
15 Psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist ein Zeichen dafür, dass ich unfähig bin, mit meinem Leben fertig zu werden.	0	1	2	3	4
16 Eine Psychotherapie kann mir helfen, die Grenzen unseres menschlichen Wollens und Könnens zu erkennen und dann den Strom des Lebens mit seinen Licht- und Schattenseiten anzunehmen.	0	1	2	3	4
17 Ich zeige Verantwortung mir selbst gegenüber, wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche.	0	1	2	3	4
18 In der Psychotherapie fühle ich mich schlecht bei dem Gedanken, dass der Therapeut/ die Therapeutin alles weiß und immer Recht hat.	0	1	2	3	4
19 Ich werde in meinen Zweifeln und Enttäuschungen vom Psychotherapeuten/ von der Psychotherapeutin ernst genommen.	0	1	2	3	4
20 Wenn ich psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich einerseits eine selbstverantwortliche Person werden will, andererseits lernen möchte, eine höhere Ordnung zu respektieren.	0	1	2	3	4

Abb. 108: Fragebogen ACP-a (Seite 1) – Pre- und Zwischenmessung

Das Image der Psychotherapie - ACP-a (Behandlungsbeginn)

Was halten Sie von diesen Meinungen über Psychotherapie?

		Ich stimme der Aussage ... zu				
		gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich stark	sehr stark
21	Psychotherapie ist bei meinen Problemen ein Hinweis auf mangelnde Reife.	0	1	2	3	4
22	Der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin sieht mich als Mensch und nicht als irgendeinen "Fall"; er/ sie nimmt mich ernst.	0	1	2	3	4
23	Wenn ich bei meinem Problem den Psychotherapeuten/ die Psychotherapeutin aufsuche, fehlt es mir an festen Prinzipien.	0	1	2	3	4
24	Die guten Erfahrungen mit Psychotherapie in meinem Bekanntenkreis haben mir Mut gemacht, selbst nach psychotherapeutischer Hilfe zu suchen.	0	1	2	3	4
25	Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich meine unlösbare Verbundenheit mit der Natur und einer kosmischen Ordnung wahrnehmen will.	0	1	2	3	4
26	In der Psychotherapie fühle ich mich hilflos, wenn ich auf alles antworten muss, was der Therapeut fragt.	0	1	2	3	4
27	Wenn ich jetzt Psychotherapie in Anspruch nehme, dann zeigt dies, dass ich mutig genug bin, mich meinen Problemen zu stellen.	0	1	2	3	4
28	An der Psychotherapie stört mich, dass ich nicht weiß, was dort mit mir gemacht wird.	0	1	2	3	4
29	Mir hilft es, wenn ich vom Psychotherapeuten/ von der Psychotherapeutin Antworten auf meine Fragen zur Behandlung bekomme.	0	1	2	3	4
30	Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich meine religiöse/ spirituelle Seite entwickeln möchte.	0	1	2	3	4
31	Ich bin wohl zu sensibel, wenn ich mit meinen Problemen zum Psychotherapeuten gehe.	0	1	2	3	4
32	Wenn ich wegen meines Problems Hilfe in Anspruch nehme, ist das ein Zeichen meiner Offenheit für Veränderungen in meinem Leben.	0	1	2	3	4
33	Als erwachsener Mensch sollte ich mit meinen Problemen selbst fertig werden, anstatt fremde Hilfe aufzusuchen.	0	1	2	3	4
34	In einer Psychotherapie bekomme ich angemessene Rückmeldung und Zuwendung vom Therapeuten.	0	1	2	3	4
35	Wenn ich jetzt psychotherapeutische Hilfe aufsuche, dann zeige ich, dass ich lernen will, meiner inneren Stimme zu folgen.	0	1	2	3	4
36	Psychotherapie hilft mir bei meiner menschlichen Weiterentwicklung.	0	1	2	3	4
37	Es tut mir gut, wenn der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin mich gefühlsmäßig annimmt.	0	1	2	3	4
38	Wenn ich psychotherapeutische Hilfe aufsuche, ist das so, als würde ich meine Probleme dort abgeben.	0	1	2	3	4
39	Ich gehe zum Psychotherapeuten/ zur Psychotherapeutin, weil er/ sie grenzenloses Verständnis für meine Probleme zeigt.	0	1	2	3	4
40	Mein Entschluss, mit psychotherapeutischer Hilfe etwas zu verändern, ist auch ein Zeichen dafür, dass ich mein Leben in die eigenen Hände nehmen will.	0	1	2	3	4
41	Ich gehe davon aus, dass ich in der Psychotherapie nicht nur "repariert", sondern geheilt werde.	0	1	2	3	4

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg · Fakultät IV · Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 109: ACP-a – Fragebogen ACP-a (Seite 2) – Pre- und Zwischenmessung

10.17.3 Testendform ACP-e (Post-Messung) – „Die Akzeptanz der Psychotherapie"

Chiffre N V t t m m j j j j Datum: t t m m j j j j Zeit: S S : m m Sitzung:

Das Image der Psychotherapie - ACP-e (20. Stunde oder Behandlungsende)

Sie befinden sich in der 20. Stunde bzw. Ende einer stationären/ ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Meinungen, die man über Psychotherapie und über Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten haben kann. **Gefragt ist, in welchem Ausmaß Sie diesen Aussagen zustimmen können.** Antworten Sie ohne lange zu zögern und aus dem "Bauch heraus". Es gibt kein richtig oder falsch. Wichtig ist jedoch, dass Sie alle 41 Aussagen auf den zwei Fragebogenseiten beantworten.

Was halten Sie von diesen Meinungen über Psychotherapie?	Ich stimme der Aussage ... zu: gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich stark	sehr stark
1 Mit der Psychotherapie habe ich einen Anfang gemacht, um für mich unbefriedigende Umstände zu ändern.	0	1	2	3	4
2 In der Psychotherapie habe ich herausgefunden, was mir fehlte.	0	1	2	3	4
3 Meine Psychotherapie war kein "small talk", sondern eine ernsthafte Auseinandersetzung mit meinen Problemen.	0	1	2	3	4
4 Mein Psychotherapeut/ meine Psychotherapeutin hat mir einfühlsam zugehört.	0	1	2	3	4
5 Durch die Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe habe ich gezeigt, dass ich meinen wahren Lebenssinn erkennen will.	0	1	2	3	4
6 Um mein Problem besser zu verstehen, deutete der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin auch meine Träume. Das ist nützlich.	0	1	2	3	4
7 Es tat mir gut, dass ich in der Psychotherapie in meiner Einzigartigkeit gesehen wurde.	0	1	2	3	4
8 Heute komme ich mir nicht mehr lächerlich vor, mit meinen Problemen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, auch wenn andere bestimmt schwerwiegendere Probleme haben.	0	1	2	3	4
9 Die Psychotherapie war für mich wirkungsvoller als ein Gespräch mit Freunden.	0	1	2	3	4
10 Durch das Aufsuchen von psychotherapeutischer Hilfe habe ich anderen gezeigt, dass ich an der historischen Aufgabe der Weiterentwicklung des Menschen mitwirken will.	0	1	2	3	4
11 In der Psychotherapie habe ich meine Seele nicht auf den Tisch legen müssen.	0	1	2	3	4
12 Es war gut für mich, dass die Psychotherapie solange dauerte, bis ich wieder auf dem Weg der Gesundung war.	0	1	2	3	4
13 Meine Schwierigkeiten hätte ich auch allein bewältigen können, wenn ich einen stärkeren Charakter gehabt hätte.	0	1	2	3	4
14 Die Psychotherapie hat mit geholfen, meine Familie und mein Umfeld besser zu verstehen.	0	1	2	3	4
15 Wenn man psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nimmt, ist das kein Zeichen dafür, dass man unfähig ist, mit dem eigenen Leben fertig zu werden.	0	1	2	3	4
16 Die Psychotherapie hat mir geholfen, die Grenzen unseres menschlichen Wollens und Könnens zu erkennen und dann den Strom des Lebens mit seinen Licht- und Schattenseiten anzunehmen.	0	1	2	3	4
17 Durch das Aufsuchen von psychotherapeutischer Hilfe habe ich Verantwortung mir selbst gegenüber gezeigt.	0	1	2	3	4
18 In der Psychotherapie ist es keineswegs so, dass der Therapeut/ die Therapeutin alles weiß und immer Recht hat.	0	1	2	3	4
19 Ich wurde in meinen Zweifeln und Enttäuschungen vom Psychotherapeuten/ von der Psychotherapeutin ernst genommen.	0	1	2	3	4
20 Durch die Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe habe ich gezeigt, dass ich einerseits eine selbstverantwortliche Person werden will, andererseits lernen möchte, eine höhere Ordnung zu respektieren.	0	1	2	3	4

Abb. 110: ACP-e – Fragebogen ACP-e (Seite 1) – Post-Messung

Das Image der Psychotherapie - ACP-a (20. Stunde oder Behandlungsende)

Was halten Sie von diesen Meinungen über Psychotherapie?

		Ich stimme der Aussage ... zu				
		gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich stark	sehr stark
21	Psychotherapie war bei meinen Problemen ein Hinweis auf mangelnde Reife.	0	1	2	3	4
22	Der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin sieht mich als Mensch und nicht als irgendeinen "Fall"; er/ sie nahm mich ernst.	0	1	2	3	4
23	Wenn ich bei meinem Problem den Psychotherapeuten/ die Psychotherapeutin aufsuche, fehlt es mir an festen Prinzipien.	0	1	2	3	4
24	Wenn ich bei meinem Problem den Psychotherapeuten/ die Psychotherapeutin aufsuche, fehlt es mir an festen Prinzipien.	0	1	2	3	4
25	Indem ich psychotherapeutische Hilfe aufsuchte, habe ich gezeigt, dass ich meine unlösbare Verbundenheit mit der Natur und einer kosmischen Ordnung wahrnehmen will.	0	1	2	3	4
26	In der Psychotherapie fühlt man sich hilflos, wenn man auf alles antworten muss, was der Therapeut/ die Therapeutin fragt.	0	1	2	3	4
27	Durch die Inanspruchnahme von Psychotherapie habe ich gezeigt, dass ich mutig genug bin, mich meinen Problemen zu stellen.	0	1	2	3	4
28	An der Psychotherapie störte mich, dass ich oft nicht wußte, was dort mit mir gemacht wird.	0	1	2	3	4
29	Mir hat es geholfen, wenn ich vom Psychotherapeuten/ von der Psychotherapeutin Antworten auf meine Fragen zur Behandlung bekam.	0	1	2	3	4
30	In der Psychotherapie kann man auch seine religiöse/ spirituelle Seite entwickeln.	0	1	2	3	4
31	Ich war wohl zu sensibel, als ich mit meinen Problemen zum Psychotherapeuten/ zur Psychotherapeutin ging.	0	1	2	3	4
32	Die Inanspruchnahme von Hilfe wegen meines Problems war ein Zeichen meiner Offenheit für Veränderungen in meinem Leben.	0	1	2	3	4
33	Als erwachsener Mensch hätte ich mit meinen Problemen selbst fertig werden sollen, anstatt fremde Hilfe aufzusuchen.	0	1	2	3	4
34	In der Psychotherapie bekam ich angemessene Rückmeldung und Zuwendung vom Therapeuten.	0	1	2	3	4
35	In der Psychotherapie konnte ich lernen, meiner inneren Stimme zu folgen.	0	1	2	3	4
36	Psychotherapie hat mir bei meiner menschlichen Weiterentwicklung geholfen.	0	1	2	3	4
37	Es tat mir gut, dass mich der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin gefühlsmäßig angenommen hat.	0	1	2	3	4
38	Wenn man psychotherapeutische Hilfe aufsucht, will man seine Probleme dort abgeben.	0	1	2	3	4
39	Der Psychotherapeut/ die Psychotherapeutin hat grenzenloses Verständnis für meine Probleme gezeigt.	0	1	2	3	4
40	Mit meinem Entschluss, mit psychotherapeutischer Hilfe etwas zu verändern, habe ich gezeigt, dass ich mein Leben in die eigenen Hände nehmen will.	0	1	2	3	4
41	In der Psychotherapie wurde ich nicht nur "repariert", sondern geheilt.	0	1	2	3	4

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg · Fakultät IV · Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 111: ACP-e – Fragebogen ACP-e (Seite 2) – Post-Messung

10.17.4 Patientenstundenbogen (verkleinert abgedruckt)

Therapeut/ Therapeutin ---------- P.-Chiffre: N V t t m m j j j j

(Geburtsdatum)

aktuelles Datum: t t m m j j j j (Sitzungsbeginn) Uhrzeit: S S : M M Sitzung: _____

(N = Erster Buchstabe Nachnahme; V = Erster Buchstabe Vorname; tt = Tag, mm = Monat; jj = Jahr; SS = Stunde : MM = Minute)

Patientenstundenbogen (ACP-P)

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt?	nein	etwas	genau
1. Heute habe ich mich in der Beziehung zur Therapeutin/ zum Therapeuten wohlgefühlt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
2. Ich habe jetzt das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
3. Heute sind wir dem Kern meiner Probleme nähergekommen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
4. Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
5. In der heutigen Sitzung ist mir klar geworden, mit wieviel Abneigung ich zu der psychotherapeutischen Behandlung komme.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
6. Die Therapeutin/ der Therapeut lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
7. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
8. Die Therapeutin/ der Therapeut und ich verstehen einander.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
9. Mir ist heute deutlich geworden, dass es mich enorm (und eigentlich zu sehr) belastet, in dieser Form von Therapie mitzuarbeiten.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
10. Ich finde, die Therapeutin/ der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
11. Ich glaube, die Therapeutin/ der Therapeut ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
12. Im Moment fühle ich mich durch die Therapeutin/ durch den Therapeut darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg ; Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt?

	nein	etwas	genau
13. Mir ist jetzt klar, dass für mich im Augenblick andere Anliegen/ Fragen/ Ziele wichtiger sind, als an irgendwelchen seelischen Problemen zu arbeiten.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
14. Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
15. Ich finde die Sichtweise der Therapeutin/ des Therapeuten von meinen Problemen zu einfach.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
16. Ich weiß jetzt besser, was ich will.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
17. Ich weiß jetzt, dass ich die Therapie am liebsten beenden möchte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
18. Heute hatte ich das Gefühl, die Therapeutin/ der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als sie/ er mir sagt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
19. Heute war ich gefühlsmäßig stark beteiligt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
20. Ich spüre, dass die Therapeutin/ der Therapeut mich wertschätzt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
21. Die heutige Sitzung ist so verlaufen, dass ich am liebsten die Therapeutin/ den Therapeuten wechseln möchte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
22. Das Thema, das wir heute behandelt haben, ging mir sehr nahe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
23. Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
24. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
25. Ich habe heute erkannt, dass ich überhaupt nur in Therapie bin, weil andere das wollen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
26. Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
27. Ich kann selbst entscheiden, was in der Therapie besprochen wird.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	
28. Die Therapeutin/ der Therapeut lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nein etwas genau	

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg ; Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 112: Patientenstundenbogen ACP-P – Verlaufsmessung

