

Aus Wissenschaft und Forschung

Patientenerleben und Therapeutenwahrnehmungen von Psychotherapiesitzungen

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Wahrnehmungen allgemeiner psychotherapeutischer Wirkfaktoren

Günter Krampen

Modifizierte Version eines Vortrages auf dem 9. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) in Bern (Schweiz) 24. bis 26. Mai 2001

toren für die Prozessbeschreibung und adaptive Indikation in der Psychotherapie wird hervorgehoben.

Zusammenfassung

Gemeinsamkeiten und Unterschiede im therapeutischen Prozesserleben von Patienten und Psychotherapeuten wurden empirisch untersucht. Verwendet wurden auf einzelne Therapiesitzungen bezogene Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie und -Beratung mit jeweils 12 Items, die vom Patienten (STEPP) beziehungsweise Therapeuten (STEPT) beantwortet werden. Mit inhaltlich komplementären Items werden dabei Informationen über die in der Sitzung vom Patienten erlebte beziehungsweise vom Therapeuten wahrgenommene (1) motivationale Klärung und Entwicklung des Patienten, (2) Hilfe bei der Problembewältigung und (3) therapeutische Beziehung und Unterstützung erhoben. Befunde aus mehr als zehn empirischen Studien, in die insgesamt über 1000 Stundenbogen aus der Patienten- und Therapeutesicht eingegangen sind, beziehen sich auf die Lokations- und Variationsgemeinschaften sowie -unterschiede zwischen Patienten und Therapeuten in diesen drei Skalen sowie deren Bezüge zu einigen Aussenvariablen (wie unterschiedliche therapeutische Schwerpunktverfahren, Therapiesettings, Berufserfahrung der Psychotherapeuten und die bei den Patienten vorliegenden Störungsbildern). Der Wert erhebungstechnisch unabhängiger, empirisch moderat korrelierter Indikatoren allgemeiner therapeutischer Wirkfak-

Konzeptueller und historischer Hintergrund

Die Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert lässt sich vereinfacht in einem Drei-Phasen-Modell (vgl. Krampen, 2001) rekonstruieren: Nach einer *Vorphase*, die durch historische Vorläufer wissenschaftlich fundierter, empirisch überprüfter professioneller nicht-invasiver Behandlungsmethoden für psychische und somatoforme Störungen gekennzeichnet war und neben tradierten Kulturtechniken einer sogenannten „praktischen Psychologie“, etwa die Psychognosis, den Mesmerismus, okkulte und andere nicht zweckmäßige Praktiken der sogenannten Psychoszene umfasste (die freilich z.T. auch heute noch praktiziert werden; vgl. hierzu etwa den kritischen Überblick bei Köthke, Rückert & Sinram, 1999, Teil II), entstanden im Ausgang des 19. Jahrhunderts die ersten eigenständigen psychotherapeutischen Behandlungsansätze. Diese *erste Phase* der modernen Psychotherapiegeschichte erstreckt sich mit der Begründung von Psychoanalyse, den autosuggestiven Methoden und Entspannungstherapien, der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie, der kognitiven Therapie, der systemischen Ansätze etc. bis weit in das 20. Jahrhundert hinein. Ein gemeinsames Kennzeichen dieser Ansätze, die in der ersten Phase der Psychotherapiegeschichte entstanden sind, ist ihr generalisierter, ja zum Teil universeller Indikationsanspruch für jedwede Form der psychischen und somatoformen Störung. Nicht nur, aber

auch deswegen kam in der Mitte des 20. Jahrhunderts in Analogie zu dem Begriff der inzwischen überkommenen Schulen der Psychologie der Begriff der Schulen der Psychotherapie zur Kennzeichnung dieser ersten Phase auf.

