

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

### In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische  
Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 06/2000

## Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting

*Petzold H.G., Hass W., Märten M., Steffan A. (2000)\**

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Erschienen in: *Integrative Therapie* 2/3(2000), 277-354.

## Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting

*Hilarion Petzold, Wolfgang Hass, Michael Märtenz, Angela Steffan\**

Für die „Integrative Therapie“ ist die Frage der Effektivitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung ein Kernanliegen und dient gleichermaßen der Theorienbildung und der Methodenoptimierung, d.h. der Praxeologie. Dabei ist der Maßstab die optimale Versorgung des Patienten, die Linderung seiner Leidenszustände (*palliativer* Aspekt), die Minderung seiner Beschwerden und seine Gesundheit (*kurativer* Aspekt), die Förderung aktiven Gesundheitsverhaltens (*präventiver* und *salutogener* Aspekt), die Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensproblemen, von „*prekären Lebenslagen*“ und Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit (*supportiver* und *rehabilitativer* Aspekt). Aus ihrer kulturkritisch metareflektierten *biopsychosozialen* und *lebenslauforientierten* Perspektive sind weitere für die „Integrative Therapie“ wichtige Aspekte die Verbesserung der Lebensqualität und die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung, d.h. von kulturellem Bewusstsein und persönlicher Souveränität (Petzold, Orth 1998; Petzold, Steffan 1999b). Die gesetzliche Verankerung im Gesundheitsreformgesetz von 1989 und das Gesundheitsstrukturgesetz von 1994 schreibt Qualitätssicherung vor. Seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland 1999 ist der Effektivitätsnachweis durch kontrollierte Studien Voraussetzung für die Anerkennung als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren.

Das Forschungsinstitut an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ führte ab 1996 eine umfangreiche Psychotherapie-Evaluationsstudie durch. Ziel der Erhebung war eine Bereitstellung von Basisdaten über Therapieverläufe und -ergebnisse Integrativer Therapie und die Erprobung eines Qualitätssicherungsmodells in der ambulanten Praxis. An der Studie beteiligten sich 58 nie-

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Hückeswagen in der Trägerschaft des „Fritz Perls Institutes“ (FPI) und dem „Postgraduate Programme for Integrative Psychotherapy and Supervision“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam

dergelassene Psychotherapeutinnen<sup>1</sup> aus freien Praxen mit insgesamt 211 Patientinnen sowie – ein innovativer Ansatz – die Angehörigen der Patientinnen. Diese Gruppen wurden mit verschiedenen Fragebögen hinsichtlich Diagnose, Schweregrad der psychischen Erkrankung, Einschätzung der Symptomatik, interpersonellen Problemen, Lebenslage, Körperwahrnehmung und Lebenszufriedenheit sowie deren Veränderungen durch die Therapie befragt. Die Ergebnisse von 122 bisher abgeschlossenen Therapien und von 74 katamnestisch befragten Patientinnen werden vorgestellt.

Die Patientinnen dieser Untersuchung wurden von ihren Therapeutinnen zur Mitwirkung an diesem Forschungsprojekt eingeladen, wobei folgende Leitprinzipien maßgeblich waren:

1. *Informed consent* – Ziel, Aufbau, Inhalte, Ablauf des Projektes wurden für die Patientinnen transparent und befragbar gemacht, so dass die Mitarbeit auf der Grundlage umfassender Information entschieden werden konnte.
2. *Client welfare* – Das Projekt wurde von dem vorbereitenden Forscherteam von der Anlage und der Implementierung in die Therapiesituation so ausgelegt und die mitwirkenden Therapeutinnen wurden so instruiert, dass die Untersuchung für den Therapieprozess eine förderliche Wirkung haben kann.
3. *Client dignity* – Das Projekt wurde unter forschungsethischen Gesichtspunkten in verschiedenen Gremien des Ausbildungsinstituts diskutiert und geprüft. Neben dem Moment der strikten Freiwilligkeit und der Möglichkeit der Problematisierung wurde die Information der teilnehmenden Patientinnen über die Ergebnisse des Forschungsprojektes beschlossen. *Wertschätzung* und *Respekt* dem Patienten gegenüber (Müller, Petzold 2000) waren maßgebliche Leitprinzipien in den Behandlungen, was auch in den Forschungsergebnissen klar zum Ausdruck kommt.

In den Untersuchungszeitraum fällt die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland und damit die erzwungene (und, wie diese Untersuchung zeigt, unnötige und ungerechtfertigte) „Nachqualifizierung“ für die psychologischen Psychotherapeuten dieser Studie mit den damit verbundenen erheblichen Belastungen, weiterhin die Einschränkung der Finanzierung von Therapie bei den Therapeutinnen, die keinem „Richtlinienverfahren“ angehörten. Die Studie fand also unter *sehr schwierigen Bedingungen* für die Behandlerinnen und z. T. auch für die Patientinnen statt. Dass dennoch ein so hoher Rücklauf und so gute Ergebnisse, wie darzustellen ist, erreicht wurden, ist sehr erfreulich und spricht für das Verfahren.