10.17.5 Therapeutenstundenbogen (verkleinert abgedruckt)

Therapeut/ Therapeutin ---------- P.-Chiffre: N V t t m m j j j j (Geburtsdatum)

aktuelles Datum: t t m m j j j j (Sitzungsbeginn) Uhrzeit: S S : M M Sitzung: _____

(N = Erster Buchstabe Nachnahmes; V = Erster Buchstabe Vorname; tt = Tag, mm = Monat; jjjj = Jahr; SS = Stunde ; MM = Minute)

Therapeutenstundenbogen (ACP-T)

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt?	nein	etwas	genau
1. Heute hat sich der Patient/ die Patientin in der Beziehung zu mir wohlgefühlt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
2. Der Patient/ die Patientin hatte heute das Gefühl, dass er/ sie sich selbst und seine/ ihre Probleme besser verstehen kann.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
3. Heute sind wir dem Kern der Probleme des Patienten/ der Patientin nähergekommen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
4. Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärtsgekommen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
5. In der heutigen Sitzung ist mir klar geworden, mit wieviel Abneigung der Patient/ die Patientin zu der psycholherapeutischen Behandlung kommt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
6. Der Patient/ die Patientin nahm heute meine Unterstützung an.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
7. Heute ist dem Patienten/ der Patientin klarer geworden, weshalb er/ sie gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiert.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
8. Die Patient/ die Patientin und ich verstehen einander.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
9. In der heutigen Sitzung ist deutlich geworden, dass der Patient/ die Patientin sich sehr/ zu sehr belastet erlebt von der Therapie.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
10. Der Patient/ die Patientin findet, dass ich seinen/ ihren Gefühlen mehr Beachtung schenken müsste.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
11. Der Patient/ die Patientin hatte heute das Gefühl, dass ich wirklich an seinem/ ihrem Wohlergehen interessiert bin.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
12. Im Moment fühlt sich der Patient/ die Patientin durch mich darin unterstützt, wie er/ sie gerne werden möchte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt?

	nein	etwas	genau
13. In der heutigen Sitzung ist dem Patienten/ der Patientin klar geworden, dass für ihn/ für sie im Augenblick andere Anliegen/ Fragen/ Ziele wichtiger sind, als an seinen/ ihren psychischen Problemen zu arbeiten.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
14. Der Patient/ die Patientin traut sich jetzt mehr zu, seine/ ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
15. Der Patient/ die Patientin findet meine Sichtweise von seinen/ ihren Problemen zu einfach und nicht angemessen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
16. Der Patient/ die Patientin weiß jetzt besser, was er/ sie will.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
17. In der heutigen Sitzung ist klar geworden, dass der Patient/ die Patientin die Therapie am liebsten beenden möchte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
18. Heute hatte der Patient/ die Patientin das Gefühl, dass ich etwas anderes über ihn/ über sie denke, als ich ihm/ ihr sage.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
19. Heute war der Patient/ die Patientin gefühlsmäßig stark beteiligt.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
20. Der Patient/ die Patientin spürte heute, dass ich ihn/ sie wertschätze.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
21. Die heutige Sitzung ist so verlaufen, dass der Patient/ die Patientin am liebsten den Therapeuten/ die Therapeutin wechseln möchte.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
22. Das Thema, das wir heute behandelt haben, ging dem Patienten/ der Patientin sehr nahe.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
23. Der Patient/ die Patientin fühlt sich jetzt Situationen besser gewachsen, denen er/ sie sich bisher nicht gewachsen gefühlt hat.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
24. Der Patient/ die Patientin glaubt, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für ihn/ für sie besser geeignet.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
25. In der heutigen Sitzung hat der Patient/ die Patientin erkannt, dass er/ sie überhaupt nur in Therapie ist, weil andere das wollen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
26. Der Patient/ die Patientin hat den Verlauf der Sitzung aktiv gestaltet.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
27. Der Patient/ die Patientin hat selbst entschieden, was in der Therapie besprochen wird.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		
28. Es war leicht, den Patienten/ die Patientin in der Therapie seinen/ ihren eigenen Weg gehen zu lassen.	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (nein, etwas, genau)		

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 113: Therapeutenstundenbogen ACP-T (Seite 1) – Verlaufsmessung

Tab. 159: Zuordnungstabelle ACP-/INIMAG-Items

Sortiert nach ACP		Sortiert nach INIMAG	
ACP-Item	INIMAG-Item	INIMAG-Item	ACP-Item
2	4	1	38
4	6	2	6
6	2	3	43
7	15	4	2
8	14	5	13
11	11	6	4
13	5	7	25
17	10	8	39
24	22	9	62
25	7	10	17
38	1	11	11
39	8	12	46
43	3	14	8
46	12	15	7
48	24	16	54
50	18	18	50
54	16	20	63
62	9	22	24
63	20	24	48

Die in der obigen Tabelle aufgeführten 19 ACP-Items sind ursprüngliche INIMAG-Items, die jedoch teilweise vereinfacht wurden bzw. in mehrere Einzelitems zerlegt wurden.

10.18 Ergebnis einer Pre-Testung (Beispiel)

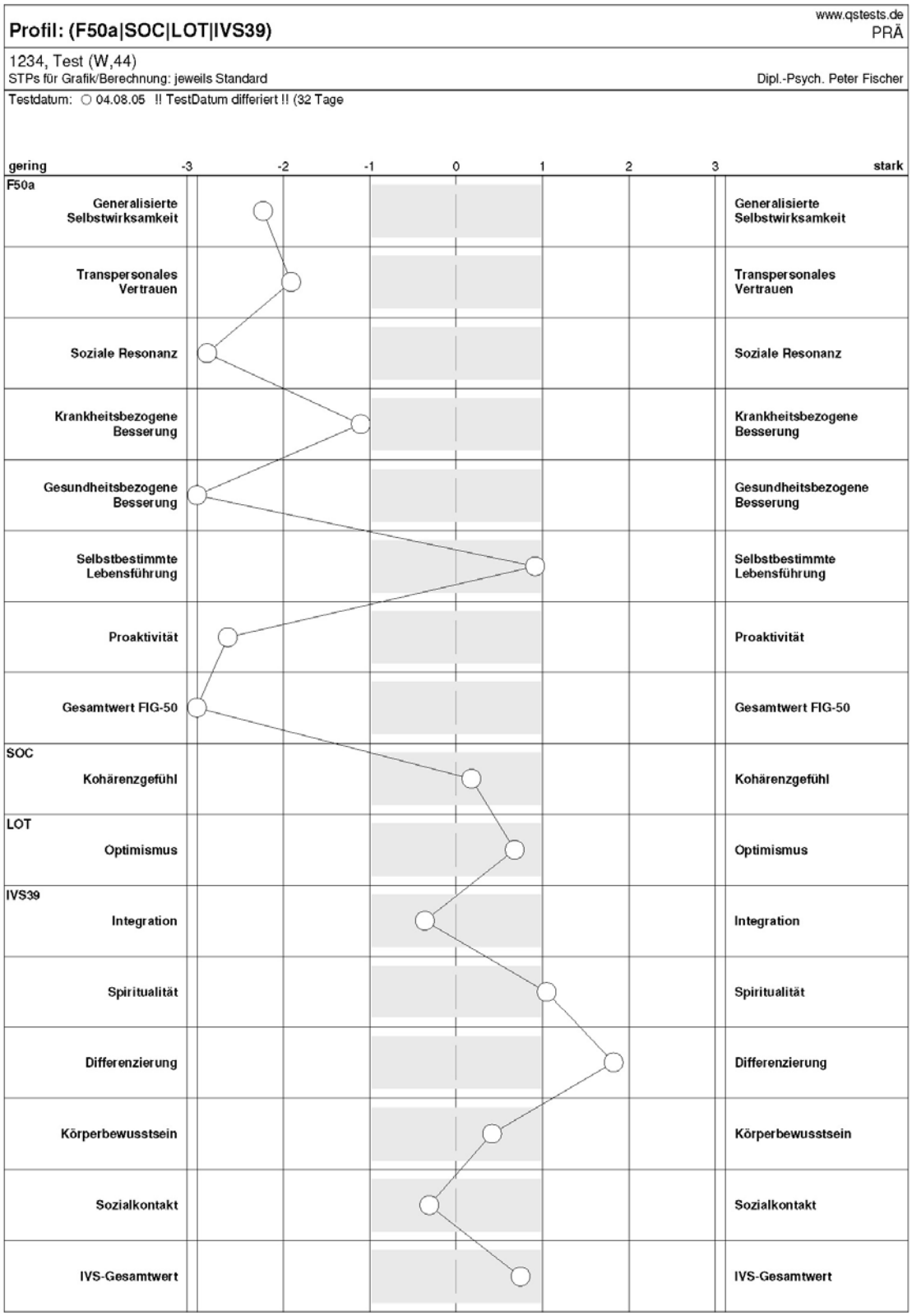


Abb. 114: Ergebnis einer Pre-Testung (Beispiel)

10.19 Ergebnis einer Pre-Post-Testung (Beispiel)

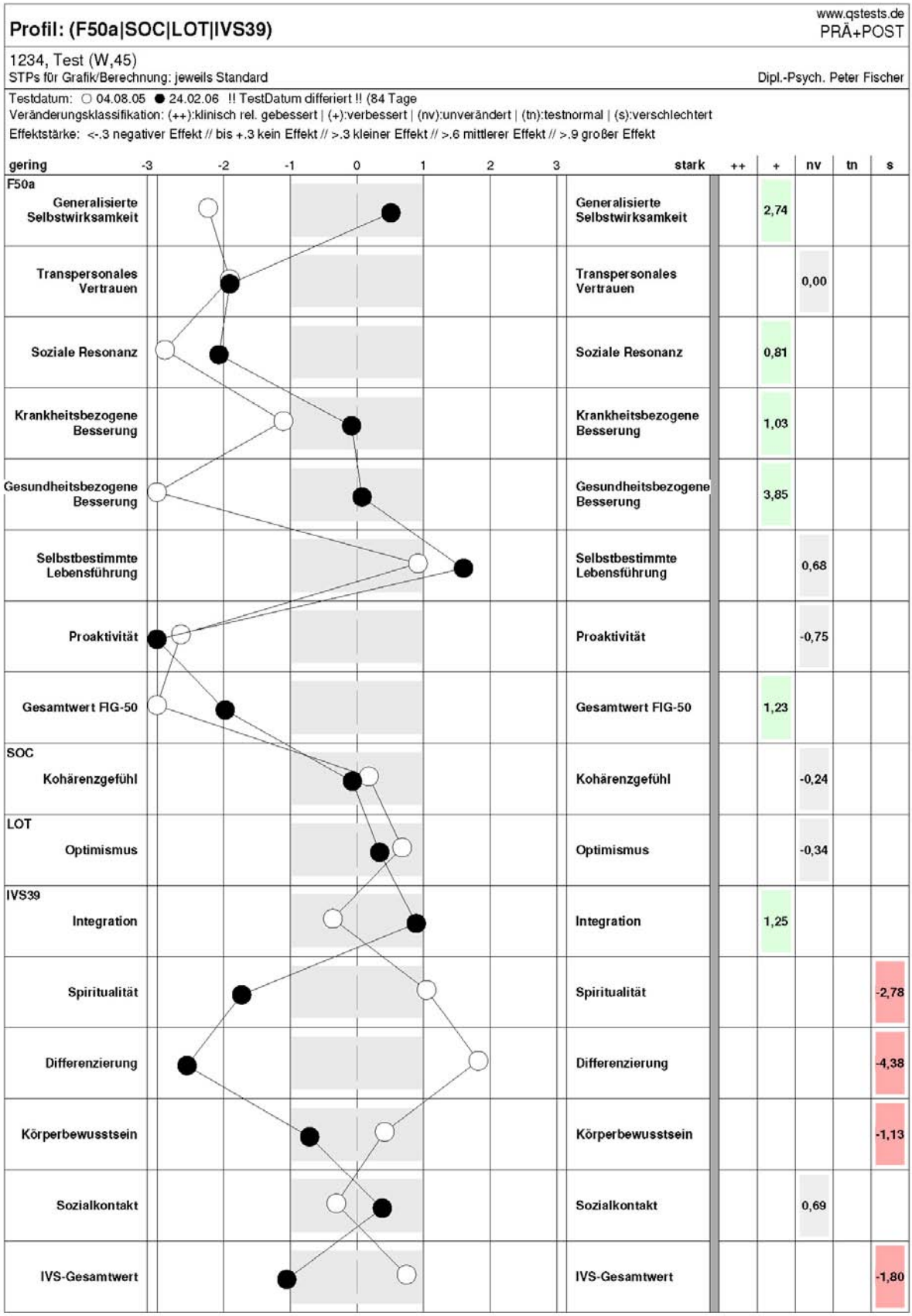


Abb. 115: Ergebnis einer Rückmeldung der Pre-Post-Differenzen (Beispiel)

10.20 Verwendete Hard- u. Software

10.20.1 Hardware

4 Notebooks:	(IBM Thinkpad R40 (Centrino CPU); Averatec 6240 (Athlon-CPU); Sharp Subnotebook; Asus (Athlon-CPU)
StressBall:	Messung der Herzratenvariablität. Biosign-GmbH, Dr. Reinhard D. Beise, Erdinger Str. 32, 85570 Markt Schwaben.
PWE 233:	Externes Bedienteil zur Körperfettwaage PWE 233. Westkauf GmbH, D-45466 Mühlheim an der Ruhr.
Omron BF 306	Körperfett-Messgerät. Omron Medizintechnik, Handelsgesellschaft mbH, Windeckstraße 81a, D-68163 Mannheim, http://www.omron-medizintechnik.de/

10.20.2 Software

Microsoft Office 2003: Textverarbeitung, Tabellenkalkulation, Diagramme

SPSS 11.5:	Statistical Package of Social Sciences.
Inspiration 6:	Erstellung des QS-Ablaufplans.
Qstests	Testsystem. Bürkle/Mestel/Stauss, www.qstests.de: Erstellung, Vorlage und Auswertung von Fragebögen. Wurde wegen seiner hervorragenden Softwareergonomie und Therapeutennähe als Standardprogramm für alle psychometrischen Tests eingesetzt. Den Autoren dieses Programms gelingt es auf geniale Art die fast unmögliche Synthese Einfachheit in der Bedienung und Komplexität der Möglichkeiten zu schaffen. Ohne dieses Programm wäre die Durchführung der Testungen nicht so einfach gewesen und eine fallorientierte Rückmeldung dieser Güte auf Basis von Veränderungsmessungen hätte eine Utopie bleiben müssen.
Psydea:	Auch hier hat der Autor ganze Arbeit geleistet. Der Vorteil dieses Programms liegt in der Vielzahl der erfassbaren Messwerte. Insbesondere die Möglichkeit, Reaktionszeiten auf einzelne Fragen zu erfassen, einfache automatische Normierung der Testdaten und die vielen analytischen Tools zum Prüfen der erstellten Fragebögen machte dieses Programm zur ersten Wahl für die Konstruktion der ACP-Fragebögen, mit denen der Gegenstand der Dissertation wissenschaftlich geprüft wird.