Vor allem aus der psychotherapeutischen Anwendungspraxis heraus entstand in den 60er Jahren der Eklektizismus in der Psychotherapie, der die *Phase 2* der Psychotherapiegeschichte kennzeichnet. Mit dem Eklektizismus wird ein additives Modell der pragmatischen Verknüpfung psychotherapeutischer Techniken bezeichnet. Mit technologischer Grundorientierung werden wirksame Elemente (Therapietechniken) aus verschiedenen therapeutischen Zugängen (Schulen) herausgegriffen und weitgehend unabhängig von ihrer theoretischen, konzeptuellen und ggf. auch normativen Kompatibilität kombiniert. Dies gilt in der Regel auch für Kombinationen von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie oder anderen invasiven Behandlungsmaßnahmen. Ursprung des eklektischen Vorgehens in der Psychotherapie dürfte das Unbehagen vieler Praktiker am generellen Indikationsanspruch der einzelnen Therapieschulen und natürlich auch Misserfolgserfahrungen bei dem Beharren darauf gewesen sein. Kritisch bleibt bei diesem technischen Eklektizismus die theoretische und konzeptuelle Abstinenz oder Beliebigkeit (vgl. hierzu insbesondere Ey-senck, 1970) mit der damit verbundenen Gefahr, in die Subform eines idiosynkratischen Eklektizismus abzurutschen, bei dem therapeutische Techniken schlicht nach der subjektiven Vorliebe von Therapeuten und Therapeutinnen auf dem Hintergrund beschränkter Kompetenzen und Ressourcen sowie ggf. individueller Eitelkeiten ausgewählt und appliziert werden. Dieses subjektivistische Agieren und Reagieren gehört im Grunde zur Vorphase der Psychotherapie, ist historisch überkommen und hat nichts mit wissenschaftlich fundiertem psychotherapeutischen Handeln zu tun.

Durch den Eklektizismus wurde die Suche nach integrativ ausgerichteten Zugängen in der Psychotherapie, mithin *Phase 3* der Psychotherapiegeschichte, ausgelöst. Seit den 70er. verstärkt in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts wird nach Therapieschulen übergreifenden Modellen für eine allgemeine und differentiell ausgerichtete Psychotherapie gesucht. Unterschieden werden können dabei minimal zwei Suchstrategien. Bei der ersten steht die theoretische Integration mit dem Ziel der konzeptuellen Verschmelzung unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen im Vordergrund (etwa orientiert an allgemeinen Modellen zum Problemlöseprozess vgl. Blaser, Heim, Ringer & Thommen, 1992 oder mit entwicklungspsychologischer Grundlegung vgl. etwa Pet-zold, 1991, 1992 oder mit persönlichkeitspsychologischer Orientierung vgl. etwa Bandura, 1977; Becker, 1995). Die zweite Suchstrategie bezieht sich dagegen breiter auf die Identifikation allgemeiner, unspezifischer, d.h. allen Therapieschulen mehr oder weniger gemeinsame Wirkfaktoren der Psychotherapie (vgl. hierzu im Überblick et-

wa Huf, 1992; Krampen, 2001). Im deutschsprachigen Bereich ist ein entsprechender Ansatz insbesondere durch die Arbeit von Grawe, Donati und Bernauer (1994) in spezifischer Form prominent und bekannt geworden.

Ein Dreikomponentenmodell der Wirkungsweise von Psychotherapie

Ähnlich wie andere Autoren (vgl. etwa Bommert & Ples-sen, 1978; Frank, 1973; Karasu, 1982; Weinberser, 1995) gehen Grawe et al. (1994; siehe auch Grawe, 1998) davon aus, dass jede Form der Psychotherapie auf einer Reihe unspezifischer Wirkfaktoren basiert, die am gesamten therapeutischen Prozess mit unterschiedlichem Gewicht beteiligt sind, dabei stetig zusammenwirken sowie gemeinsam für Therapiefortschritte und Therapieerfolge verantwortlich sind. Daraus leitet sich die These ab, dass solche unspezifischen, allgemeinen Wirkfaktoren nicht nur zu Behandlungsbeginn für die differenzielle Indikationsstellung und Therapieplanung direkt, sondern auch in allen Phasen der Behandlung für die adaptive Indikation relevant sind, damit im therapeutischen Prozess adaptiv und flexibel der jeweils indizierte Wirk- und Effektfaktor schwerpunktmäßig verstärkt bzw. der aktuell weniger indizierte Wirkfaktor zurückgenommen werden kann.