## 1. Integrative Therapie als Behandlungsverfahren

Die „Integrative Therapie“, die Hilarion Petzold seit Mitte der sechziger Jahre begründet hat und mit seinen Mitarbeiterinnen noch be-

---

1 Aufgrund des hohen Anteils der Frauen in der Stichprobe lag es aus gendertheoretischen Erwägungen (Petzold 1998h; Petzold, Sieper 1998) nahe, der weiblichen Form (Patientinnen) den Vorzug zu geben, wobei die männliche mit eingeschlossen ist.

ständig weiterentwickelt, ist ein *methodenübergreifendes* Verfahren moderner, forschungsgestützter Psychotherapie (vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 1999), das einer kritisch metareflektierten „**biopsychosozialen Betrachtungsweise**“ sowie dem „**neuen Integrationsparadigma**“ (*Petzold* 1992g; *Castonguay, Goldfried* 1997) in der klinischen Psychologie und in der psychotherapeutischen Theorie- und Methodenentwicklung (*Duruz* 1994) verpflichtet ist (*Petzold* 1999p). In mehr als 30 Jahren der Erarbeitung eigenständiger theoretischer Konzepte und Modelle sowie der Entwicklung einer differenzierten Behandlungsmethodologie mit zahlreichen innovativen diagnostischen Instrumenten (*Müller, Petzold* 1998; *Osten* 1995, 1999; *Petzold, Orth* 1994j; *Petzold, Osten* 1998) und therapeutischen „Wegen der Heilung und Förderung“ (*Petzold* 1988n, 1996a, 173f) hat der Integrative Ansatz von *Petzold* ein praxisorientiertes Profil und eine theoretische Position im psychotherapeutischen Feld gewonnen (*Stumm, Pritz* 2000). In der klinischen Anwendung haben sich insbesondere auch, wie empirische Studien zeigen, Kombinationen mit leib- und bewegungstherapeutischen Methoden (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Heinl* 1997; *Ebert, Möhler* 1997) und mit *sozialökologischen*, *soziotherapeutischen*, *netzwerktherapeutischen* bzw. -*interventiven* Ansätzen (*Petzold* 1979c, 1995b, 1997; *Hass, Petzold* 1999) sowie mit *aktivtherapeutischen* Methoden und Medien (*Petzold, Orth* 1990) bewährt.

Der allgemeine theoretische Hintergrund dieses Ansatzes ist das Metamodell *interdisziplinärer* und *mehrperspektivischer* Betrachtungsweise auf dem Boden der Natur-, Sozial-, Geistes- und Kulturwissenschaften (*Petzold* 1998a, 101-164, 2000h), in der besonders die *Psychologie* und ihre Teildisziplinen eine zentrale Rolle spielen sowie die Ergebnisse der klinisch relevanten Sozialpsychologie, der Bio- und Neurowissenschaften (*Flammer* 1996; *Stroebe et al.* 1996; *Birbaumer, Schmidt* 1999), die in komplexen Praxismodellen umgesetzt werden (z.B. in *Petzold, Wolf et al.* 2000). Auf der Basis eines systematischen Integrationsmodelles (*Petzold* 1992a) wurden neben den eigenständigen Entwicklungen (*Petzold* 1988n) nach kritischer Sichtung (*Petzold, Orth* 1999a) nützliche Konzepte und Methoden der großen psychotherapeutischen Mainstreams: Verhaltenstherapie (*Petzold, Osterhues* 1972), Kognitive Psychotherapie, Psychoanalyse, Systemische Therapie – hier besonders der „ökologische Ansatz“ von *Gibson* (1979) und der „dynamic systems approach“ (*Kelso* 1995; *Thelen, Smith* 1994; *Ebert* 2000) in *sozialökologischer* Ausprägung (*Petzold et al.* 1994, *idem* 1995b) – und die humanistisch-psychologischen Ansätze zu einer systematischen „Heuristik mehrperspektivischer Betrachtung und Intervention“ genutzt. Die Verwendung dieser Konzepte und Methoden erfolgte allerdings nicht im Sinne eines pragmatischen oder systematischen Eklektizismus, sondern als Ansatz *theoriegeleiteter Integration* auf Grundlage einer durch Konzeptvergleiche im Sinne komparati-