10.21 Testbeschreibungen

Zur Messung des Therapieeffekts wurden 14 psychometrische (ACP-a/ACP-e, FMP, FPTM, SCL-90, VDS-90, BDI, FIG-50, INK, LOT, RSQ, SOC-13, SASB, IIP, IVS-39) und zwei biometrische (GF, BIA) verwendet. Nachfolgend werden alle Tests kurz beschrieben.

10.21.1 GF

Titel: Global Fitness – Erfassung der Herzratenvariabilität und der Herzkohärenz.

Beschreibung: Neben den verwendeten Tests zur subjektiven Selbstbeurteilung des Patienten bzw. der Fremdbeurteilung durch den Therapeuten kommt ein in der Medizin standardisierter Atemtest zu Bestimmung der Herzratenvariabilität (HRV) und der Herzkohärenz (RSA) zum Einsatz. Mit ca. 8000 publizierten Studien (Medline) gehört die HRV zu den mit am besten untersuchten medizinischen Parametern unserer Zeit. Der prognostische Wert der Herzratenvariabilität für eine Vielzahl von häufigen und bedeutsamen Gesundheitsstörungen ist eindeutig belegt. Die HRV kann man deshalb als Globalindikator für psycho-neurokardiale Prozesse auffassen. Forschungsergebnisse weisen unter anderem darauf hin, dass bereits gering ausgeprägte Depressionen bereits mit einer eingeschränkten HRV einhergehen. Erwartungsgemäß sollte sich die HRV nach einer gelungenen Therapie erhöhen.

Anwendungsbereich: Wird in der Psychologie unter anderem zu Messung von Stress in Beanspruchungs- und Belastungssituationen verwendet. In dieser Studie kann die HRV ein Maß für die bessere „Anpassungs- und Resonanzfähigkeit“ (Größere Vielfalt im Verhalten, Denken und Erleben) des Patienten bei erfolgreicher Psychotherapie sein, als Konsequenz einer verbesserten Konfliktbewältigungskompetenz.

Bearbeitungszeit: ca. 1 Minute.

10.21.2 BIA

Titel: Bioelektrische Impedanz Analyse – Messung der Körperzusammensetzung.

Beschreibung: Den Körperfettanteil zu messen und die Körperzusammensetzung zu analysieren ist ein effektives Mittel zur Bestimmung des Fitnessniveaus, da Fettleibigkeit ein Gesundheitsrisiko darstellt und mit schweren Krankheiten im Zusammenhang steht. Bleibt das Gewicht gleich und der Anteil des Körperwassers steigt, ist dies ein Zeichen dafür, dass die Muskelmasse im Körper zugenommen hat (was gut für die Gesundheit ist); geht der Körperwasseranteil zurück, heißt dies, dass die Muskelmasse im Körper abgenommen und der Körperfettanteil zugenommen hat oder ist ein Zeichen für einen gestörten Körperwasserhaushalt bzw. für eine mögliche Krankheit. Bei der BIA-Messung wird die Körperzusammensetzung bestimmt, indem ein schwacher, medizinisch unbedenklicher elektrischer Strom durch den Körper geleitet und der Widerstand im Verhältnis zum Körperfettanteil gemessen wird. Dafür werden an verschiedenen Stellen des Körpers Elektroden angelegt (in dieser Studie nur an den Handflächen)[116]. Mithilfe einer Software können mit zusätzlich eingegebenen Daten (Körpergröße, Gewicht, Alter, Geschlecht) die BIA-Kennwerte berechnet werden. Die Messergebnisse stehen eng in Korrelation mit der „Unter-Wasser-Wägemethode“ und der DEXA (Dual Energy X-ray Absorbtiometry)-Methode, die als die Standardverfahren zur Messung des Körperfettanteils gelten.[117]

---

116 Für eine vollständige BIA-Analyse müsste der Patient in eine liegende Ruheposition gebracht werden und Elektroden an den Händen und Füßen angelegt werden. Aus strukturellen Gründen (Patienten hätten vorinformiert werden müssen; ein Raum mit Liege hätte bereitgestellt werden

Anwendungsbereich: In der Medizin und im Sport zur Überprüfung der körperlichen Fitness.

Bearbeitungszeit: ca. 1 Minute.

10.21.3 ACP-a (Therapiebeginn) / ACP-e (Behandlungsende)

Titel: Die Akzeptanz der Psychotherapie als Wirkfaktor für den Therapieerfolg.

Autoren: Fischer & Belschner, 2007.

Beschreibung: Der ACP-Fragebogen ist ein Instrument zur Erfassung der vom Patienten mit in die Therapie eingebrachten Meinungen/ Vorurteile/ Klischees über Psychotherapie. Es soll dabei erfasst werden, in welchem Ausmaß der Patient in Bezug auf Psychotherapie selbstwertdienlich bzw. selbstwertundienlich attribuiert. Es wird angenommen, dass Patienten mit sehr schlechten Ansichten über Psychotherapie (selbstwertundienlich) auch weniger Nutzen für sich innerhalb der Therapie erwirken können bzw. ein geringerer Therapieerfolg erwartet werden kann. Weiterhin wird für den Therapeuten bei extrem selbstwertundienlicher Attribution des Patienten ein deutlich erschwerter Therapieverlauf vermutet.

Anwendungsbereich: Der ACP kann im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen, psychiatrischen und medizinischen Kontext eingesetzt werden.

Bearbeitungszeit: ca. 10 Minuten (41 Items).

10.21.4 FMP

Titel: Fragebogen zur Psychotherapiemotivation

Autoren: Schneider, W., H.-D. Basler und B. Beisenherz, 1989.

Beschreibung: Der FMP basiert auf der Theorie, dass sich die Psychotherapiemotivation über den Prozess des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung konstituiert. Krankheitserleben wird operationalisiert über den Leidensdruck und den Krankheitsgewinn, die als primär affektive Komponenten der Motivation angesehen werden. Die Krankheitsverarbeitung wird operationalisiert über die Laienätiologie, die psychotherapeutischen Vorerfahrungen und die Behandlungserwartungen als primär kognitive Komponenten der Motivation. Die verschiedenen Aspekte der Psychotherapiemotivation werden im FMP über vier Subskalen operationalisiert: Krankheitserleben (Leidensdruck und Krankheitsgewinn); Laienätiologie; allgemeine Behandlungserwartungen und -einstellungen; Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen. Diese ergeben ein Testprofil.

Anwendungsbereich: Erhebung der motivationalen Ausgangslage eines Patienten im Rahmen therapeutischer Indikationsstellung sowie Forschung in den Bereichen Krankheitsverarbeitung, Behandlungsmotivation bzw. -kooperation.

Bearbeitungszeit: ca. 10 – 15 Minuten (39 Items; 1 DIN-A4 Seite).

10.21.5 FPTM

Titel: Kurzform zum Fragebogen zur Psychotherapiemotivation

Autoren: Rüdiger Nübling, Holger Schulz, 1995.

---

müssen, etc.) würde auf diese wissenschaftlich exaktere, aber auch aufwendigere Verfahren verzichtet.

117 Informationen entnommen aus den Bedienungsanleitungen des Omron BF306 Körperfettmessgerätes und der Körperfettwaage PWE 233 (s. a. Hardware, S. 344).

Beschreibung: Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Aspekten der Psychotherapiemotivation, teilweise psychoanalytisch orientiert (Leidensdruck, sekundärer Krankheitsgewinn), teilweise unabhängig von Therapieschulen (z.B. Hoffnung, Wissen). Der FPTM umfasst sechs Skalen: Psychischer Leidensdruck (LD), Hoffung (HO), Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH),, Wissen (WI), Initiative (IN) und Symptombezogene Zuwendung (SZA). Mit LD soll die gegenwärtige seelische Belastung, Niedergeschlagenheit und Sorgen, aber auch den ängstlichen Blick in die Zukunft erfasst werden. Die Skala HO enthält Äußerungen, die der Patient hinsichtlich seiner Einschätzung auf Besserung trifft. Die Items betreffen das Gefühl der Zuversicht oder Sicherheit, dass durch die bevorstehende Behandlung Hilfe für sich selbst zu erwarten ist. VH – Verleugung psychischer Hilfsbedürftigkeit – beinhaltet I-tems, die eine psychische Hilfsbedürftigkeit in Form von Problemen und seelischen Belastungen als ein Zeichen von Kontrollverlust, mangelndem Charakter, Willensschwäche sowie von Unselbständigkeit ansehen. Auch die Gefahr des Gesichtsverlustes als eine nach außen gerichtete Konsequenz wird hier miterfasst. WI – Wissen – erfasst, ob der Patient Kenntnisse, Informationen und Vorerfahrungen über oder mit Psychotherapie hat bzw. sich im Vorfeld der Behandlung aktiv erworben hat. IN – Initiative – beinhaltet Items, die die Anstrengungen des Patienten, eine Behandlung zu erhalten, umfassen. SZA – Symptombezogene Zuwendung – beschreibt Verhaltensänderungen, die der Patient aufgrund seiner Beschwerden in seiner Umwelt erlebt. Sie reichen von eher passiver verstärkter Rücksicht und Verständnis bis zu aktiver Anteilnahme, Beistand und Zuwendung.

Anwendungsbereich: Psychotherapie bzw. psychosomatische Rehabilitation, anwendbar bei Patienten ab etwa 16 Jahre

Bearbeitungszeit: ca. 5 Minuten (23 Items; 1 DIN-A4 Seite).

10.21.6 SCL-90R

Titel: Die Symptom-Checkliste – Deutsche Version.

Autor: Franke, 2002.

Beschreibung: Die SCL-90-R ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen. Gemessen wird „Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus“. Sie ergänzt Verfahren zur Messung der überdauernden Persönlichkeitsstruktur. Die Items sind sprachlich einfach formuliert und vermeiden psychopathologische Fachausdrücke.

Anwendungsbereich: Die SCL-90-R kann im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen, psychiatrischen und medizinischen Kontext eingesetzt werden; sie eignet sich für Jugendliche ab ca. 14 Jahren und Erwachsene, für Verlaufsbeschreibungen, Einzel- und Gruppenanwendungen.

Bearbeitungszeit: ca. 10 – 15 Minuten (90 Items; 2 DIN A 4 Seiten).

10.21.7 VDS-90

Titel: VDS-90-Symptomliste.

Autor: Sulz, Serge K. D. 2005.

Beschreibung: Die VDS-90-Symptomliste wurde als Selbstbeurteilungsinstrument für die ambulante Psychotherapie-Praxis entwickelt. Sie soll einerseits das gegenwärtige Beschwerdebild des Patienten erfassen, der mit dem Anliegen einer Psychotherapie in die Praxis kommt. Andererseits sind die relevanten Symptombereiche so klar überschaubar, dass mit ihr ein erstes Screening als Ausgangspunkt einer Syndromdiagnose erfolgen kann, von dem aus eine zeitökonomische und effektive vertiefte Befunderhebung möglich ist.

Anwendungsbereich: Eine Faktorenanalyse ergab eine dimensionale Struktur, die die wichtigsten klinischen Syndrome abbildet. Ihre Subskalen (Angst, Depression, somatoforme Störungen) haben eine gute Reliabilität, so dass es lohnenswert erscheint, ihren Nutzen für die Therapieverlaufskontrolle und -evaluation in künftigen Studien zu prüfen. Da sie zudem zahlreiche für die ambulante Psychotherapie sehr wichtige Symptombereiche erfasst wie Essstörungen, somatoforme Störungen, aber auch Alkoholismus, weitere Süchte etc., kann sie eine konkrete Funktion in der Therapieplanung und im internen Qualitätsmanagement übernehmen.

Bearbeitungszeit: ca. 10 – 15 Minuten (90 Items; 2 DIN A 4 Seiten).

10.21.8 BDI

Titel: Becks Depressionsinventar.

Autoren: Beck Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2000) – Deutsche Ausgabe.

Beschreibung: Das Beck-Depressions-Inventar ist ein Selbstbeurteilungsinstrumcnt zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik. Es wird seit über 30 Jahren im angloamerikanischen und englischen Sprachraum eingesetzt und hat inzwischen Übersetzungen in alle Kultursprachen der Welt (Beck, Steer & Garrison, 1986) erfahren. Mehr als eintausend Arbeiten haben sich angeblich diesem Fragebogen international angenommen. Das BDI wurde ursprünglich als standardisiertes Interview konzipiert, hat sich jedoch als Fragebogen durchgesetzt. Es existiert eine aus 21 Items bestehende Langform und eine Kurzform aus 13 Items. In dieser Studie wird die Langform verwendet.

Anwendungsbereich: Das BDI kann einzeln oder in Gruppen bei Personen zwischen 18 und 80 Jahren zur Messung der Schwere von depressiven Störungen im klinischen Bereich eingesetzt werden.

Bearbeitungszeit: ca. 5–10 Minuten (21 Items).

10.21.9 FIG-50

Titel: Fragebogen Integraler Gesundheit.

Autor: Belschner, 2005.

Beschreibung: Die Erfahrung des Humanum (Belschner, 1999) repräsentiert den Kerngedanken des Konzepts der Integralen Gesundheit: Die personale Erfahrungsqualität des Ich-Bewusstseins, welches sich auf einer basalen Ebene des Vertrauens in dieser Welt willkommen und angenommen weiß und welches um seine persönlichen Ressourcen und Lebensziele weiß, wird komplementär ergänzt durch das transpersonale, also ich- und raum-zeit-transzendente Bewusstsein. Mit dem Gespür für diese transpersonale Seins- und Bewusstseinsdimension wächst die Erfahrung, in einen größeren kosmischen Zusammenhang eingebettet zu sein, als Teil einer höheren Wirklichkeit in diese eingewoben zu sein und zeitweise die Teilung von Ich und Welt transzendieren zu können, um Stille, Weite und Liebe zu erfahren. Auch mit dieser Grunderfahrung menschlicher Existenz wächst Vertrauen. Wir haben dafür den Begriff des Transpersonalen Vertrauens geprägt.

Gelingt die individuelle Integration jener beiden Seins- und Bewusstseinsqualitäten, repräsentiert als Handlungsqualität des Tuns einerseits und des Nich-Tuns oder Zulassen-Könnens andererseits (Belschner 2001), so wird damit eine umfassende Basis zur Gestaltung individueller Lebensprojekte und zur Sinngebung der eigenen Evolution geschaffen. Gesundheit wird auf dieser Basis als lebendiger Prozess mit den persönlichen Ressourcen und Kompetenzen aktiv gestaltet und gleichzeitig komplementär dazu als Gnade, als etwas Geschenktes, als vom Ich nicht Erkämpfbares erfahren, sondern im Gegenteil als Etwas, das eines zulassenden Gewahrseins der Einbettung und Teilhabe an etwas Größerem, Absoluten oder Gott bedarf.