Diese unspezifischen Wirkfaktoren sind nach Grawe et al. (1994)

- (1) die aktive Hilfe zur Problembewältigung und Symptomreduktion (Problembewältigungsperspektive).
- (2) die motivationale Klärung und persönliche Entwicklung des Patienten/der Patientin (Klärungsperspektive) und
- (3) die therapeutische Unterstützung und Beziehung (Beziehungsperspektive). Grawe (1995, 1998) differenziert den dritten allgemeinen Wirkfaktor psychotherapeutischer Prozesse weiter nach (3a) der Ressourcenaktivierung und (3b) der Problemaktualisierung auf.

Schwerpunktmäßig können die Therapiemethoden der sogenannten Therapieschulen diesen unspezifischen Wirkfaktoren zugeordnet werden. So wird etwa in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Entspannungstherapie, aber auch in therapeutischen Rollenspielen die Problembewältigungsperspektive fokussiert. Im Vordergrund von Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierter Therapie und Gestalttherapie steht dagegen eher die Klärungsperspektive. Die Beziehungsperspektive wird schwerpunktmäßig etwa in der interpersonalen Psychotherapie, der systemischen Therapie und in den sogenannten Motivierungstechniken der Psychotherapie fokussiert (vgl. hierzu

etwa auch Schmidtchen, 2001). Die Grundthese des auf allgemeine Wirkfaktoren bezogenen Ansatzes, dass alle drei Perspektiven bzw. Wirkfaktoren für jede Form der Psychotherapie gelten, kann auf jede Art der Therapie ausgeweitet werden. Dies gilt etwa auch für die Psychopharmakotherapie: In ihrem Fokus steht die Hilfe zur Problembewältigung, nämlich die Symptomreduktion. Dies geschieht auf der Basis einer hinreichenden Arzt-Patient-Beziehung und kann darüber hinaus eine spätere Klärung ermöglichen, die für die Entwicklung des Patienten/der Patientin von Bedeutung werden kann.

Resultierende Anforderungen an die therapiebezogene Diagnostik: Differentielle und adaptive Indikation

Die *interventionsbezogene Eingangsdiagnostik* bezieht sich auf die Aufgabenstellungen der *differentiellen Indikationsstellung* und Therapieplanung. Klassischerweise werden dazu neben der freien Problembeschreibung durch den Patienten/die Patientin, der Exploration und Anamnese sowie der medizinischen Abklärung die klas-sifikatorische Diagnostik nach der ICD-10 oder dem DSM-IV durchgeführt, die gegebenenfalls um die dimensionale (psychometrische) Psychodiagnostik erweitert werden (vgl. hierzu etwa Krampen, 1998). Unter Bezug auf den Ansatz einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie ist diese diagnostische Strategie um Verfahren zu erweitern, die direkte Informationen unter Bezug auf die allgemeinen Wirkfaktoren liefern. Dazu liegen Vorschläge von Grawe (1998, S. 627 ff. und S. 636ff.) zu entsprechenden Indikationsbogen und Therapieplanungs-bogen vor. Ergänzend sei hier darauf verwiesen, dass auch die operationalisierte psychodynamische Psychodiagnostik (Arbeitskreis OPD, 1996) hier wertvolle diagnostische Informationen liefern kann. So lassen sich Achse III und Achse IV der OPD direkt auf den allgemeinen Wirkfaktor der Klärungsperspektive beziehen, Achse II lässt sich auf den der Beziehungsperspektive projizieren und die ersten fünf Items von OPD Achse I auf die Problembewältigungsperspektive, die drei folgenden Items auf die Klärungsperspektive und die zehn restlichen Items auf die Beziehungsperspektive.

Die Implikationen allgemeiner Wirkfaktorenmodelle, mithin der Ansätze zu einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie, für die *Prozessdiagnostik* mit direkten Auswirkungen auf die *adaptive Indikation* therapeutischer Maßnahmen beziehen sich ebenfalls auf eine Erweiterung des klassischen Vorgehens (etwa die freie Dokumentation von Therapiesitzungen durch Therapeuten/ innen, ggf. auch durch Patienten/innen, ggf. zum Teil ergänzt durch Ton- oder Videoaufnahmen). Spezifisch für einzelne Therapiesitzungen werden prozessdiagnostische Informationen über das Erleben der allgemeinen Wirk-

und Effektfaktoren der Patienten/innen sowie ggf. auch der darauf bezogenen Wahrnehmungen ihrer Therapeuten/innen benötigt. Dazu wurde ein Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzel-/>psychotherapie (STEP) entwickelt (Krampen, 2001). Dieser Stundenbogen umfasst für die Patienten/innen- und die Therapeuten/innen-Perspektive jeweils drei inhaltlich komplementär konstruierte Subskalen zu der in einer Therapiesitzung erlebten bzw. wahrgenommenen