ver Psychotherapie entwickelten *Metastruktur* (Petzold 2000h). Diese eigenständige Theorie- und Methodenentwicklung erfolgte in starker Orientierung an der „clinical lifespan developmental psychology“ (vgl. Petzold 1992b, Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Oerter et al. 1999), einer „clinical social psychology“ (Försterling 1988; Stroebe, Hewston, Stephenson 1996, 587ff; Petzold 1998a) und einem *phänomenologisch und neurobiologisch* fundierten *Leibkonzept*. Der „Leib“ wird als der „informierte Körper“ verstanden, in dem *materielle* Information – die des biophysiologicalen Organismus – und *transmaterielle* Information verschränkt sind (Petzold 1988n, 187; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, 551ff). Im „Leibsubjekt“ (Merleau-Ponty 1966; Petzold 1985g) konvergieren in einer sozialpsychologischen und neuroimmunologischen (Damasio 1994, 2000; LeDoux 1996; Petzold, Wolf et al. 2000) sowie einer entwicklungsgerichteten Perspektive (developmental approach) das „System Organismus“, das „System Person“ und das „System Umwelt“ zu einem übergeordneten System, weshalb auch von einem „sozioökologischen Ansatz“ bzw. einer sozioökologischen Systemtheorie gesprochen wird (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold 1998a; Ebert 2000; Bermúdez et al. 1995). Der Mensch als „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ ist ein selbststeuerndes „personales System“, das durch die Konnektivierung mit den umliegenden Systemen, d.h. durch seinen sozioökologischen Bezug *Identität* gewinnt (Petzold 1974j, 2000h). In diesem Ansatz liegt das Spezifikum und die Originalität der Integrativen Therapie. Für die „Integrative Therapie“ als ein „multimodales Verfahren“ (Petzold, 1974j, 302) findet sich eine elaborierte theoretische und methodische Ausarbeitung in dem dreibändigen Grundlagenwerk „Integrative Therapie“ (Petzold 1991a, 1992a, 1993a) und in Petzold (1996a; 1998a), Petzold, Sieper (1993a) sowie Petzold, Orth (1990, 1999a). Die Integrative Therapie hat spezifische Ansätze der Säuglings- und Kleinkindtherapie (Petzold 1993c, 1994j; Hauch 1996), der Kindertherapie (Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995, 1996; Petzold, Ramin 1987; Petzold, 1995a, b), der Therapie mit Jugendlichen (Affeldt 1991), der Gerontotherapie (Petzold, Bubolz 1976; Müller, Petzold 1997) und der Thanatotherapie (Lückel 1981; Petzold 1999l; Spiegel-Rösing, Petzold 1984) entwickelt. Ausarbeitungen zu störungsbildspezifischen Behandlungsansätzen, z.B. in der Psychosomatik, finden sich in Heini (1997), zur Suchttherapie in Petzold, Thomas (1994), Petzold, Scheiblich, Thomas (1998), zur Traumatherapie in Petzold, Wolf et al. (2000), zur Behandlung von Depressionen in van der Mei, Petzold, Bosscher (1997). Außerdem wurden eigenständige Methoden der Integrativen fokalen Kurzzeitpsychotherapie (Petzold 1993p), der Langzeiteinzeltherapie (Frühmann 1995), der Gruppenpsychotherapie (Petzold, Schneewind 1986) und der Arbeit mit therapeutischen Wohngemeinschaften (Petzold, Vormann 1980) entwickelt.

## 1.1 Ziele und therapeutisches Vorgehen in der Integrativen Therapie – „Integrative fokale Kurzzeittherapie“

„Integrative fokale Kurzzeittherapie“ wurde konzipiert, um Menschen bei der Bewältigung von Problemen, Störungen, Erkrankungen im Kontext einer aktuellen Lebenssituation, oft einer „*prekären Lebenslage*“ (Petzold 2000h) mit ihren historischen Hintergründen und ihren biographischen Bedingtheiten Hilfe zu geben. Dabei wird *konfliktzentriert* und *ressourcenorientiert* vorgegangen und auf *erlebnisaktivierende* Methoden und Techniken zurückgegriffen, um (1) leibliches Erleben aufzugreifen, (2) um Zusammenhänge szenisch und *emotional* konkret erfahrbar zu machen und (3) um Einsichten *kognitiv* zu vermitteln, Prozesse, die im Kontext einer therapeutischen Beziehung stattfinden. Therapeutisches Handwerkszeug stellt dafür ein aktionaler Therapieansatz (Petzold 1965, 1969b, 1970c, 1970d, 1972a) bereit, in dem Konzepte wie „multiple Stimulierung“ („zeitextendierter Stress“ als Negativstimulierung), „Szene“, „Skript“, „atmosphärisches Erfassen“, „szenisches Verstehen“, „soziales Sinnverstehen“ (idem 1995a), „Narration“ (Handlungserzählung) und „Narrativ“ (Muster, Schema) von Bedeutung sind. Der „szenische bzw. dramatisch-aktionale Ansatz“ geht im Wesentlichen auf Moreno (1946), Iljine (1942, 1972) und Ferenczi (1919, 1932) zurück und wird auch in anderen kurzzeittherapeutischen Ansätzen genutzt (Crits-Christoph 1992; Luborski 1984; Strupp, Binder 1991). Habitualisierte Verhaltensmuster (Skripts, Narrative) – funktional als Copingstile und Muster der Ressourcennutzung von Patienten als „Reinszenierungen“ und dysfunktional als Muster der Übertragung und des Widerstandes – gilt es im eigenleiblichen Spüren und im Kontext der Lebenssituation, ggfls. einer „*prekären Lebenslage*“ emotional und rational wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären, um sie beeinflussen und verändern zu können. Die Aktivierung „alter Atmosphären und Szenen“ im „Hier und Jetzt“ ermöglicht in der und durch die Beziehung „*korrigierende* Erfahrungen“ (Ferenczi 1932; Alexander 1950). Zum anderen wird durch die Aktivierung von Ressourcen (Petzold 1997p) und *protektiven* Faktoren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), durch Experimentieren und Aufgaben das Erleben „*alternativer* Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten“ möglich. Wir differenzieren diese beiden Interventionsstrategien (Petzold 1992a, 464). Fokaldiagnostik und Fokalintervention durch „szenische Konkretisierung“ sind nicht voneinander trennbar. Wichtig ist, in intersubjektiver Ko-responzenz (Petzold 1991e) Aspekte des Lebenslaufes herauszuarbeiten, die bestimmend für die Störung sind und diese zum Fokus der Behandlung zu machen, aber auch solche, die *protektiv* waren, Resilienzen entstehen lassen und aktual therapeutisch nutzbar sind.