Die Verbindung von personalem Vertrauen einerseits in seinem Spektrum von sozialem Urvertrauen bis zu Vertrauen in die eigenen Ressourcen und Kompetenzen und andererseits dem transpersonalen Vertrauen als Bewusstsein der Teilhabe an einer höheren Wirklichkeit sehen wir als notwendige Grundvoraussetzung für tragfähige Konzepte der Gesundheit.[118]

Anwendungsbereich: Mit dem FIG-50 konnte ein hoch reliables und veränderungssensitives psychometrisches Instrument geschaffen werden. Eine im Sinne der bisherigen Untersuchungen sehr zufriedenstellende Validität der Konstrukte besteht zum einen hinsichtlich gesundheitswissenschaftlicher Dimensionen und zum Anderen hinsichtlich der Repräsentanz allgemein, wie symptomatisch begründeten Therapieerfolgs (sensu MEK 15). Der Altersbereich kann derzeit als gültig für Erwachsene von 18 bis 75 angegeben werden. Die Veränderungssensitivität des Fragebogens kann für psychotherapeutische Maßnahmen über alle Diagnosegruppen hinweg angenommen werden. Als inhaltlicher oder thematischer Schwerpunkt bildet der FIG-50 die wesentlichen gesundheitswissenschaftlichen Dimensionen, wie sie etwa in den SPG gemessen werden, mit ab. Als spezielle und über jene Konzepte hinausgehende Dimension wird transpersonales Vertrauen in seiner Entwicklung im Rahmen einer Psychotherapie erfasst. Der FIG-50 ist insofern besonders zur weiteren Forschung im Rahmen der transpersonalen Psychologie und Psychotherapie geeignet.[119]

Bearbeitungszeit: ca. 10 – 15 Minuten (50 Items).

10.21.10 INK

Titel: Inkongruenzfragebogen.

Beschreibung: Der Inkongruenzfragebogen (INK) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das zur Erfassung von Inkongruenz zwischen der wahrgenommenen Realität und den Motivationalen Zielen bei Psychotherapiepatienten ab 18 Jahren eingesetzt wird. Die Iteminhalte und die Skalenstruktur sind vom Fragebogen zur Erfassung Motivationaler Schemata (FAMOS; Grosse Holtforth & Grawe, 2002) übernommen. Während der FAMOS die Intensität bzw. die Wichtigkeit Motivationaler Ziele misst, erfasst der INK den Grad der unzureichenden Umsetzung derselben Motivationalen Ziele. Der INK besteht aus insgesamt 94 Items, die sich auf 14 Skalen zu Annäherungszielen und 9 Skalen zu Vermeidungszielen aufteilen.

Autor: Holtforth & Grawe, 2004.

Anwendungsbereich: s. Beschreibung

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitung der 94 Items dauert etwa 10-15 Minuten.

10.21.11 LOT-R

Titel: Life Orientation Test (Optimismus).

Autor: Glaesmer, H. & Hoyer, J., 2003.

---

118 Kapitel 2., Handbuch FIG-50, Belschner (2005), im Druck.

119 Kapitel 9., Anwendungsbereiche, FIG-50 Handbuch, Belschner (2005), im Druck.

Beschreibung: Der LOT-R ist die deutsche Revision des Life Orientation Tests von Glaesmer & Hoyer (2003). Der Life Orientation Test wurde von Carver & Scheier zur Erhebung individueller Differenzen von generalisiertem Optimismus vs. Pessimismus im Sinne einer Persönlichkeitsvariablen entwickelt. Er wurde seitdem in verschiedensten Studien eingesetzt, die sich mit den Konsequenzen des dispositionellen Optimismus auf Verhalten, Affekt und körperliche Gesundheit beschäftigten. Die Kürze des Instruments macht ihn vielseitig einsetzbar. Für die vorliegende Übersetzung wurde eine frühere Version von Korntheuer (2004) mit herangezogen. Der LOT-R wurde zunächst erneut ins Deutsche übersetzt und dann in einer Rückübersetzungsprozedur geprüft.

Anwendungsbereich: Der LOT kann bei Jugendlichen (ab 16 Jahren) und Erwachsenen sowohl im Rahmen der klinischen Diagnostik als auch in der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung und Epidemiologie eingesetzt werden.

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitung der 10 Items dauert etwa 3 Minuten.

10.21.12 SOC-13

Titel: Fragebogen zum Kohärenzgefühl (Sense of Coherence; SOC-13).

Autoren: Abel, Kohlmann, Noack & Bachmann, 1995.

Beschreibung: Der SOC-13 misst als Screening Instrument zur Erkennung einer erhöhten allgemeinen Vulnerabilität mit 13 Items das salutogenetische Konstrukt "generelle Lebensorientierung" oder "Kohärenzsinn".

Anwendungsbereich: Der SOC-Fragebogen-13 kann bei Jugendlichen (ab 16 Jahren) und Erwachsenen sowohl im Rahmen der klinischen Diagnostik als auch in der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsforschung und Epidemiologie eingesetzt werden.

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitung der 13 Items dauert etwa 5 Minuten.

10.21.13 RSQ

Titel: Relationship Scales Questionnaire (Bindungsfragebogen) – Deutsche Übersetzung Mestel.

Autoren: Steffanowski, Oppl, Meyerberg, Schmidt, Wittmann & Nübling, 2001.

Beschreibung: Beim RSQ handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 30 Items zur Abbildung des Bindungsstils bzw. zentraler bindungsrelevanter Einstellungs- und Verhaltensstrategien. Die Skalen bilden Angst vor Trennung, Angst vor Nähe, fehlendes Vertrauen und den Wunsch nach Unabhängigkeit ab.

Anwendungsbereich: Der RSQ dient der Erfassung grundlegender bindungsrelevanter Einstellungen und des Bindungsstils oder Bindungsmusters. Dieser Bindungsfragebogen kann ergänzend zu aufwendigeren Interview basierten Auswertungsmethoden von Bindungsrepräsentationen (z. B. AAI-Methode; EBPR Bindungsprototypen-Rating nach Pilkonis) eingesetzt werden oder man nutzt ihn als ein dem Patienten eher bewusstes Screening von Bindungsstilen. Das Instrument wird v. a. im klinischen Bereich und persönlichkeitspsychologischem Feld eingesetzt.

Bearbeitungszeit: Die Bearbeitung der 30 Items dauert etwa 10 Minuten.

10.21.14 SASB

Titel: Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens, Introjekt Normalfall - Deutsche Version

Autoren: Lorna S. Benjamin (deutsche Übertragung: Tscheulin & Harms, 2001).

Der Introjekt-Langform-Fragebogen der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) mit 36 Items soll den Umgang mit sich Selbst im Normalfall in der letzten Zeit abbilden. Probanden schätzen auf den zwei interpersonellen Dimensionen der Kontrolle (Spontaneität vs. Kontrolle) und Affiliation (Selbstliebe vs. Selbsthass) ein, wie sie mit sich selbst kommunizieren bzw. sich selbst gegenüber verhalten.

Anwendungsbereich: Der SASB-Introjekt-Fragebogen kann im psychologischen, medizinpsychologischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Kontext eingesetzt werden; er eignet sich für junge Erwachsene ab etwa 18 Jahren, für Verlaufsbeschreibungen von Einzelpersonen oder Gruppen und vor allem für die Einzelfalldiagnostik und Therapieplanung.

Bearbeitungszeit: Ca. 8 - 12 Minuten (36 Items; 1 DIN A 4 Seite).

10.21.15 IIP-D

Titel: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version.

Autoren: Horowitz, Strauß & Kordy, 2000.

Das IIP, ein Verfahren zur Selbstbeurteilung, wird üblicherweise in einer 64-Item-Form verwendet (Horowitz et al., 2000). Mit den Items des Fragebogens können Probanden beschreiben, wie sehr sie unter spezifischen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen leiden. Dabei werden sowohl Aspekte genannt, die im Umgang mit anderen schwierig sein können (z. B. " Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen") als auch Aspekte, die "man im Übermaß tun kann" (z. B. "Ich streite zu viel mit anderen").

Anwendungsbereich: Das IIP ist ein Instrument, das primär für Erwachsene entwickelt wurde. Es eignet sich zur klinischen Individualdiagnostik und zur Verlaufsdiagnostik in der Psychotherapie und gilt als ein fester Bestandteil von Kernbatterien zur Psychotherapieerfolgskontrolle (Strupp et al., 1997). Im angloamerikanischen Sprachraum kursieren diverse Kurzformen, die Bestandteil von Inventaren zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie sind. Auf Grund seiner spezifischen faktoriellen Struktur (Circumplex) eignet sich das Instrument zur Validitätsprüfung anderer Methoden, speziell zur Untersuchung des "interpersonalen Gehalts" von Persönlichkeitsdiagnostik (vgl. z. B. Gurtman, 1991).

Bearbeitungszeit: Ca. 10 - 15 Minuten (64 Items; 3 DIN A 4 Seiten).

10.21.16 IVS-39

Titel: Integrative Verlaufsskalen 39.

Autoren: Bantelmann & Belschner, 2005.

Als störungsübergreifendes Verfahren können die IVS-39 für die psychotherapeutische Diagnostik, Verlaufs- und Ergebnismessung eingesetzt werden. Dies vorzugsweise in integrativ und tiefenpsychologisch orientierten Settings und insbesondere dort, wo ressourcenorientiert gearbeitet wird. Als Diagnostikum differenziert der Test zuverlässig zwischen neurotischem und Frühstörungen kennzeichnenden Niveau der Persönlichkeitsstruktur. Das Verfahren kann als Screening für verschiedene therapierelevante Ressourcen eingesetzt werden. Es zeichnet sich durch hohe Veränderungssensitivität aus. Die IVS-39 werden zunehmend in der stationären Psychosomatik, der psychiatrischen Rehabilitation und Settings eingesetzt. Aufgrund der hohen Testökonomie sind die IVS-39 auch für die ambulante Psychotherapie geeignet.

Anwendungsbereich: Der Test kann bei Erwachsenen zwischen 18 und 80 eingesetzt werden. Die IVS-39 wurden als störungsübergreifendes Evaluationsinstrument in einem mehrstufigen Verfahren reananalytisch konstruiert. Die fünf Skalen mit insgesamt 39 Items messen die Dimensionen Integration (Konflikt, Selbststeuerung), Spirituelle Grunderfahrung (Transpersonales Vertrauen, transpersonale Erfahrung, Interesse), Differenzierung (Selbstwahrnehmung, Emotion, Bedürfnisse), Körperbewusstheit (Wahrnehmung, Einstellung) und Sozialkontakt (Soziale Integration, Kontaktfunktionen).

Bearbeitungszeit: Ca. 5 - 10 Minuten (39 Items).

10.21.17 VEV-K

Titel: Veränderungsfragebogen.

Autoren: Kriebel et al., 2001.

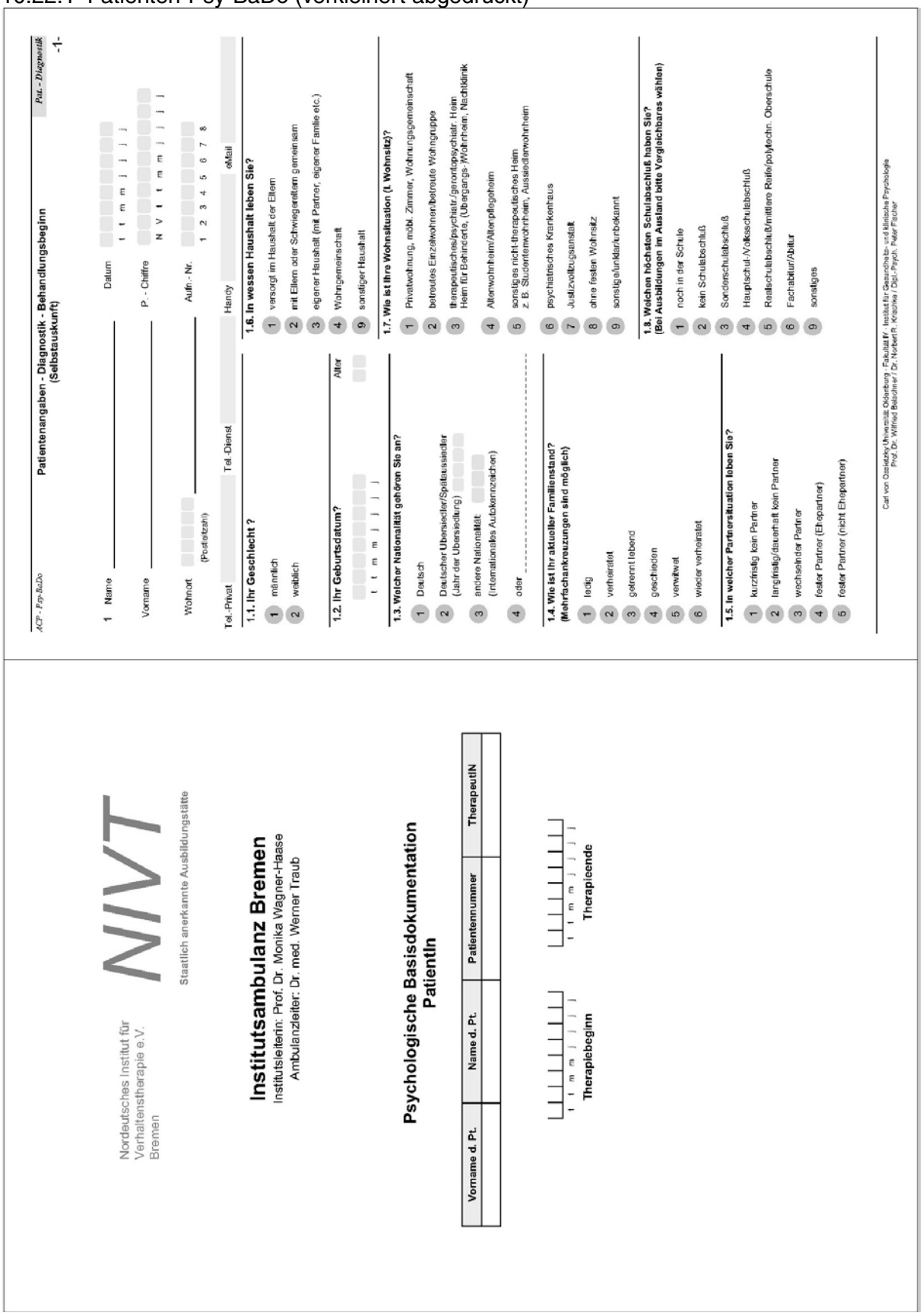
Mit dem VEV-K (Kriebel et. al, 2001), der Kurzform des VEV (Zielke, 1978b), können direkte Veränderungsmessungen vorgenommen werden. Damit können methodische Probleme, der indirekten Veränderungsmessung umgangen werden. Es wird ein bipolarer Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Spannung/Unsicherheit/Pessimismus erfasst, um eine Kontrolle der Wirksamkeit psychologisch-therapeutischer Interventionen zu ermöglichen.

Anwendungsbereich: Therapieverlaufskontrolle bei Erwachsenen und Jugendlichen.

Bearbeitungszeit: Ca. 3 – 5 Minuten (25 Items).