- (1) motivationalen Klärung bei dem Patienten/der Patientin (Klärungsperspektive, K; fünf Items).
- (2) aktiven Hilfe zur Problembewältigung (Problembewältigungsperspektive, P; vier Items) und
- (3) therapeutischen Beziehung (Beziehungsperspektive, B; drei Items).

Die interne Konsistenz der Einzelskalen und die Profiire -liabi litäten beider Varianten des Stundenbogens genügen den psychometrischen Anforderungen (vgl. hierzu ausführlicher Krampen, 2001). Diese Kurzverfahren wurden verwendet, um in großen heterogenen Stichproben die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Erleben von Psychotherapiesitzungen durch Patienten/innen (STEPP) und den darauf bezogenen Wahrnehmungen ihrer TThera-peuten/innen (STEPT) zu untersuchen. Über die entsprechenden Befunde wird im Folgenden im Überblick berichtet.

Befunde I:

Variationsunterschiede und -gemeinsamkeiten in Wahrnehmungen allgemeiner psychotherapeutischer Wirkfaktoren von Patienten/innen und Therapeuten/innen

Die in großen Stichproben mit den STEPP- und STEPT-Skalen erhobenen Daten zum Erleben der drei allgemeinen Wirkfaktoren in Psychotherapiesitzungen durch Patienten/innen und die darauf bezogenen Wahrnehmungen ihrer Therapeuten/innen wurden innerhalb und zwischen den jeweiligen Perspektiven interkorreliert. Die in Tabelle 1 zusammengefassten Befunde weisen zwar für die Binnenkorrelationen innerhalb der jeweiligen Perspektive positive, statistisch bedeutsame Korrelationen auf, was die Hypothese von Grawe et al. (1994) sowie Bommert und Plessen (1978) zur stetigen Präsenz aller drei Wirkfaktoren bzw. Veränderungsebenen im Interventionsprozess bestätigt. Gleichwohl können diese korrelati-onsstatistischen Befunde als Hinweise auf die diskrimi-nante Validität der jeweils drei Subskalen interpretiert werden, da die Interkorrelationen der Skalen aus der Sicht von Patient/in und Therapeut/in statistisch bedeutsam stärker ausgeprägt sind ($p < .01$; siehe die Hauptdia-

gonale in den drei rechten Spalten von Tabelle 1). Der Mittelwert der Korrelationen /wischen der Patienten- und Therapeutenperspektive liegt bei $r = .48$ und bestätigt somit die konvergente Validität im Vergleich von Selbstaussagen (Q-Daten) und Fremdeinschätzungen (L'-Daten). Daher weist die gemeinsame Varianz von 23 % der Patienten/innen- und Therapeuten/innen-Sicht auf die Notwendigkeit, beide Perspektiven zu erfassen, da trotz statistischer Signifikanz mit gut 75 % sehr viel Variationsspielraum /wischen den beiden Perspektiven, also zwischen dem Erleben der drei Wirkfaktoren in einer Therapiesitzung durch die Patienten/innen und dessen Wahrnehmungen sowie Fremdbeurteilungen durch die Therapeuten/innen, besteht. Damit sind praktisch bedeutsame Variationsunterschiede /wischen den STEPP- und STEPT-Skalen nachgewiesen, die den Nutzen der Erfassung beider .Sichtweisen bestätigen.

Einzelmittelwertvergleiche ($n = 11$ Studien \times 3 STEP-Skalen) statistisch signifikant werden, was auch nach Alpha-Justierung bei $p < .01$ statistisch signifikant ist.