## 1.2 Diagnostik bzw. Theragnostik in der Integrativen fokalen Kurzzeittherapie

Diagnostik ist immer zugleich auch schon Intervention, weshalb im Integrativen Ansatz auch von „Theragnostik“ gesprochen wird (Petzold 1974j; Petzold, Wolf et al. 2000), für die ein reiches Instrumentarium verfahrensspezifischer Techniken der Prozess- und Strukturdiagnostik entwickelt wurden (Müller, Petzold 1998; Petzold, Orth 1994; Kames 1992). Die Daten aus dem klassifikatorischen Ansatz (z.B. ICD oder DSM), der Anamnese und Hypothesenbildung führen theoriegeleitet zu Indikationsstellung, Prognose, Zielbestimmung und zu einem Behandlungsplan für den therapeutischen Prozess (Osten, Petzold 1998; Osten 2000). Wir sprechen auch von einem „offenen therapeutischen Curriculum“ (Petzold 1996a, 208), das mit der Patientin erarbeitet wird. Patientinnen werden mit verschiedenen theoretischen „Optiken“ betrachtet: in ihren sozialen und biographischen Bezügen, lebensgeschichtlichen Abschnitten über den gesamten Therapieprozess (Prozessdiagnostik) hin, um sie in ihren Defiziten, Traumata, Konflikten, Störungen, in Problemen und Entwicklungsaufgaben (Petzold 1996f), in ihren Ressourcen, Kompetenzen und Potentialen (idem 1997p) in Kontext/Kontinuum, besonders wenn dieses als „prekäre Lebenslage“ erkennbar wird, möglichst komplex zu begreifen. So kommen in der „Theragnostik“ Perspektiven der Pathogenese und der Salutogenese zum Tragen, werden Belastungs-, Risiko- und protektive Faktoren sowie Resilienzen erfasst (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Steffan 2000; Petzold 1995a). Diese Betrachtung wird mit der Patientin zusammen reflektiert. Sie erhält dadurch eine gewisse Übersicht über die aktuelle Situation in der Therapie und „Exzentrizität“ zu ihrem Leben. Wo immer möglich, findet Diagnostik ko-respondierend statt, in geteiltem „locus of control“ (Flammer 1990), um „informed consent“ und „client dignity“ (Müller, Petzold 2000) zu gewährleisten. Mit dem Fokus auf die Persönlichkeitsstrukturen schreitet Integrative Diagnostik von der Informationssammlung zu deren Auswertung. Sichtung, Orientierung und Klassifizierung, führt zu Bezügen, in denen Prägnanzen und Sinn (idem 2000l) aufscheinen.

Besonders wesentlich ist es für die „klinische Karriere“ und das Hilfesuchen der Patientin, ihre spezifischen *persönlichen* Fragen nach Hilfe, Unterstützung, Förderung und ihren Behandlungserfolg zu erfassen, um all dieses als maßgebliche Elemente in der Therapie zu berücksichtigen. Folgende Schritte sind zu beachten:

- Erfassen des Hilfesuchens und des Behandlungsauftrags der Patientin;
- Erstellung der Statusdiagnose nach ICD-10 oder DSM-IV, bei Bedarf unter Einbezug weiterer objektiver Erhebungsinstrumente zur Differentialdiagnostik;
- Erhebung verfahrensspezifischer diagnostischer Informationen;
- Erfassen der Lebenssituation, ggfls. der „prekären Lebenslage“ der Patientin;