10.22 Psychologische Basisdokumentation (Psy-BaDo)

10.22.1 Patienten-Psy-BaDo (verkleinert abgedruckt)



ACP - Psy-BaDo

Patientenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn (Selbstauskunft)

Pat. - Diagnostik -1-

1 Name _____ Datum t t m m j j j j

Vorname _____ P. - Chiffre N V t t m m j j j j

Wohnort (Postleitzahl) _____ Aufn.- Nr. 1 2 3 4 5 6 7 8

Tel.-Privat Tel.-Dienst Handy eMail

1.1. Ihr Geschlecht ?
1 männlich
2 weiblich

1.2. Ihr Geburtsdatum? Alter
t t m m j j j j

1.3. Welcher Nationalität gehören Sie an?
1 Deutsch
2 Deutscher Übersiedler/Spätaussiedler (Jahr der Übersiedlung)
3 andere Nationalität (internationales Autokennzeichen)
4 oder _____

1.4. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachankreuzungen sind möglich)
1 ledig
2 verheiratet
3 getrennt lebend
4 geschieden
5 verwitwet
6 wieder verheiratet

1.5. In welcher Partnersituation leben Sie?
1 kurzfristig kein Partner
2 langfristig/dauerhaft kein Partner
3 wechselnder Partner
4 fester Partner (Ehepartner)
5 fester Partner (nicht Ehepartner)

1.6. In wessen Haushalt leben Sie?
1 versorgt im Haushalt der Eltern
2 mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam
3 eigener Haushalt (mit Partner, eigener Familie etc.)
4 Wohngemeinschaft
9 sonstiger Haushalt

1.7. Wie ist Ihre Wohnsituation (I. Wohnsitz)?
1 Privatwohnung, möbl. Zimmer, Wohnungsgemeinschaft
2 betreutes Einzelwohnen/betreute Wohngruppe
3 therapeutisches/psychiatr./gerontopsychiatr. Heim Heim für Behinderte, (Übergangs-)Wohnheim, Nachtklinik
4 Alterwohnheim/Alterpflegeheim
5 sonstiges nicht-therapeutisches Heim z. B. Studentenwohnheim, Aussiedlerwohnheim
6 psychiatrisches Krankenhaus
7 Justizvollzugsanstalt
8 ohne festen Wohnsitz
9 sonstige/unklar/unbekannt

1.8. Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie? (Bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)
1 noch in der Schule
2 kein Schulabschluß
3 Sonderschulabschluß
4 Hauptschul-/Volksschulabschluß
5 Realschulabschluß/mittlere Reife/polytechn. Oberschule
6 Fachabitur/Abitur
9 sonstiges

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Kraschke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Nordeutsches Institut für Verhaltenstherapie e.V. Bremen

NIVT

Staatlich anerkannte Ausbildungstätte

Institutsambulanz Bremen
Institutsleiterin: Prof. Dr. Monika Wagner-Haase
Ambulanzleiter: Dr. med. Werner Traub

Psychologische Basisdokumentation PatientIn

Vorname d. Pt.	Name d. Pt.	Patientennummer	TherapeutIN

t t m m j j j j
Therapiebeginn

t t m m j j j j
Therapieende

Abb. 116: Patienten-Psy-BaDo (Seite 1/2)

ACP - PsyBaDo

Patientenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn
(Selbstauskunft)

Pat. - Diagnostik

-2-

1.9 Welchen höchsten Berufsabschluß haben Sie?

1. noch in der Berufsausbildung
2. Lehre/Fachschule
3. Meister
4. Fachhochschule/Universität
5. ohne Berufsabschluß
9. sonstiges

1.10 Wie lautet Ihr letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf?

1. un-/angelernter Arbeiter Facharbeiter,
2. nicht selbst. Handwerker
3. einfacher Angestellter/Beamter
4. mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst
5. höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst
6. hochqualifizierter/ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst
7. selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)
8. selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)
9. selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
10. nie erwerbstätig
11. unbekannt/unklar

1.11 Wenn Sie gemeinsam mit Anderen einen Haushalt bilden: Wie lautet der letzte (oder zuletzt ausgeübte) Beruf desjenigen in Ihrem Haushalt, der das meiste Geld verdient?

entweder

1. Ich lebe allein im Haushalt oder ich bin selbst derjenige, der am meisten verdient.

oder: Der/die Meistverdienende ist

2. un-/angelernter Arbeiter Facharbeiter,
3. nicht selbst. Handwerker
4. einfacher Angestellter/Beamter
5. mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst
6. höher qualifizierter Angestellter, Beamter im gehobenen Dienst
7. hochqualifizierter/ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst selbst. Handwerker,
8. Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb),
9. selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlerer Betrieb)
10. selbst. Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
11. nie erwerbstätig
12. unbekannt/unklar

1.12 Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

1. berufstätig, Vollzeit
2. berufstätig, Teilzeit
3. berufstätig, gelegentlich mithelfender
4. Familienangehöriger, nicht berufstätig
5. Hausfrau/-mann, nicht berufstätig
6. Ausbildung
7. Wehr-/Zivildienst/freiwilliges soziales Jahr
8. beschützt beschäftigt
9. arbeitslos gemeldet
10. Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
    - 11 - auf Dauer
    - 12 - auf Zeit
13. Frührente/Altersrente/Pension
14. Witwen/Witwer-Rente
15. anderweitig ohne berufliche Beschäftigung
16. unbekannt/unklar

1.13 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?

000 = keine Arbeitsunfähigkeit
999 = unbekannt

☐☐☐ Wochen

1.14 Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

1. nein
2. Rentenantrag
3. Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren
4. Zeitrente

Vielen Dank!

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

ACP - PsyBaDo

Patientenangaben - Therapiebeginn

Pat. - ErgoDoku B1

-3-

Allgemeine Veränderungsdokumentation Psychotherapie

t t m m j j j j
Datum

Vorname _____ Name _____

N V t t m m j j j j
P.-Chiffre

Wie stark leiden Sie unter ...

1	*ihrem körperlichen Befinden (körperliche Symptomatik) ?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Körperliche Befindensstörungen**
2	*ihrem psychischen Befinden (psychische Symptomatik)?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Psychische Befindensstörungen**
3	*ihrem Selbstwerterleben, der Selbstannahme?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Fehlendes Selbstwerterleben/ fehlende Selbstwertannahme**
4	*ihren sozialen Problemen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Soziale Probleme**
5	*ihren Beziehungen zu bedeutsamen Personen im privaten Bereich?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im privaten Bereich**
6	*ihren Einstellungen oder auch Beziehungen zu bedeutsamen Personen im beruflichen Bereich?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich**
7	*ihrer Verhaltenseinstellung hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung, Eigenaktivität (z.B. Kontaktfähigkeit, soziale Kompetenz, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen)?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Fehlende eigenständige Handlungskompetenz Fehlende psychosoziale Fähigkeiten**
8	*ihrem Konfliktverständnis/ Psychogeneseverständnis (Veränderungsbereitschaft im Zusammenhang mit geplanten Folgemaßnahmen und vorgestellten sozialen Veränderungsschritten)?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Mangelndes Krankheitsverständis**
9	*der Einstellung gegenüber ihrer Zukunft (bezüglich grundsätzlich realisierbaren Zukunftsentwürfen und aktiver Kontrollerwartung)?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Fehlende Zukunftsorientierung**
10	*ihrem allgemeinen psychischen Wohlbefinden?*	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 gar nicht / sehr wenig / wenig / ein wenig / stark / sehr stark	**Fehlendes psychisches Wohlbefinden**

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 117: Patienten-Psy-BaDo (Seite 3/4)

ACP - PsyBaDo | Pat. - ErgeDoka B1 | -4-

Patientenangaben - Therapiebeginn

11 **Medikation bei Behandlungsbeginn**

Nehmen Sie momentan (bei Behandlungsbeginn) täglich oder gelegentlich Medikamente ein

ja | nein

Wenn ja, welche? (Bitte nennen Sie auch alle naturheilkundlichen Medikamente)

	Medikament (Handelsname)	täglich	gelegentlich	seit wann: Wochen	Monate	Jahre
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						
(7)						
(8)						

Wenn Sie Schmerzmittel, Beruhigungsmittel oder Schlafmittel zu Beginn Ihrer psychotherapeutischen Behandlung einnehmen, sind diese Ihrem Eindruck nach im wesentlichen derzeit für Sie:

unverzichtbar 2 | wichtig 1 | schädlich 0

12 **Motivationsart/ Änderungssensitivität**

	Motivationsart?	
Wie sind Sie hierher zum NIVT gekommen? Sind sie selbst darauf gekommen, eine Therapie zu machen, oder wurden hat Sie von jemanden geschickt?	1 fremd	2 eigen
	änderungssensitiv?	
Geht es Ihnen lediglich um die Beseitigung ihres Problems oder möchten Sie sich generell verändern?	1 nein	2 ja
	VT Psy.Th.?	
Was glauben Sie, ist Verhaltenstherapie eine Psychotherapie oder irgendein anderes Verfahren?	1 nein	2 ja
	Vorwissen?	
Wissen Sie bereits etwas über Psychotherapie?	1 nein	2 ja

Index B1

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Kraczka / Dipl.-Psych. Peter Fischer

ACP - PsyBaDo | Pat. - ErgeDoka A | -5-

Patientenangaben - Therapie-Beginn und nach 20. Std.

Qualitative Erfolgsmessung
Therapieziele - Psychotherapie

Vorname: _____ Name: _____

Datum der Therapiezielformulierung t t m m j j j j | Datum der Therapiezieleinschätzung* t t m m j j j j

Ihre Therapieziele für diese Behandlung

Wir bitten Sie, nach Möglichkeit bis zu 5 Ihnen wichtige Ziele für *diese* psychotherapeutische Behandlung zu nennen. Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein und voraussichtlich auch für Sie in der vor Ihnen liegenden Psychotherapie erreichbar sein. Die Therapieziele können alle Problembereiche/ Symptome und Schwierigkeiten umfassen. Bitte erläutern Sie zusätzlich mit Beispielen, woran Sie nach der 20. Therapiestunde bzw. zu Behandlungsende feststellen könnten, daß Sie das jeweilige Therapieziel erreicht haben.
Nach der 20. Therapiestunde bzw. am Ende der Behandlung werden wir Ihnen diesen Bogen erneut vorlegen mit der Frage, in welchem Ausmaß diese Therapieziele tatsächlich erreicht werden konnten.

1. **Therapieziel (Hauptziel)** _____

Woran werden Sie das Erreichen des Therapieziels feststellen? (1 - 3 Beispiele)

(1) _____
(2) _____
(3) _____

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

4 Mehr erreicht als das Therapieziel
3 Therapieziel erreicht
2 Therapieziel teilweise erreicht
1 Therapieziel nicht erreicht
0 Therapieziel entfällt

* Grau unterlegte Felder bitte erst am Ende der 20. Therapiestunde ausfüllen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Kraczka / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 118: Patienten-Psy-BaDo (Seite 5/6)

ACP - PsyBaDo

Patientenangaben - Therapie-Beginn und nach 20. Std.

Pat. - ErgoDoku.A

-6-

2. Therapieziel (Nebenziel) _____

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

- (4) Mehr erreicht als das Therapieziel
- (3) Therapieziel erreicht
- (2) Therapieziel teilweise erreicht
- (1) Therapieziel nicht erreicht
- (0) Therapieziel entfällt

3. Therapieziel (Nebenziel) _____

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

- (4) Mehr erreicht als das Therapieziel
- (3) Therapieziel erreicht
- (2) Therapieziel teilweise erreicht
- (1) Therapieziel nicht erreicht
- (0) Therapieziel entfällt

• Grau unterlegte Felder bitte erst am Ende der 20. Therapiestunde ausfüllen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Kracke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

ACP - PsyBaDo

Patientenangaben - Therapie-Beginn und nach 20 Std./Behandlungsende

Pat. - ErgoDoku.A

-7-

4. Therapieziel (Nebenziel) _____

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

- (4) Mehr erreicht als das Therapieziel
- (3) Therapieziel erreicht
- (2) Therapieziel teilweise erreicht
- (1) Therapieziel nicht erreicht
- (0) Therapieziel entfällt

5. Therapieziel (Nebenziel) _____

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

- (4) Mehr erreicht als das Therapieziel
- (3) Therapieziel erreicht
- (2) Therapieziel teilweise erreicht
- (1) Therapieziel nicht erreicht
- (0) Therapieziel entfällt

• Grau unterlegte Felder bitte erst am Ende der 20. Therapiestunde ausfüllen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Kracke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 119: Patienten-Psy-BaDo (Seite 6/7)

ACP - PsyBaDo — Biometrische Daten — Pat. - ErgoDoKu A — -8b-

Biosign-Messdaten

	HF M	HF SD	VK	RMSSD	RSA	KA	Befind.	Diff_HF	%↓	MPWL	MRB	HRV	Zeit
Prä-vor													
Prä-nach													
Post-vor													
Post-nach													
	[bpm]	[bpm]		[ms]			[%]	[%]	[bpm]	[%]	[ms]		[hh:mm] [min]

Fan-Messdaten

	RR_M	RR_SD	VK	RMSSD	RSA_Q	RSA_max	RSA_min	RSA_Diff	pNN50	MCR	Diff_HF
Prä-vor											
Prä-nach											
Post-vor											
Post-nach											
	[bpm]	[bpm]		[ms]		[ms]	[ms]	[ms]	[%]		[bpm]

Fan-Messdaten - EKG

	PQ_Zeit				QRS_Zeit				QT_Zeit				QTc_Zeit				RR_Abstand					
	Mean	Max	Min	Mean	Max	Min	Mean	Max	Min	Mean	Max	Min	Mean	Max	Min	Mean	Max	Min	Diff_RR	Diff_RR
Prä-vor																				
Prä-nach																				
Post-vor																				
Post-nach																				
	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[ms]	[bpm]

Test vollständig? 2 ja 1 teilweise 0 nein

Alter

BIA - Analyse PWE

	Datum	Zeit	Größe	Gew.	Körperfett	Magermasse	BCM	BCM	ECM	ECM	ECM	H20	ECM/ BCM	BDI
Prä														
Post														
		[hh:mm]	[cm]	[kg]	[kg]	[%]	[kg]	[kg]	[%]	[kg]	[%]	[%]		

BIA - Analyse Omron

	Datum	Zeit	Größe	Gew.	Körperfett	Magermasse	BCM	BCM	ECM	ECM	ECM	H20	ECM/ BCM	BDI
Prä														
Post														
		[hh:mm]	[cm]	[kg]	[kg]	[%]	[kg]	[%]	[kg]	[%]	[kg]	[%]		

Einordnung in BIA-Klassen

	Datum	Zeit	PWE233-KF	PWE233-BCM	PWE233-H2O	Kalorien	Nutri I	Nutri II	Wert
Prä									
Post									

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Kröckke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

ACP - PsyBaDo — Patientenangaben - 20. Therapiestunde bzw. Behandlungsende — Pat. - ErgoDoKu B2 — -9-

Allgemeine Veränderungsdokumentation Psychotherapie

Vorname _____ Name _____ N V t t m m j j j j P.-Chiffre

Datum t t m m j j j j

Wie stark leiden Sie unter ...