In 13 dieser Mittelwertvergleiche überschreitet der STEP-Subskalenmittelwert der Patienten/innen den der Therapeuten/innen, in 10 dagegen der Mittelwert der Therapeuten/innen den der Patienten/innen. Dieser Häufigkeitsunterschied ist statistisch nicht bedeutsam ($p > .20$). Die Richtungen der Mittelwertsunterschiede zwischen der Patienten/innen- und Therapeuten/innen-Perspektive sind zudem für die Skalen zur Erfassung der drei verschiedenen allgemeinen Wirkfaktoren psychotherapeutischer Prozesse und Effekte nahezu gleich verteilt. Lediglich bei der STEP-Skala zur „Beziehungsperspektive“ zeigt sich bei fünf Nichtsignifikanzen in der Tendenz, dass Patienten/innen häufiger einen signifikant hö-

Günter Krampen

Tabelle 1. Korrelationen innerhalb und /wischen den STEPP- und STEPT-Skalen ($n = 592$)

Daten-Modus	Skala	Q-Daten: STEPP-			L-Daten: STEPT-		
		-K	-P	-B	-K	-P	-B
Q:	STEPP-K	1.00	.61**	.40**	.41**	.24**	.30**
Q:	STEPP-P		1.00	.49**	.31**	.42**	.19**
Q:	STEPP-B			1.00	.17**	.19**	.51**
L':	STEPT-K				1.00	.40**	
L':	STEPT-P					1.00	.43**
L':	STEPT-B						1.00

** $p < .01$

Befunde II:

Lokationsunterschiede und –gemeinsamkeiten in Wahrnehmungen allgemeiner psychotherapeutischer Wirkfaktoren von Patienten/innen und Therapeuten/innen

In bislang 11 unabhängigen empirischen Studien wurde der Frage nachgegangen, ob sich das Patienten/innen-Erleben und die darauf bezogenen Therapeuten/innen-Wahrnehmungen anhand der STEP-Skalen auf der Lokationsebene unterscheiden. Tabelle 2 zeigt anhand der t-Werte zusammenfassend das Befundmuster (die Nummerierung der Studien in Tabelle 2 folgt den Angaben bei Krampen, 2001). Deutlich wird, dass 23 der insgesamt 33

heren Subskalenmittelwert aufweisen als die Therapeuten/innen (5 x gegenüber 1 x).

Mithin belegen die vorliegenden Befunde die differenzielle Validität der STEP-Skalen insofern, als dass die STEPP- und STEPT-Subskalen nicht nur relevante Variationsunterschiede (siehe Tabelle 1), sondern auch bedeutsame Lokationsunterschiede zwischen dem Patienten/innen-Erleben von Therapiesitzungen und deren Wahrnehmungen durch ihre Therapeuten/innen differenziert abbilden können. Den STEPT-Skalen kommt "gegenüber den STEPP-Skalen somit ein diagnostischer Mehrwert zu (et vice versa).

Tabelle 2. Zusammenfassung der Befunde aus Vergleichen der STEP-Skalenwerte von Patienten/innen und Therapeuten/ innen in verschiedenen Stichproben'

Studie	N _{STI-PP/STEPT}	STEPP- versus STEPT-Skala (t-Wert)		
		K: Klärungsp.	P: Problembew.	Beziehungsp.
Vorstudie I ambulant	210	0.50 (P)	(P)4.54 **	(P) 8.58 **
Studie II stationär	125	2.67 ** (P)	(T)7.92** (P)	(P) 3.33 **
Studie III ambulant	30	3.05 **	6.63 ** (P)4.23	(P) 4.21 **
Studie VI ambulant	840	1.09	** (T) 13.01 **	(P) 3.70 **
Studie VII VT-Ausbild./ambulant	312	0.72	(P) 6.02 **	1.30
Studie VII GPT-Ausbild./ambulant	322	(T)5.93 **	(T)3.11 **	(T)4.55 **
Studie VIII (VT) ambulant	125	(P) 4.28 **	1.75	1.10
Studie IX (TP) ambulant	85	(T) 5.39 **	0.28 (T)	0.84
Studie X (GPT) ambulant	144	(T)2.71 ** (P)	3.05 ** (T)	0.74
Studie XI stationär	432	2.31 * (T)	7.57 **	1.35 (P)
Studie XII stationär	112	9.94 **		4.02 **

** $p < .01$; * $p < .05$

* (P) verweist auf einen höheren Mittelwert in den Patienten/innen-Angaben (STEPP). (T) auf einen höheren Mittelwert in den Therapeuten/innen-Angaben (STEPT): zu exakten Mittelwertsangaben siehe Krampen (2001).