- Hypothesen zur Ätiologie der aktuellen Symptome, der Konfliktdynamik und zur Entstehungsgeschichte der problemrelevanten Strukturen (Strukturen, Narrative, Schemata, Skripts, Determinanten der Lebenslage);
- Hypothesen zu aktuellen Strukturen/Schemata, malignen und benignen (dysfunktionalen/funktionalen) und deren Zusammenhang (gegebenenfalls als Taxonomie/Hierarchie);
- Formulieren von differentiellen Zielen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) und Erstellung eines therapeutischen Rahmencurriculums (Petzold 1988n);
- Indikation und Prognose: Formulierung prioritärer Therapieziele, interventiver Perspektiven (präventive, konservierende, reparative, evolutive, u.a.), Entscheid hinsichtlich Fokal- oder Langzeittherapie, Einzel- oder Gruppenbehandlung und der Modalitäten (*bimodal*, z.B. erlebnis- und konfliktzentriert oder *multimodal*, indem ggf. noch übungszentrierte Lauftherapie [van der Mei et al. 1997] oder medikamentöse Therapie hinzukommt). – (Vgl. Steffan, Petzold 2000)

Diese Schritte erfolgen im Diskurs mit der Patientin, d.h. in intersubjektiver Ko-responzenz (Petzold 1991e), um „informed consent“ herzustellen, soweit wie die Patientin dadurch nicht überlastet oder destabilisiert wird (Beachtung von „client welfare“). Neben Therapieentscheid und Arbeitsbündnis ist ein Ziel der *Theragnostik* die Induktion oder Bekräftigung positiver Erwartung (Grawe 1998), wo sie noch nicht vorhanden ist. Nach vereinbarter Therapie folgt die individuelle und differentielle Therapieplanung.

Folgende verfahrensspezifische Instrumente zur Fokaldiagnostik haben sich in der Praxis sehr bewährt: die Panoramatechnik, die Body-Charts, die Netzwerkkarten und die Identitätsbilder (Petzold, Orth 1993a, 1994a; Hass, Petzold 1999). Die Panoramatechnik ist angelehnt an Konzepte longitudinaler entwicklungspsychologischer Forschung (Petzold 1981g; Rutter 1988). Die Patientinnen werden aufgefordert, Faktoren, die im Laufe ihres Lebens wirksam geworden sind, als *Ketten* pathogener, salutogener Einflüsse bildlich auf einer Zeitachse darzustellen (Petzold 1975a), um einen ausreichenden diagnostischen Überblick über vergangene, aktuelle und prospektive Lebens- und Problemlagen der Patientin zu gewinnen, und dann einen oder zwei Hauptfoki und eventuell Nebenfoki zu setzen (idem 1993p). In der Integrativen Therapie werden fünf Säulen der Identität unterschieden: 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netz, 3. Arbeit/Leistung/ Freizeit, 4. materielle Sicherheiten, 5. Werte. Diese werden wiederum nach Erläuterung bzw. einer Einführung als „Identitätsbild“ dargestellt und anschließend gemeinsam reflektiert (ibid. 380ff). Die „Körperbilder“ erfassen projektiv und semiprojektiv psychosomatische Probleme (Orth 1994), die Netzwerkkarten die Situation der „social networks“, als „convoys“ und als „social worlds“ und „lifestyle communities“, d.h. kollektive Kognitionen, Emotionen und Volitionen in sozialen Gruppen (Müller, Petzold 1998, 1999; Hass, Petzold 1999), die „Konflikt- und Ressourcenerfelder“ und „Lageberichte“ (Petzold 1998a; Petzold, Orth 1998) erfassen Lebenssituation und „prekäre Lebenslagen“ für ggfls. erforderliche *soziotherapeutische* Interventionen (idem 1997).

### 1.3 Therapeutische Konzepte, Methoden und Wirkweisen

Die fokalinterventive Arbeit der „Integrativen Therapie“ kann durch die fokaldiagnostisch erhobenen Fakten die Art und Qualität der geklagten Beschwerden deutlich werden lassen. Man erhält über *Defizite, Traumata, Konflikte, Störungen* als wesentliche pathogene Stimulierungskonstellationen und über *Ressourcen, Coping- und Creatingstile* und *Potentiale* als salutogene Stimulierungen (Petzold 1997p), die die Dimensionen der Persönlichkeit *Selbst, Ich* und *Identität* affizieren, und über das umgebende Netzwerk Aufschluss, aber auch über die supportiven Vergangenheitseinflüsse. Diese durch die „Theragnostik“ gewonnenen Informationen sind Voraussetzung für die Fokalinterventionen.

Das Therapieverständnis der „Integrativen Therapie“ ist *mehrperspektivisch* auf verschiedenen Ebenen des „Selbstverständnisses“ dieses Verfahrens definiert worden, nämlich aus der Perspektive der Therapeutinnen und aus der der Patientinnen (Petzold 1990i, Petzold, Orth 1999), auf der Ebene eines „Metamodells der Humantherapie und Kulturarbeit“ (ders. 1991a, 1999q, 2000e), auf der Ebene der „klinischen Theorie und Methodik“ (ders. 1988n, 1992a, 1993a) und auf der Ebene der *agogischen, gesundheits- und entwicklungsfördernden „Praxeologie“* (ders. 1973c; 1991a, 11f; Petzold, Sieper 1993).