1	*ihrem körperlichen Befinden (körperliche Symptomatik)?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Körperliche Befindensstörungen
2	*ihrem psychischen Befinden (psychische Symptomatik)?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Psychische Befindensstörungen
3	*ihrem Selbstwerterleben, der Selbstannahme?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Fehlendes Selbstwerterleben/ fehlende Selbstwertannahme
4	*ihren sozialen Problemen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Soziale Probleme
5	*ihren Beziehungen zu bedeutsamen Personen im privaten Bereich?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im privaten Bereich
6	*ihren Einstellungen oder auch Beziehungen zu bedeutsamen Personen im beruflichen Bereich?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich
7	*ihrer Verhaltenseinstellung hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung, Eigenaktivität (z.B. Kontaktfähigkeit, soziale Kompetenz, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen)?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Fehlende eigenständige Handlungskompetenz Fehlende psychosoziale Fähigkeiten
8	*ihrem Konfliktverständnis/ Psychogenesevverständnis (Veränderungsbereitschaft im Zusammenhang mit geplanten Folgemaßnahmen und vorgestellten sozialen Veränderungsschritten)?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Mangelndes Krankheitsverständis
9	*der Einstellung gegenüber ihrer Zukunft (bezüglich grundsätzlich realisierbaren Zukunftsentwürfen und aktiver Kontrollerwartung)?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Fehlende Zukunftsorientierung
10	*ihrem allgemeinen psychischen Wohlbefinden?*	0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark
							Fehlendes psychisches Wohlbefinden

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Kröckke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 120: Patienten-Psy-BaDo (Seite 8/9)

10.22.2 Therapeuten-Psy-BaDo (verkleinert abgedruckt)

Nordeutsches Institut für Verhaltenstherapie e.V. Bremen

NIVT

Staatlich anerkannte Ausbildungstätte

Institutsambulanz Bremen

Institutsleiterin: Dipl.-Psych. Prof. Dr. phil. Monika Wagner-Haase
Ambulanzleiter: Dr. med. Werner Traub

Psychologische Basisdokumentation
Therapeut/n

Patientenchiffre

t t m m j j j j t t m m j j j j
Therapiebeginn **Therapieende**

(N = Erster Buchstabe Nachnahme; V = Erster Buchstabe Vorname; tt = Tag, mm = Monat, jjjj = Jahr; SS = Stunde : mm = Minute)

ACP - PsyBaDo

Patientenangaben - 20. Therapiestunde bzw. Behandlungsende *Pat. - ErgeDoKu B2*

-10-

11 **Medikation – 20. Therapiestunde bzw. Behandlungsende**

Nehmen Sie jetzt am Ende der 20. Therapiestunde noch täglich oder gelegentlich Medikamente ein?

ja nein

***Wenn ja**, welche? (Bitte nennen Sie auch alle naturheilkundlichen Medikamente)*

	Medikament (Handelsname)	täglich	gelegentlich	seit wann Wochen	Monate	Jahre
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						
(6)						
(7)						
(8)						

Wenn Sie Schmerzmittel, Beruhigungsmittel oder Schlafmittel zu Beginn Ihrer psychotherapeutischen Behandlung einnehmen, sind diese Ihrem Eindruck nach im wesentlichen derzeit für Sie:

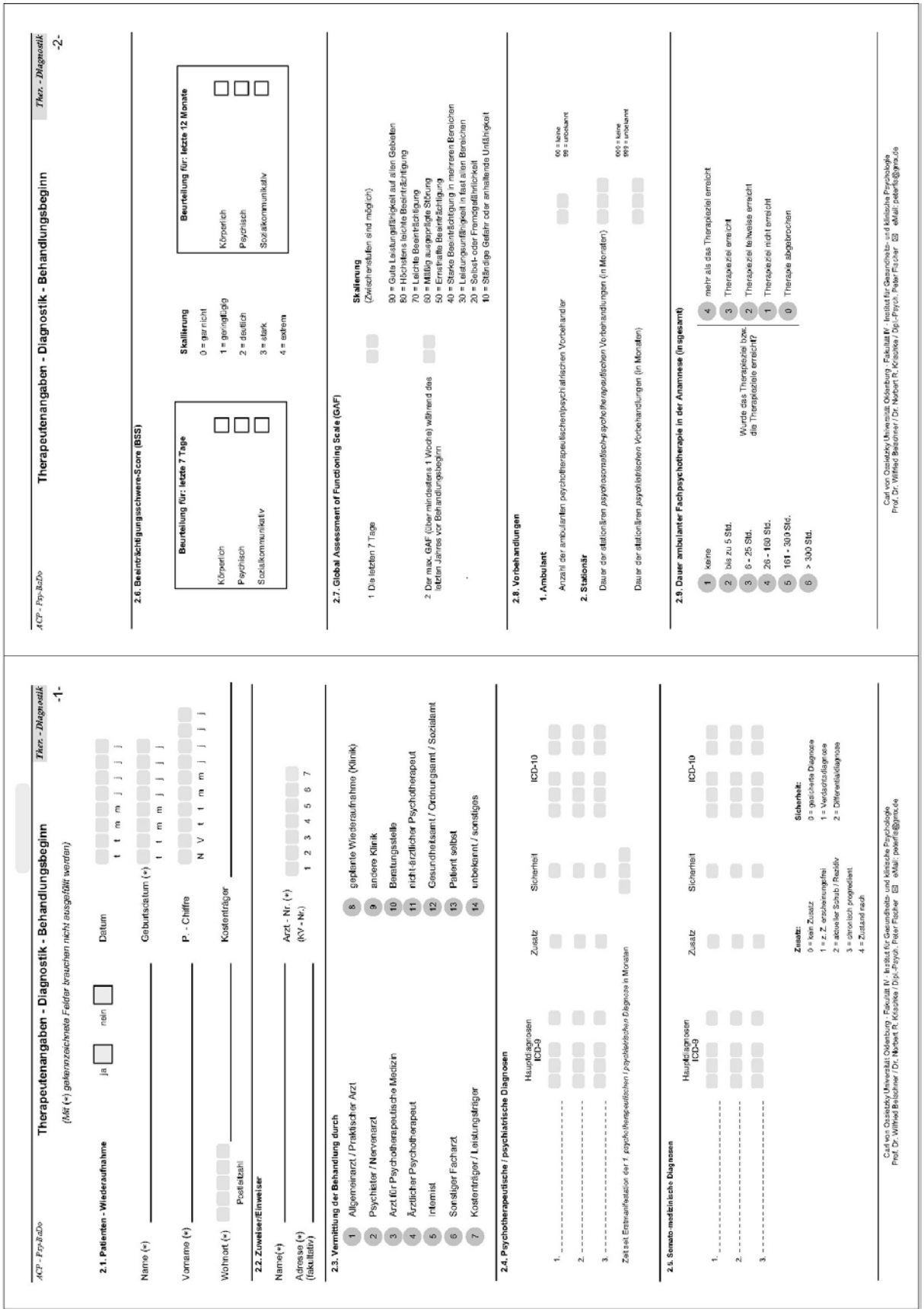
unverzichtbar 2
wichtig 1
schädlich 0

Vielen Dank!

PIS Post Veränderung

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Balschmer / Dr. Norbert R. Kitschke / Dipl.-Psych. Peter Fischer

Abb. 121: Patienten-Psy-BaDo (Seite 10/11)



ACP - Psy-BaDo

Therapeutenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn

Ther. - Diagnostik

-1-

(Mit (*) gekennzeichnete Felder brauchen nicht ausgefüllt werden)

2.1. Patienten - Wiederaufnahme ja ☐ nein ☐

Name (*) _____

Vorname (*) _____

Wohnort (*) _____ Postleitzahl

Datum t t m m j j j j

Geburtsdatum (*) t t m m j j j j

P. - Chiffre N V t t m m j j j j

Kostenträger _____

2.2. Zuweiser/Einweiser

Name(*) _____

Adresse (*) (fakultativ) _____

Arzt - Nr. (*) (KV - Nr.) 1 2 3 4 5 6 7

2.3. Vermittlung der Behandlung durch

1. Allgemeinarzt / Praktischer Arzt
2. Psychiater / Nervenarzt
3. Arzt für Psychotherapeutische Medizin
4. Ärztlicher Psychotherapeut
5. Internist
6. Sonstiger Facharzt
7. Kostenträger / Leistungsträger
8. geplante Wiederaufnahme (Klinik)
9. andere Klinik
10. Beratungsstelle
11. nicht-ärztlicher Psychotherapeut
12. Gesundheitsamt / Ordnungsamt / Sozialamt
13. Patient selbst
14. unbekannt / sonstiges

2.4. Psychotherapeutische / psychiatrische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-9	Zusatz	Sicherheit	ICD-10
1.				
2.				
3.				

Zeit seit Erstmanifestation der 1. psychotherapeutischen / psychiatrischen Diagnose in Monaten

2.5. Somato-medizinische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-9	Zusatz	Sicherheit	ICD-10
1.				
2.				
3.				

Zusatz:
0 = kein Zusatz
1 = z. Z. erscheinungsfrei
2 = aktueller Schub / Rezidiv
3 = chronisch progredient
4 = Zustand nach

Sicherheit:
0 = gesicherte Diagnose
1 = Verdachtsdiagnose
2 = Differentialdiagnose

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

ACP - Psy-BaDo

Therapeutenangaben - Diagnostik - Behandlungsbeginn

Ther. - Diagnostik

-2-

2.6. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beurteilung für: letzte 7 Tage	
Körperlich	☐
Psychisch	☐
Sozialkommunikativ	☐

Skalierung
0 = gar nicht
1 = geringfügig
2 = deutlich
3 = stark
4 = extrem

Beurteilung für: letzte 12 Monate	
Körperlich	☐
Psychisch	☐
Sozialkommunikativ	☐

2.7. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

1 Die letzten 7 Tage ☐

2 Der max. GAF (über mindestens 1 Woche) während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn ☐

Skalierung
(Zwischenstufen sind möglich)
90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
70 = Leichte Beeinträchtigung
60 = Mäßig ausgeprägte Störung
50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

2.8. Vorbehandlungen

1. Ambulant

Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Vorbehandler ☐ 00 = keine 99 = unbekannt

2. Stationär

Dauer der stationären *psychosomatisch-psychotherapeutischen* Vorbehandlungen (in Monaten) ☐ 000 = keine 999 = unbekannt

Dauer der stationären *psychiatrischen* Vorbehandlungen (in Monaten) ☐

2.9. Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese (insgesamt)

1. keine
2. bis zu 5 Std.
3. 6 - 25 Std.
4. 26 - 160 Std.
5. 161 - 300 Std.
6. > 300 Std.

Wurde das Therapieziel bzw. die Therapieziele erreicht?

4. mehr als das Therapieziel erreicht
3. Therapieziel erreicht
2. Therapieziel teilweise erreicht
1. Therapieziel nicht erreicht
0. Therapie abgebrochen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

Abb. 122: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 1/2)

ACP - Psy-BaDo | Therapeutenangaben - Therapiebeginn | Ther. - ErgoDoKu B1 | -3-

Allgemeine Veränderungsdokumentation Psychotherapie

P.-Chiffre. (•) ☐☐☐☐☐☐☐☐ Datum (•) ☐☐☐☐☐☐☐☐ V N t t m m j j j j t t m m j j j j

(Mit (•) gekennzeichnete Felder brauchen nicht oder, falls bereits vorher schon einmal ausgefüllt, nur einmal ausgefüllt werden)

Wie stark leidet der Patient/ die Patientin unter ...

		0	1	2	3	4	5
1	*seinem/ ihrem körperlichen Befinden (körperliche Symptomatik)?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Körperliche Befindensstörungen					
2	*seinem/ ihrem psychischen Befinden (psychische Symptomatik)?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Psychische Befindensstörungen					
3	*seinem/ ihrem Selbsterleben, der Selbstannahme?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Fehlendes Selbstwerterleben/ fehlende Selbstwertannahme					
4	*seinem/ ihren sozialen Problemen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Soziale Probleme					
5	*seinem/ ihren Beziehungen zu bedeutsamen Personen im privaten Bereich?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im privaten Bereich					
6	*seinen Einstellungen oder auch Beziehungen zu bedeutsamen Personen im beruflichen Bereich?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich					
7	*seiner/ ihrer Verhaltensinstellung hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung, Eigenaktivität (z.B. Kontaktfähigkeit, soziale Kompetenz, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen)?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Fehlende eigenständige Handlungskompetenz Fehlende psychosoziale Fähigkeiten					
8	*seinem/ ihrem Konfliktverständnis/ Psychogeneseverständnis (Veränderungsbereitschaft im Zusammenhang mit geplanten Folgemaßnahmen und vorgestellten sozialen Veränderungsschritten)?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Mangelndes Krankheitsverständis					
9	*der Einstellung gegenüber seiner/ ihrer Zukunft (bezüglich grundsätzlich realisierbaren Zukunftsentwürfen und aktiver Kontrollerwartung)?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Fehlende Zukunftsorientierung					
10	*seinem/ ihrem allgemeinen psychischen Wohlbefinden?*	gar nicht	sehr wenig	wenig	ein wenig	stark	sehr stark
		Fehlendes psychisches Wohlbefinden					

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krisalka / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

ACP - Psy-BaDo | Therapeutenangaben - Therapiebeginn | Ther. - ErgoDoKu B1 | -4-

11 Medikation bei Therapiebeginn

Punkt 11 entfällt, da keine Medikamenteneinnahme ☐

Die Medikation wird mit Hilfe einer vierstelligen Codierung beschrieben: Die ersten zwei Ziffern beschreiben das Medikament, die dritte Ziffer beschreibt die Einnahmedauer und die vierte die Hauptzielsetzung der Medikationsplanung.

Beispiel: Die hormonelle Kontrazeption besteht seit Jahren und wird beibehalten (= *0431*), die ursprüngliche Laxantienmedikation besteht seit Kindern und wird während der Aufenthaltes vollständig abgesetzt (= *1424*), die bisher injizierte Neuroleptika-Medikation besteht seit Wochen und wird auf orale Gabe umgestellt (= *2312*).

Medikament (Ziffer 1+2)

01 = Kardiaka, Antiarrhythmika
02 = Antihypertensiva
03 = Estrogene
04 = Hormone (außer Insulin)
05 = Antidiabetika (oral)
06 = Insulin
07 = Bronchospasmolytika und andere
08 = Antibiotika, Chemotherapeutika
09 = Salazosulfapyridine
10 = Antikoagulanten, Aggregationshemmer
11 = Magen-Darmpräparate (ohne Enzyme)
12 = Verdauungsenzyme
13 = Lipidsenker
14 = Laxantien
15 = Diuretika
16 = Gichtmittel
17 = Antiallergika
18 = Zytostatika u.a. Immunsuppressiva/Antirheumatika
19 = Externa (dermat. Medikamente usw.)
20 = andere aus 01 bis 19
21 = Antidepressiva
22 = Lithium bzw. Carbamazepin (Rezidivprophylaxe bei affektiver Störungen)
23 = Neuroleptika (nur antipsychotische Zielsetzung)
24 = Tranquilizer
25 = Neuroleptika mit Tranquilizer-Zielsetzung
26 = Hypnotika
27 = Antikonvulsiva
28 = Hirnstoffwechselaktive Medikamente
29 = Parkinsonmittel u.a. Hyperkinetika
30 = Analgetika
31 = nichtsteroidale Antiphlogetika und Spasmolytika
32 = andere aus 21 bis 31
33 = Homöopathie, Physiotherapeutika

Einnahmedauer (Ziffer 3)

1 = Wochen
2 = Monate
3 = Jahre

Zielsetzung (Ziffer 4)

1 = Akutbehandlung
2 = Einstellung oder Anpassung
3 = Reduktion
4 = Absetzen

Die folgenden Medikamente wurden bei Therapiebeginn (noch) eingenommen unter den angegebenen Zielsetzungen

	Medikament (Handelsname)	Medikament (Ziffer 1+2)	Dauer (Ziffer 3)	Zielsetzung (Ziffer 4)	Nach der Therapie einschätzen: Ziel erreicht?
(1)					ja — nein
(2)					ja — nein
(3)					ja — nein
(4)					ja — nein
(5)					ja — nein
(6)					ja — nein
(7)					ja — nein
(8)					ja — nein

Vielen Dank!