Befunde III:

Erleben der allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie im Kontext anderer Variablen

Mittelwertsvergleiche für die drei STEPP- und die drei STEPT-Subskalen wurden für unterschiedliche Behandlungssettings über multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung über die insgesamt sechs Subskalen der Stundenbogen und a posteriori-Einzelmittelwertsvergleichen berechnet. Da sich lediglich für eine Kontextvariable von Psychotherapien ein signifikanter Haupteffekt ergeben hat (nämlich für die Berufserfahrung der Therapeuten/innen), wird hier lediglich ein Überblick zur

Befundlage gegeben (die exakten Befunde finden sich bei Krampen. 2001).

Sowohl der MANOVA-Haupteffekt (MANOVA-F(6/146) = 4.12; $p < .01$) als auch die Einzelmittelwertsvergleiche bestätigen signifikante Unterschiede zwischen den nach der Berufserfahrung der Therapeuten/ innen gebildeten Gruppen. Die Einzelmittelwertsvergleiche zeigen, dass Patienten/innen bei Psychotherapeuten/ innen mit hoher Berufserfahrung (über acht Jahren) ein höheres Maß an Klärungs- und Problembewältigungshilfe erleben als bei Therapeuten/innen mit geringerer Berufserfahrung. Dies spiegelt sich nahezu identisch in den Therapeuten/innen-Wahrnehmungen wider.

Für keine der weiteren bislang untersuchten Variablen des Behandlungssettings (ambulante versus stationäre

Psychotherapien: ambulante Behandlung in Beratungsstelle versus psychotherapeutischer Praxis; unterschiedliche therapeutische Schwerpunktsetzungen) zeigt sich ein signifikanter MANOVA-F-Wert. Nur als Trendbefund sind daher die Ergebnisse nachgeschalteter Einzelmittlungsvergleiche zu interpretieren. Im Trend ($p < .05$) zeigt sich so, dass Therapeuten/innen mit dem Schwerpunktverfahren „Verhaltenstherapie“ bei ihren Patienten/innen ein höheres Ausmaß an Problembewältigung wahrnehmen, was aber von diesen selbst nicht so erlebt wird. Demgegenüber nehmen Therapeuten/innen mit den Schwerpunktverfahren der „Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ und der „Gesprächspsychotherapie“ bei ihren Patienten/innen ein höheres Ausmaß an Klärung wahr, was ebenfalls von den Patienten/innen selbst nicht so erlebt wird (siehe hierzu Krampen, 2001).

Zu ergänzen ist, dass sich auch in Mittelwertsvergleichen für Patienten/innen in unterschiedlichen Behandlungsphasen, aus unterschiedlichen Altersgruppen und den beiden Geschlechtsgruppen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede im Erleben der drei allgemeinen Wirkfaktoren für Psychotherapiesitzungen ergeben haben. Ein ähnliches Befundmuster liegt für die STEP-Skalen-Mittelwertsvergleiche zwischen Patienten/innen mit unterschiedlichen Störungsbildern (Erstdiagnosen nach der ICD-10) vor, die sich in vergleichbaren Behandlungsphasen befunden haben. Lediglich im Trend ($p < .05$) deutet sich (hier allerdings konsistent) an, dass Patienten/innen mit der Erstdiagnose einer somatoformen Störung (ICD-10: F45.xx, F54), mithin das „klassische“ Patientengut psychosomatischer Fachkliniken in stationären Settings, im Vergleich zu Patienten/innen mit der Erstdiagnose einer affektiven Störung (ICD-10: F32.xx, F33.xx, F34, 1) und denen mit einer Angststörung (ICD-10: F40.xx, F41.x) in Therapiesitzungen ein erhöhtes Ausmaß an motivationaler Klärung erleben, was auch von ihren Therapeuten/innen sowohl in stationären als auch in ambulanten Settings bei ihnen so wahrgenommen wird.