In einer übergreifenden und zusammenfassenden Definition formulieren wir:

»*Integrative Therapie ist 1. eine klinische Behandlungsmethode, 2. Instrument der Gesundheitsförderung, 3. Ansatz der Persönlichkeitsentwicklung und in all diesen Funktionen als erkenntnisgerichtete Selbsterfahrung und veränderungsgerichtete Projektarbeit eine wesentliche „Kulturtechnik“. Sie ist also 4. immer auch als „Kulturarbeit“ zu verstehen.*«

Auf diese zentralen Funktionen, in welchen ein Therapieverfahren sich wieder und wieder selbst überschreiten und hintersteigen muss und den *Diskurs* mit den anderen Naturwissenschaften, Sozial-, Geistes- und Kulturwissenschaften braucht (Petzold 1999p), müssen sich Therapeutinnen immer wieder besinnen, wenn sie als „Menschenarbeiter“, d.h. in ihrer helfenden, heilenden und fördernden Arbeit mit Menschen eine „Hermeneutik des Subjekts“ (Foucault 1985b), eine „intersubjektive Hermeneutik“ (Petzold 1991a, 187) bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit in Kontext und Kontinuum betreiben wollen, die über das *Wahrnehmen, Erfassen* und *Verstehen* individueller Schicksale hinaus mit dem Anspruch zu *erklären* in den gesellschaftlichen Raum und seine Geschichte vordringen will, ja in den kollektiven Untergrund unseres evolutionsbiologischen und sozialhistorischen Herkommens, um nach *Erklärungen* zu suchen, auf deren Grundlage besonnenes, aber auch sich einmischendes und Veränderungen wollendes Handeln möglich und wirksam wird. Da das *Psy-*

*chische*, d.h. das erlebende Subjekt, nicht von seiner *Leiblichkeit* als Grundlage und von seiner *Kultur*, seinem kulturellen *Boden* getrennt und aus seinen individuellen und kollektiven Bezügen und sozialen Vernetzungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene herausgelöst werden kann, muss der Rahmen einer rein *psychologischen Perspektive* immer wieder überschritten werden genauso wie der einer alleinigen biomedizinischen Betrachtung. Deshalb hatten wir die Konzepte der „*Psychotherapie*“ (sensu *P. Janet, S. Freud, C.G. Jung, A. Adler, E. Berne* u.a.) und die der „*Körpertherapie*“ (sensu *E. Gindler, W. Reich, A. Löwen, O. Raknes, G. Boeyens* u. a.), die Ansätze der sprachzentrierten, verbalen Therapien (z.B. *M. Boss, V. Frankl, C. Rogers, A. Beck* u.a.) und die der handlungszentrierten, Nonverbalität einbeziehenden Therapien (sensu *J.L. Moreno, F.S. Perls, M. Chace* u.a.) zu einer „**Integrativen Therapie**“ im Sinne einer „**Integrativen Humantherapie**“ erweitert (auch, um anthropologische Körper–Seele–Dualismen zu vermeiden).

Nach den in der oben gegebenen Definition aufgezeigten Perspektiven, lassen sich für die Integrative Therapie folgende *vier Basisdimensionen* bzw. Grundfunktionen herausstellen:

**I. Klinische Basisdimension:** Für die Integrative Therapie als Verfahren steht im Zentrum eine kurative und palliative Dimension. Sie heilt oder lindert seelische oder somatoforme (bzw. psychosomatische) Störungen und Leidenszustände mit Krankheitswert (Pathogenese-Perspektive) und hilft Patientinnen und Klientinnen bei schweren Belastungen, Konflikten und Lebensproblemen. Sie unterstützt also das Selbst in seiner „klinischen Selbsterfahrung“, d.h. bei den erforderlichen Erkenntnis-, Einsichts- und Bewältigungsprozessen.

**II. Salutogenetische Basisdimension:** Integrative Therapie hat eine gesundheitsfördernde Dimension. Sie trägt zu einer „gesundheitsbewussten Lebensführung“ und zu einem „gesundheitsaktiven Lebensstil“ von Patientinnen, Klientinnen und Kundinnen bei, und dies keineswegs nur aus Gründen der Prävention als Verhinderung möglicher Krankheit, sondern aus der Erkenntnis, dass Gesundheit ein kostbares Gut und eine Lebensmöglichkeit ist, die mit unterschiedlicher Intensität und Qualität entwickelt werden kann (Salutogenese-Perspektive), wobei psychotherapeutische Methoden der Selbstexploration und Selbststeuerung mit der Zielsetzung „salutogenetischer Selbsterfahrung“ verwandt werden.