Index B1 ☐

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krisalka / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

Abb. 123: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 3/4)

ACP - Psy-BaDo **Therapeutenangaben - Therapie-Beginn und 20. Std. bzw. Behandlungsende** Ther. - ErgoDoku A

-5-

Qualitative Erfolgsmessung
Therapieziele - Psychotherapie

P.-Chiffre (*) V N t t m m j j j j

Datum der Therapiezielformulierung t t m m j j j j

Datum der Therapiezieleinschätzung t t m m j j j j

Motivation des Patienten bei Therapiebeginn

0 nicht motiviert — 1 kaum motiviert — 2 etwas motiviert — 3 motiviert — 4 sehr motiviert

Ihre Therapieziele für diese Behandlung

Welche Ziele sollte der Patient mit Hilfe dieser Psychotherapie erreichen?
Nennen Sie bitte bis zu 5 therapierelevante Ziele, die den Behandlungsauftrag Ihres Patienten und Ihre therapeutischen Möglichkeiten für diese Behandlung reflektieren. Die verschiedenen Therapieziele sollten möglichst differente Bereiche (wie z. B. körperliche, psychische, psychosoziale Probleme, Beziehungsprobleme im privaten und beruflichen Bereich) erfassen und möglichst konkret formuliert sein. Bitte erläutern Sie jeweils durch 1 - 3 Kriterien, woran Sie am Behandlungsende feststellen können, in welchem Ausmaß das jeweilige Ziel erreicht wurde. Die Therapieziele sollten spätestens innerhalb einer Woche nach Behandlungsbeginn formuliert sein. Die Einschätzung über das Erreichen des Therapiezieles treffen Sie bitte nach der 20. Therapiestunde (oder dem Abschlußgespräch am Ende der Behandlung).

1. Therapieziel (Hauptziel)

Ziffer (falls möglich - siehe Kategoriensystem) (*)

Kriterien **Bitte formulieren Sie 1 bis 3 Kriterien, an denen Sie die Zielerreichung überprüfen möchten**

(1)

(2)

(3)

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

4 Mehr erreicht als das Therapieziel
3 Therapieziel erreicht
2 Therapieziel teilweise erreicht
1 Therapieziel nicht erreicht
0 Therapieziel entfällt

• Grau unterlegte Felder bitte erst am Ende der 20. Therapiestunde ausfüllen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg · Fakultät IV · Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

ACP - Psy-BaDo **Therapeutenangaben - Therapie-Beginn und 20. Std. bzw. Behandlungsende** Ther. - ErgoDoku A

-6-

2. Therapieziel

Ziffer (falls möglich - siehe Kategoriensystem) (*)

Kriterien **Bitte formulieren Sie 1 bis 3 Kriterien, an denen Sie die Zielerreichung überprüfen möchten**

(1)

(2)

(3)

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

4 Mehr erreicht als das Therapieziel
3 Therapieziel erreicht
2 Therapieziel teilweise erreicht
1 Therapieziel nicht erreicht
0 Therapieziel entfällt

3. Therapieziel

Ziffer (falls möglich - siehe Kategoriensystem) (*)

Kriterien **Bitte formulieren Sie 1 bis 3 Kriterien, an denen Sie die Zielerreichung überprüfen möchten**

(1)

(2)

(3)

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

4 Mehr erreicht als das Therapieziel
3 Therapieziel erreicht
2 Therapieziel teilweise erreicht
1 Therapieziel nicht erreicht
0 Therapieziel entfällt

• Grau unterlegte Felder bitte erst am Ende der 20. Therapiestunde ausfüllen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg · Fakultät IV · Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

Abb. 124: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 5/6)

ACP - Psy-BaDo

Therapeutenangaben - Therapie-Beginn und 20. Std. bzw. Behandlungsende

Ther. - ErgoDoku A

-7-

4. Therapieziel

Ziffer (falls möglich - siehe Kategoriensystem) (*)

Kriterien

Bitte formulieren Sie 1 bis 3 Kriterien, an denen Sie die Zielerreichung überprüfen möchten

(1)

(2)

(3)

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

5. Therapieziel

Ziffer (falls möglich - siehe Kategoriensystem) (*)

Kriterien

Bitte formulieren Sie 1 bis 3 Kriterien, an denen Sie die Zielerreichung überprüfen möchten

(1)

(2)

(3)

Bitte am Ende der 20. Therapiestunde bzw. nach der letzten Therapiestunde einschätzen

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

• Grau unterlegte Felder bitte erst am Ende der 20. Therapiestunde ausfüllen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg · Fakultät IV · Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

ACP - Psy-BaDo

Auswertung der Zielerreichungsskala

Ther. - ErgoDoku A

-8-

Anzahl	Hauptziel	Ziel 2	Ziel 3	Ziel 4	Ziel 5	Nebenziele	Ziele Gesamt

Ziele Gesamt

- 4 Mehr erreicht als das Therapieziel
- 3 Therapieziel erreicht
- 2 Therapieziel teilweise erreicht
- 1 Therapieziel nicht erreicht
- 0 Therapieziel entfällt

Leidensdruck

Bereich	Beginn	Wie stark leidet der Pat.	Ende	Wie stark leidet der Pat.
Körperliche Befindensstörung				
Psychische Befindensstörung				
Selbstwerterleben/Selbstwertannahme				
Soziale Probleme				
Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im priv. Bereich				
Veränderungen im Verhältnis zu wichtigen Personen im Berufsbereich				
Eigenständige Handlungskompetenz / Psychosoziale Fähigkeiten				
Krankheitsverständnis				
Zukunfsorientierung				
Psychisches Wohlbefinden				
Durchschnittlicher Wert				

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg · Fakultät IV · Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

Abb. 125: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 7/8)

Protokollvariablen der Therapie-Sitzungen

Ther. - ErgoDoku A

	Hausaufgabe	Suizidal	Probleme	Therapiebeziehung	Teilzielerreichung
P 01					
P 02					
P 03					
P 04					
P 05					
V 01					
T 01					
T 02					
T 03					
T 04					
T 05					
T 06					
T 07					
T 08					
T 09					
T 10					
T 11					
T 12					
T 13					
T 14					
T 15					
T 16					
T 17					
T 18					
T 19					
T 20					
T 21					
T 22					
T 23					
T 24					

ACP - Psy-BaDo

Therapeutenangaben - 20. Therapiestunde oder Behandlungsende

Ther. - ErgoDoku B2

-9-

Allgemeine Veränderungsdokumentation Psychotherapie

Patientenkennziffer (*) V N t t m m j j j j **Datum** t t m m j j j j

(Mit (*) gekennzeichnete Felder brauchen nicht oder, falls bereits vorher schon einmal ausgefüllt, nur einmal ausgefüllt werden)

Wie stark leidet der Patient/ die Patientin unter ...

		0 gar nicht	1 sehr wenig	2 wenig	3 ein wenig	4 stark	5 sehr stark	
1	*seinem/ ihrem körperlichen Befinden (körperliche Symptomatik) ?*							**Körperliche Befindensstörungen**
2	*seinem/ ihrem psychischen Befinden (psychische Symptomatik)?*							**Psychische Befindensstörungen**
3	*seinem/ ihrem Selbstwerterleben, der Selbstannahme?*							**Fehlendes Selbstwerterleben/ fehlende Selbstwertannahme**
4	*seinen/ ihren sozialen Problemen (z.B. Arbeitsplatzprobleme, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme)?*							**Soziale Probleme**
5	*seinen/ ihren Beziehungen zu bedeutsamen Personen im privaten Bereich?*							**Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im privaten Bereich**
6	*seinen Einstellungen oder auch Beziehungen zu bedeutsamen Personen im beruflichen Bereich?*							**Problematische Veränderungen zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich**
7	*seiner/ ihrer Verhaltenseinstellung hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung, Eigenaktivität (z.B. Kontaktfähigkeit, soziale Kompetenz, Durchsetzungs- und Abgrenzungsvermögen)?*							**Fehlende eigenständige Handlungskompetenz Fehlende psychosoziale Fähigkeiten**
8	*seinem/ ihrem Konfliktverständnis/ Psychogeneseverständnis (Veränderungsbereitschaft im Zusammenhang mit geplanten Folgemaßnahmen und vorgestellten sozialen Veränderungsschritten)?*							**Mangelndes Krankheitsverständis**
9	*der Einstellung gegenüber seiner/ ihrer Zukunft (bezüglich grundsätzlich realisierbaren Zukunftsentwürfen und aktiver Kontrollerwartung) ?*							**Fehlende Zukunftsorientierung**
10	*seinem/ ihrem allgemeinen psychischen Wohlbefinden?*							**Fehlendes psychisches Wohlbefinden**

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg · Fakultät IV · Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

Abb. 126: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 8a/9)

ACP - Psy-BaDo **Therapeutenangaben - 20. Therapiestunde oder Behandlungsende** *Ther. - ErgoDoku B2*

-10-

11 Medikation – 20. Therapiestunde oder Behandlungsende

Punkt 11 entfällt, da keine Medikamenteneinnahme ☐

Die Medikation wird mit Hilfe einer vierstelligen Codierung beschrieben: Die ersten zwei Ziffern beschreiben das Medikament, die dritte Ziffer beschreibt die Einnahmedauer und die vierte die Hauptzielsetzung der Medikationsplanung.

Beispiel: Die hormonelle Kontrazeption besteht seit Jahren und wird beibehalten *(= 0431)*, die ursprüngliche Laxantienmedikation besteht seit Monaten und wird während des Aufenthaltes vollständig abgesetzt *(=1424)*, die bisher injizierte Neuroleptika-Medikation besteht seit Wochen und wird auf orale Gabe umgestellt *(=2312)*.

Medikament (Ziffer 1+2)

01 = Kardiaka, Antiarrhythmika
02 = Antihypertensiva
03 = Elektrolyte
04 = Hormone (außer Insulin)
05 = Antidiabetika (oral)
06 = Insulin
07 = Bronchospasmolytika und andere
08 = Antibiotika, Chemotherapeutika
09 = Salazosulfapyridine
10 = Antikoagulantien, Aggregationshemmer
11 = Magen-/Darmpräparate (ohne Enzyme)
12 = Verdauungsenzyme
13 = Lipidsenker
14 = Laxantien
15 = Diuretika
16 = Gichtmittel
17 = Antiallergika
18 = Zytostatika u.a. ImmunsuppressivaAntihypertensiva
19 = Externa (dermat. Medikamente usw.)
20 = andere aus 01 bis 19
21 = Antidepressiva
22 = Lithium bzw. Carbamazepin (Rezidivprophylaxe bei affektiven Störungen)
23 = Neuroleptika (nur antipsychotische Zielsetzung)
24 = Tranquilizer
25 = Neuroleptika mit Tranquilizer-Zielsetzung
26 = Hypnotika
27 = Antikonvulsiva
28 = Hirnstoffwechselaktive Medikamente
29 = Parkinsonmittel u.a. Hyperkinetika
30 = Analgetika
31 = nicht-steroidale Antiphlogiika und Spasmolytika
32 = andere aus 21 bis 31
33 = Homöopathie, Phytotherapeutika

Einnahmedauer (Ziffer 3)

1 = Wochen
2 = Monate
3 = Jahre

Zielsetzung (Ziffer 4)

1 = Aufrechterhaltung
2 = Einstellung oder Umstellung
3 = Reduktion
4 = Absetzen

Die folgenden Medikamente wurden am Ende der 20. Therapiestunde bzw. am Behandlungsende (noch) unter den angegebenen Zielsetzungen eingenommen.

	Medikament (Handelsname)	Medikament (Ziffer 1+2)	Dauer (Ziffer 3)	Zielsetzung (Ziffer 4)	Nach der Therapie einschätzen: Ziel erreicht?
(1)					ja – nein
(2)					ja – nein
(3)					ja – nein
(4)					ja – nein
(5)					ja – nein
(6)					ja – nein
(7)					ja – nein
(8)					ja – nein

Prä ☐ Post ☐ Veränderung ☐

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

ACP - Psy-BaDo **Therapeutenangaben - 20. Therapiestunde oder Behandlungsende** *Ther. - Behandlungsende*

-11-

5. Name (*) _____ Datum ☐☐☐☐☐☐☐☐ (t t m m j j j j)

Vorname (*) _____ P. - Chiffre (*) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (V N I t m m j j j j)

Wohnort (*) ☐☐☐☐☐ _____ Aufnahmenr. (*) ☐☐☐☐☐☐☐☐ (1 2 3 4 5 6 5 6)

Postleitzahl (*)

5.1. Diagnosen – 20. Therapiestunde oder Behandlungsende

	Hauptdiagnosen ICD-9	Zusatz	Sicherheit	Behandlungsergebnis (CGI, Teil 2)	Hauptdiagnosen ICD-10
1.					
2.					
3.					

5.2. Somato-medizinische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-9	Zusatz	Sicherheit	Behandlungsergebnis (CGI, Teil 2)	Hauptdiagnosen ICD-10
1.					
2.					
3.					

Zusatz:
0 = kein Zusatz
1 = z. Z. erscheinungsfrei
2 = akutelier Schub / Rezidiv
3 = chronisch progredient
4 = Zustand nach

Sicherheit:
0 = gesicherte Diagnose
1 = Verdachtsdiagnose
2 = Differentialdiagnose

Clinical Global Impression (CGI), Teil 2, Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit Behandlungsbeginn:
1 = nicht beurteilbar
2 = sehr viel besser
3 = viel besser
4 = nur wenig besser
5 = unverändertbar
6 = etwas schlechter
7 = viel schlechter
8 = sehr viel schlechter

5.3. Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beurteilung für: letzte 7 Tage

Körperlich ☐
Psychisch ☐
Sozialkommunikativ ☐

Skallierung
0 = gar nicht
1 = geringfügig
2 = deutlich
3 = stark
4 = extrem

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krischke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: peterfis@gmx.de

Abb. 127: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 10/11)

ACP - Psy-BaDo **Therapeutenangaben – 20. Therapiestunde oder Behandlungsende** Therp. - Behandlungsende -12-

5.4. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich)

Die letzten 7 Tage

- 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
- 70 = Leichte Beeinträchtigung
- 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
- 50 = Erhebliche Beeinträchtigung
- 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
- 10 = Ständige Gefahr oder erhaltende Unfähigkeit

5.5. Art der Beendigung

1. regulär
2. vorzeitig durch Patienten
3. vorzeitig durch Therapeuten / Klinik
4. vorzeitig mit beiderseitigem Einverständnis
5. Verlegung / Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme
6. Verlegung
7. sonstiges

5.6. Dauer der Behandlung

Einzelsitzungen	Anzahl	Gruppensitzungen	Anzahl	Einzelsitzungen	Anzahl	Gruppensitzungen	Anzahl

Übende Verfahren

5.7. Einschätzung der Therapieziele durch den Therapeuten (3.1 ErgoDoku A- Therapeut)

Therapieziel	Kurzbeschreibung	Bewertung
1		
2		
3		
4		
5		
	Durchschnittlicher Gesamtwert (*)	

* nicht eingeben, wird automatisch angibt.