Schlussfolgerungen

Die Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie sind mit jeweils nur 12 Items ökonomisch einsetzbare Verfahren für die Prozessdiagnostik und adaptive Indikation in einer allgemeinen und differentiellen Psychotherapie und können selbstverständlich auch bei der Anwendung therapeutischer Schwerpunktverfahren mit Gewinn verwendet werden. Diese Bogen genügen den psychometrischen Anforderungen nach Skalenzuverlässigkeit und Profilreliabilität (vgl. hierzu Krampen, 2001). Darüber hinaus konnte die Struktur der Items dieser Stundenbogen a posteriori faktorenanalytisch identifiziert und repliziert werden, bleibt allerdings gegenüber Applikationsabweichungen sensibel.

Zu betonen ist, dass, wie oben anhand empirischer Befunde ausgeführt, den auf die Therapeutenwahrnehmungen bezogenen Stundenbogen zur Erfassung der Wirkfaktoren von Psychotherapien gegenüber den bei den Patienten/innen selbst erhobenen Wahrnehmungen des Wirkungsgeschehens in einer Psychotherapiesitzung ein eigenständiger diagnostischer Wert zukommt. Dies wird insbesondere dadurch empirisch belegt, dass die gemeinsame Variation von Patientenerleben und Therapeutenwahrnehmungen bei maximal 25% liegt und in 11 Studien signifikante Lokationsunterschiede für 23 von 33 Fällen nachgewiesen werden konnten. Die Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie erwiesen sich darüber hinaus bislang als relativ unabhängig vom Therapiesetting, von der Behandlungsphase und vom Störungsbild der Patienten/innen. Entsprechende Kovariationen der STEP-Skalen konnten bislang lediglich für die Berufserfahrung von Psychotherapeuten/innen nachgewiesen werden.

Insgesamt spricht die Befundlage damit für die Aufnahme der Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie in den diagnostischen Prozess der psychotherapeutischen Anwendungspraxis. Dies gilt unabhängig davon, ob der Ansatz einer integrativ ausgerichteten, schulenübergreifenden Psychotherapie oder aber ein therapeutisches Schwerpunktverfahren favorisiert und realisiert wird. Darüber hinaus wird durch ihren Einsatz der Dokumentationspflicht für psychotherapeutische Sitzungen in standardisierter Form nachgekommen. Routinemäßig und ergänzend eingesetzt, tragen sie zur kontinuierlichen Dokumentation des therapeutischen Handelns bei und können damit ein bedeutsames qualitätssicherndes Element sein (vgl. hierzu etwa Laireiter, 1994). Die STEP-Skalen können damit die freie oder teil-strukturierte Dokumentation der Inhalte und Prozesse von Psychotherapiesitzungen (vgl. hierzu etwa Stangier, Höver, Kosfelder & Meyer, 1998) durch strukturiert bei Patienten/innen und Therapeuten/innen erfasste Informationen ergänzen helfen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Blaser, A., Heim, E., Ringer, C. & Thommen, M. (1992). *Problemlösende Psychotherapie: Ein integratives Konzept*. Bern: Huber.
- Bommert, H. & Plessen, U. (1978). *Psychologische Erziehungsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eysenck, H.J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry*, 9, 140-146.

-
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and Healing*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psyt hotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Huf, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Karasu, T.B. (1982). Psychotherapy and pharmacotherapy: To-ward an integrative model. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1102-1113.
- Köthke, W., Rücken, H.-W. & Sinram, J. (1999). *Psychotherapie! Psychoszene auf dem Prüfstand*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampe, G. (1998). Diagnostik nach der ICD-10: Ihr Stellenwert im psychodiagnostischen Prozess sowie Hinweise /u einschlagiger Fachliteratur und psychodiagnostischen Hilfsmitteln. *Report Psychologie*, 23, 44-63.
- Krampe, G. (2001). *Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie iSTEP*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.R. (1994). Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 236-241.
- Petzold, H. (1991). *Integrative Therapie* (Bd. 1). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1992). *Integrative Therapie* (Bd.2). Paderborn: Junfermann.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stangier, L'., Höver, J., Kosfelder, J. & Meyer, F. (1998). Dokumentation von Psychotherapiesitzungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 172-176.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology - Science and Practice*, 2(1), 45-69.
- Prof. Dr. Günter Krampen
- Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie D-54286 Trier
-