Anzahl der Therapieziele

Bewertung:

0 = Therapieziel erfüllt
1 = Therapieziel nicht erreicht
2 = Therapieziel teilweise erreicht
3 = Therapieziel erreicht
4 = Mehr erreicht als das Therapieziel

5.8. Empfohlene weitere Behandlungsmaßnahmen nach Behandlungsende (Mehrfachnennungen möglich)

1. häusliche Behandlung
2. stationäre Behandlung
3. ambulante Psychotherapie (Arzt / Psychologe)
4. Selbsthilfegruppe
5. Psychosozialer Dienst
6. Beratungsstelle
7. Arbeitsplatzwechsel
8. Umschulung / Berufswechsel
9. andere beruflich/medizinische Maßnahmen
10. Rentenantrag
11. gestufte Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
12. Intervallbehandlung
13. ambulante Psychotherapie / Nachsorge durch die Klinik
14. teilstationäre Psychotherapie / Nachsorge durch die Klinik
15. ambulante psychiatrische Behandlung

Klassifizierung der Therapieziele (*)

Hauptachsen 1 - 5:

siehe nächste Seite

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krüsiöke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: petefis@gmx.de

ACP - Psy-BaDo **KITZ (*)** -13-

Klassifizierung Individueller Therapieziele

Hauptachse 1: intrapsychische Probleme und Konflikte

101 - Abhängigkeit und Loslösung
102 - Verlustangst, Geborgenheit und Autonomie
103 - Angste
104 - Depressive Symptome
105 - Zwänge
106 - Schuldgefühle
107 - Reale Schuld
108 - Aggressionsgehemmtheit
109 - Unfähigkeit, selbstsicherer Umgang
110 - Selbstwerterlebnis und Kränkungen
111 - Selbstsicherheit, Selbstwertproblematik
112 - Identitätsprobleme (Identitätsdiffusion)
113 - Soziale Tendenzen
114 - Autodestruktive Tendenzen
115 - Wahrnehmung eigener Gefühle und Wünsche (Selbstempathie)
116 - Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen (affektive Selbstdarstellung)
117 - Schwierigkeit, Anderen Gefühle und Wünsche mitzuteilen
118 - Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (auch Leistungsorientierung)
119 - Übermäßige Passivität und Apathie (Antrieb)
120 - Wunsch nach Entspannung und Erholung
121 - Innere Erlebnisse der Eltern (Kindheitserlebnisse, Geschehen (Herkunftsfamilie) (nachfolgende Generation)
122 - Innere Erlebnisse der Kinder (Stiefkinder, Adoptivkinder, Erbe)
123 - Innere Erleben von Sexualität
124 - Rivalität und Konkurrenz
125 - Zukunftsperspektive
126 - Trauer- und Verlustbewältigung
127 - Fehlende Lebenslust und Lebenszufriedenheit
128 - Schlaf
129 - Aktualkonflikt
130 - Biographische Konflikte
140 - Umgang mit religiösen Überzeugungen bzw. Spiritualität und religiöser Praxis
141 - Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
142 - Restrukturierung nach psychotischer Erkrankung
143 - Ich-strukturelle Beeinträchtigkeit
144 - Psychotisches Erleben*
150 - Allgemeine Schwierigkeiten mit Selbstreflexion und Introspektion (Therapiemotivation)
151 - Suche nach "Selbstheilungskräften" - eigener Kompetenz
199 - Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie

Hauptachse 2: interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte

201 - Partnerschaft - ohne sexuelle Probleme
202 - Partnerschaft - mit sexuellen Problemen
203 - Kinderwunsch, Schwangerschaft
204 - Mangelnde sozialen Bezugspersonen im allgemeinen
205 - Mit gleichgeschlechtlichen Bezugspersonen im allgemeinen
206 - Einsamkeit und Kontaktstörung
207 - Integration in Gruppen überhaupt
208 - Arbeitsstörung, berufliche Probleme, Schwierigkeiten in der Ausbildung
209 - Schwierigkeiten im Umgang mit Belastungen im sozialen Raum
210 - Allgemein empathischer Umgang mit anderen Menschen (Gedald gegenüber Aggression)
213 - Außenanlehnung mit Sektion im sozialen Raum
214 - Soziale Kompetenz
215 - Kontakt- und Beziehungsstörungen
216 - Hinwendung zu einer partnerschaftlichen Beziehung
299 - Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 2

Hauptachse 3: körperbezogene Probleme und Symptome

301 - Klärung des organischen Befunds
302 - Körperbezogene Angste
303 - Antikatzensymptomatik
304 - Sensibilisierung
305 - Fehlende Symptome der Haut
320 - Fehlende Symptome der Atmungsorgane
321 - Hyperventilationstetanische Anfälle
330 - Fehlende Herzsymptome
331 - Herzangstneurotische Symptome
332 - Fehlende Kreislaufbeschwerden (Hypertonie, Hypotonie)
340 - Fehlende Schlafstörungen
341 - Fehlende Symptome im Zähne-Mund-Bereich
342 - Fehlende Magenfunktionsstörungen
343 - Fehlende Darmstörungen (einschließlich Inkontinenz)
344 - Fehlende Harnwegsbeschwerden (einschließlich funktioneller Inkontinenz)
345 - Fehlende Inkontinenzbeschwerden beim Mann ("Prostatitis")
346 - Fehlende Unterleibsbeschwerden bei der Frau
347 - Fertilitätsbeschwerden
348 - Fehlende sexuelle Störungen
350 - Fehlende Störungen der Sinneswahrnehmung
351 - Fehlende neurologische Symptome
352 - Fehlender Kopfschmerz
360 - Migräne
361 - Fehlende Symptome des endokrinen Systems
381 - Paraneoplastisches Syndrom (Schweißausbrüche, Schwindel, Ziliem)
382 - Multiple Sensitivitäten
370 - Allgemein: (fehlendes) Schmerzsymptom
371 - Fehlende Schmerzsymptome mit Bewegungseinschränkung
372 - Fehlende Schmerzsymptome mit Muskelmerkmalsatz
373 - Fehlende Schmerzsymptome in Verbindung mit weiteren psychischen Problemen
374 - Fehlende Beschwerden der Skelettmuskulatur und des Bewegungsapparates
378 - Fehlende Sexualstörung
380 - Allgemein: Ernährung
381 - Anorektische Symptomatik
382 - Bulimische Symptomatik
383 - Bulimarektische Symptomatik
384 - Depressive Essstörung
385 - Binge eating disorder
386 - Adipositas
387 - Gewichtsprobleme
390 - Allgemein: Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz
391 - Fehlende Symptome der Stabilität
392 - Tastempfindend des Körpers (Aktivierung)
393 - Körperbehinderung
394 - Wahrnehmung des Mittelsinnscharakters von Symptomen ("Psychogenese")
396 - Körperliche "Verwöhnung"/ Pflege/ Berührung (Massage/ Fango)
398 - Vertrauen in den Körper (wieder-finden ("Nicht wieder bzw. Kühlen")
399 - Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 3

Hauptachse 4: Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht

401 - Coping notwendiger Medikamente (z. B. Diabetesbeeinflussung)
402 - Reduktion/ Abstinenz von Psychopharmaka
403 - Reduktion/ Abstinenz von Medikamenten
404 - Reduktion/ Abstinenz von "Nichtpsychopharmaka"
410 - Allgemein: Suchtverhalten bzw. polyvalenter Suchtmittelabusus
411 - Alkoholabusus
412 - Nikotinabusus
413 - Konsum "weicher", illegaler Drogen
414 - Konsum "harter" illegaler Drogen
420 - Spielsucht
430 - Kaufsucht
499 - Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 4

Hauptachse 5: soziomedizinische und Rehabilitationsziele

501 - Krankheitsbewältigung, Leben mit der Krankheit
502 - Psychosomatisches Gesundheitsverhalten
503 - Veränderung des Risikoverhaltens (Bewegungsmangel, Nikotin, usw.)
504 - Klärung der sozialmedizinischen Situation zusammen mit dem Patienten
505 - Motivation zur Planung und Einleitung von beschriebenen Maßnahmen
506 - Motivation zur Fortführung von beschriebenen Maßnahmen
507 - Sicherung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit
509 - Befähigung zur selbständigen Organisation sozialer Hilfen
510 - Motivierung zur Freizeitgestaltung
511 - Planung der Kneipp'kur
512 - Klärung bzw. Organisation der Wohnsituation
513 - Delinquenz (Kriminalität usw.)
514 - Überschuldung, finanzielle Probleme
599 - Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 5
999 - Nicht näher bezeichnetes Problemfeld, keiner der 9 Hauptkategorien zuzuordnen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg - Fakultät IV - Institut für Gesundheits- und Klinische Psychologie
Prof. Dr. Wilfried Belschner / Dr. Norbert R. Krüsiöke / Dipl.-Psych. Peter Fischer ✉ eMail: petefis@gmx.de

Abb. 128: Therapeuten-Psy-BaDo (Seite 12/13)

Dipl.-Psych. Peter Fischer
Loogenweg 26a
26345 Bockhorn-Steinhausen

Tel.: 04453-7 27 07 / Fax: 04453 – 7 85 28
eMail: peterfis@gmx.de

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name:	Peter Fischer
Geburtsdatum:	26.11.1959
Geburtsort:	Wilhelmshaven
Familienstand:	verheiratet (seit 20 Jahren)

Schulabschluß:

1979 – 1981	Volksschule Heppens
1981 – 1983	Helene-Lange-Realschule
1983 – 1989	Humboldt-Gymnasium

Berufsausbildung:

08.91 – 07.93	Privatunterricht Klavier, Klarinette, Saxophon
xx.xx.1979	Bundeswehr Grundausbildung (Sanitätsausbildung)
xx.xx.1981	Praktikum bei Radio Blatt (Whv)
	Praktikum bei Zeichengerätehersteller Kuhlmann (Whv)
	Praktikum beim Marine-Arsenal Wilhelmshaven
xx.xx.1981	Fachhochschule Wilhelmshaven (Elektrotechnik, 9 Sem.)
xx.xx.1987	Universität Oldenburg (Physik, 2 Sem.)
01.10.1999	Universität Oldenburg (Psychologie, 8 Sem.)
20.04.2003 bis 20.04.2004	Praktikum an der Universität Oldenburg (Qualitätssicherung in der Forschung/ im Gesundheitswesen).
31.03.2004	Diplom-Psychologe
01.06.2007	Doktorarbeit (eingereicht) zum Thema „Das Image der Psychotherapie - Die Akzeptanz der Psychotherapie (ACP) im deutschen Sprachraum aus der Perspektive von Psychotherapie-Experten/-Expertinnen als Wirkfaktor für den Therapieprozess/-erfolg der Patienten des Institutes für Verhaltenstherapie (NIVT) in Bremen.“

Berufstätigkeit:

07.1977 - 06.2004	Berufsmusiker
xx.1979 – xx.1981	Bundeswehr Marine-Musikkorps-Nordsee
seit 02.1991	Freiberufliche Tätigkeit als Edv-Berater und Service-Ingenieur (Fa. Edv-Beratung, erste Firma).
03.02.1993	Gründung Fa. Edv-Service (zweite Firma)
seit 31.03.2004	Freiberufliche Tätigkeit an der Universitätsambulanz Oldenburg (Aufgabenbereich: Psychotherapie, Qualitätssicherung/ Evaluation, Diagnostik, Conscious Research).
seit 08.02.2005	Doktorand im Fachbereich 4 /Gesundheits- u. klinische Psychologie.
Seit 01.10.2005	Testleiter der Studie „Das Image der Psychotherapie“ am Norddeutschen Institut für Verhaltenstherapie in Bremen (NIVT).

Berufsweiterbildung:

01.01.1973	Erste Hilfe u. Sanitätsausbildung (Malteser Hilfsdienst)
08.08.2002	Lehrgang Neurofeedback (Dr. Gerlach)
30.08.2003	Seminar Tinnitus
	Seminar Entspannungstherapie (PMR, AT)
25.01.2005	Zertifikat „Erfolgreiche Anwendung des Wiener Testsystem“ im Rahmen einer Veranstaltung zur psychologischen Testdiagnostik an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

Besondere Kenntnisse:

Fortgeschrittene praktische Erfahrung als Neurofeedbacktrainer

Sehr umfangreiche EDV–Kenntnisse (Hardware- u. Software)

Schreibmaschinen Kenntnisse (über 200 Anschl./min.)

Umfangreiche Kenntnisse in Statistik, Datenmanagement und Forschungsmethoden.

Englisch fließend in Wort u. Schrift

Funkamateur C-Lizenz

Oldenburg, 20.08.2007

1. Juli 2007

Eidesstattliche Erklärung des Doktoranden zur Abgabe einer Dissertation in elektronischer Form

Hiermit versichere ich, dass ich meine Dissertation „Das Image der Psychotherapie – Die Akzeptanz der Psychotherapie (ACP) im deutschen Sprachraum aus der Perspektive von Psychotherapie-Experten/-Expertinnen als Wirkfaktor für den Therapieprozess/-erfolg der Patienten des Institutes für Verhaltenstherapie (NIVT) in Bremen.“ selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe. Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

1. Der Doktorand erklärt hiermit an Eides statt, dass die bei der Tauschstelle der IBIT-Bibliotheksdienste (Universitätsbibliothek) der Universität Oldenburg abgegebenen fünf gedruckten Exemplare seiner Dissertation sowie die abgegebenen Dateien inhaltlich und formal vollständig mit dem bei der Fakultät eingereichten und von dieser genehmigten Prüfungsexemplar übereinstimmen.
2. Der Doktorand verpflichtet sich, die im Internet zu veröffentlichende elektronische Version seiner Dissertation auf Vollständigkeit und Übereinstimmung mit dem genehmigten Prüfungsexemplar zu prüfen und IBIT etwaige Fehler mitzuteilen.
3. Der Doktorand erklärt sich damit einverstanden, dass IBIT und die Deutsche Nationalbibliothek die elektronische Version seiner Dissertation auf ihren Dokumentenservern zur freien Nutzung bereitstellen.
4. Der Doktorand ist damit einverstanden, dass auch seine zur Dissertation gehörenden persönlichen Daten (Lebenslauf) maschinell gespeichert und, sofern sie Element des genehmigten Prüfungsexemplares seiner Dissertation sind, von IBIT und der Deutschen Nationalbibliothek auf ihren Dokumentenservern zur freien Nutzung bereitgestellt werden.

Oldenburg, 20. August 2007

Peter Fischer

Peter Fischer (Doktorand)

Titel der Dissertation: ‚Das Image der Psychotherapie’

Fakultät: Fak. IV, Institut für Psychologie