**III. Persönlichkeitsbildende Basisdimension:** Integrative Therapie hat eine die Entwicklung der Persönlichkeit fördernde Dimension – für Patientinnen wie für gesunde Klientinnen und Kundinnen –, in der Erkenntnisse und Methoden psychotherapeutischer Verfahren eingesetzt werden (z.T. unter Bezeichnungen wie Persönlichkeitstraining, Selbsterfahrungsanalyse, Coaching, Mentoring), um in personaler Selbsterfahrung „sich selbst zum Projekt“ zu machen, die eigene Lebensführung aktiv zu planen, zu gestalten und voranzubringen: d.h. beispielsweise, seine „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth 1998) zu entwickeln, problematische Seiten zu meistern, für sich in angemessener Weise „Sorge zu tragen“ (Foucault 1986a, b), seine Potentiale zu entfalten, einen Lebensstil der *Aufrichtigkeit* gegenüber sich selbst und der *Freimütigkeit* Anderen gegenüber zu gewinnen (Parrhesie-Perspektive, vgl. Foucault 1996; Petzold, Orth, Sieper 2000).

**IV. Kulturschaffende Basisdimension:** Integrative Therapie hat eine kultur- und gesellschaftskritische und -entwickelnde Dimension, indem sie aktiv „Kulturarbeit“ (Freud 1933a, 86) und kritisch und engagiert „Gesellschaftsarbeit“ (im Sinne von Paul Goodman, Michel Foucault, Ruth Cohn) betreibt – spezifisch für und mit Patientinnen,

aber auch mit Blick auf übergeordnete Problemstellungen. Sie will in „kultureller Selbsterfahrung“, d.h. in multikulturellen, interkulturellen, transkulturellen und kulturkritischen Erfahrungen (Petzold 1998a, 26f, 309ff) dazu beitragen, dass nicht nur für individuelle Dynamiken Bewusstsein gewonnen wird, sondern durch Dekonstruktionen, Diskursanalysen und Metareflexionen (ibid.157) auch für kollektive, zumeist unbewusste bzw. nicht-bewusste Kräfte – positive wie destruktive –, die den Menschen, die Gesellschaft, die Kultur bestimmen. Ziel ist, die Bereitschaft wachsen zu lassen, dass man sich mit diesen **Diskursen** der Macht, der Wahrheit und des Wissens (Foucault 1998, Orth, Petzold, Sieper 1999) kritisch und metakritisch in Ko-responzenzprozessen auseinandersetzt, dass man aktiv wird und sich einzumischen wagt, wenn Unrecht geschieht, um Situationen der Destruktivität und Entfremdung zu überschreiten (Transgressions-Perspektive, vgl. Petzold, Orth, Sieper 2000). Nur so können Kultur und Gesellschaft in gemeinsamer Arbeit besonnen, verantwortlich und konstruktiv gestaltet werden.

Zur Umsetzung dieser vier *Basisdimensionen* bzw. Grundfunktionen wurden in der differentiellen Praxeologie (Petzold 1993h) der Integrativen Therapie methodisch „*Vier Wege der Heilung und Förderung*“ entwickelt (Petzold 1969c, 1988d), eine theoriegeleitete „klinische Heuristik“, die seit 1969 verfeinert und präzisiert wurde und verschiedene *Modalitäten* des Vorgehens im Sinne eines „multimodalen Ansatzes“ (idem 1974j, 304) ermöglicht:

(1) eine *übungsorientiert-funktionale Modalität* mit modernen Relaxationsmethoden (z.B. IDR, vgl. Voutta-Voß 1997; Petzold, Wolf et al. 2000); Lauftherapie (van der Mei et al. 1997), Biofeedback usw., um z.B. eine vorgefundene „*stress physiology*“ in Richtung einer „*wellness physiology*“ zu verändern (Petzold, Wolf et al. 2000). (2) Es wird in einer *erlebniszentriert-stimulierenden Modalität* mit kreativen Medien und Methoden (Petzold, Orth 1990a) an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit, Vergrößerung ihres Ressourcenvorrates und einer Entwicklung ihrer Potentiale (*enlargement, enrichment*) gearbeitet. (3) Die *konfliktzentrierte-aufdeckende Modalität* bearbeitet biographisch aktuelle und antizipierte Belastungen oder stellt ein „*differentielles Parenting*“ (Petzold, Orth 1999) bereit. Diese und weitere *Modalitäten* (z.B. Medikation, Familien- und Netzwerktherapie) kommen in der *Heuristik der „vier Wege der Heilung und Förderung“* zum Tragen. Die „vier Wege“ werden kombinatorisch eingesetzt, ergänzen einander und werden gegenwärtig wie folgt gefasst:

#### 1. Weg – Bewusstseinsarbeit:

Ziele sind Förderung von Exzentrizität, Einsicht in Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussicht auf Entwicklungen – insgesamt Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (Petzold 1992a, 912f) sowie ein Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge und Selbsttechniken der Subjektkonstitution (Foucault 1985a, b; Petzold, Orth, Sieper 2000). *Bewusstseinsarbeit* erfolgt durch eine intersubjektive und persönliche Hermeneutik und Metahermeneutik des Subjekts (Petzold 1988t, 2000e, 2000b, 2000h) nach dem Modell der „*hermeneutischen Spirale*“ (Petzold 1991a, S. 123-147), die von multidimensionalem *Wahrnehmen* im unmittelbaren Erleben ausgeht, fortschreitet zum *Erfassen* von Bezügen zu Aktuellem, Vergangenem, Prospektivem und dann weitergeht zum *Verstehen* von Auswirkungen und Nachwirkungen, d.h. von wirksamen Strukturen dann zum *Erklären*-können kommt, welches schließlich in *Verändern* als einer „Neuorientie-

„rung“ münden kann. Durch eine solche „persönliche und gemeinschaftliche Hermeneutik des Subjekts“ verbinden sich im Sinne „*vitaler Evidenz*“ *leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht* auf der Grundlage von konkreter *zwischenmenschlicher Bezogenheit* in „*prozessualer Aktivierung*“, um in „*narrativer Praxis*“, in der Gesprächs- und Erzählgemeinschaft der therapeutischen Situation (Petzold, Petzold 1991; Petzold 1991o, 1999k, 2000b), neue Strukturen zu bilden und Strukturgefüge zu modulieren, neue Lebensnarrationen zu beginnen. Besondere Bedeutung kommt dem Eröffnen einer „Metaperspektive“ auf die Therapie zu, das Aufzeigen der Dependenzstrukturen des therapeutischen Settings selbst und der hier möglichen Machtdiskurse (Petzold, Orth, Sieper 1999), um durch einen *diskursanalytischen* und *dekonstruktivistischen* Zugang (sensu Foucault und Derrida) eine emanzipatorische *Überschreitung (Transgression)* zu „*persönlicher Souveränität*“ und zu einer vielfältigen, flexiblen *Persönlichkeit* zu ermöglichen, die ein zentrales Ziel Integrativer Therapie ist (Petzold, Orth 1998). Durch solche „metahermeneutische Arbeit“ können auch Abhängigkeiten von therapeutischen Ideologien und therapeutischen Lebensstilen aufgelöst werden (Petzold, Orth, Sieper 2000).

**Modalität:** konfliktzentriert-aufdeckend.

**Methoden und Techniken:** störungsspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

## 2. Weg – Nach- und Neusozialisation, emotionale Differenzierungsarbeit (z.B. durch *differentielles Parenting/Reparenting*):

Ziele sind, Grundvertrauen bekräftigen, das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum zu erweitern und defizitäre Strukturen (z.B. emotionale, volitive, kognitive Defizite) durch *korrigierende* oder *alternative* Erfahrungen – diese beiden Strategien werden differenziert – in einer gewachsenen, tragfähigen therapeutischen Beziehung zu verändern (Petzold 1992b; Petzold, Orth 1999a, 200, 214). Differentielle, ggf. regressionsorientierte Arbeit im Sinne dieses „zweiten Weges“ ist indiziert, wo nicht Regression eine Form der Abwehr ist, sondern *wo aktivierte maligne, defizitäre* aber auch *benigne Strukturen* und entsprechende Erinnerungen positiv zum Tragen kommen können. Unter Einbezug zwischenleiblicher Interaktion und nonverbaler Kommunikation wird besonders an dysfunktionalen „*emotionalen Stilen*“ bzw. Strukturen/Schemata (Petzold 1992a, S. 835 ff.) gearbeitet. Defizite emotionaler und volitiver Sozialisation können durch „*emotionale Differenzierungsarbeit*“ angegangen werden, *negative Grundstimmungen* werden durch Methoden der „*Umstimmung*“ beeinflusst (ibid.), schwache Entscheidungskraft und fehlendes Durchhaltevermögen des Willens werden durch volitive Übungssequenzen (Petzold 2000a) verändert. Führt die Regression in Annäherung an sehr frühe Relikte, so können die genetisch disponierten, typisierten Muster des „*intuitive parenting*“ (Papoušek, Papoušek 1981) auch in der Arbeit mit Erwachsenen zum Tragen kommen. Parentingmuster für die Kleinkindzeit sind nicht mehr typisiert und als „*sensitive caregiving*“ bekannt und werden über die Lebensspanne hin wirksam (Vyt 1989; Petzold et al. 1994; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Jeder benignen Regression folgen Integration und Neuorientierung im Gegenwartsbezug mit entsprechenden handlungswirksamen Lernschritten, z.B. in Self-Parenting, Selbstsorge, der Selbstregulation, Selbstentwicklung, indem man „*sich selbst zum Projekt*“ macht (Petzold 1992a, 527ff; Bermúdez et al. 1997). Außerdem dürfen Parentingstrategien keineswegs nur auf das frühe Milieu begrenzt werden. Auch Adoleszente brauchen Eltern, und Erwachsene sind gut beraten, wenn sie einen väterlichen Freund oder eine mütterliche Frau bei schwierigen Lebenssituationen konsultieren können. Dabei nimmt die Therapeutin unterschiedliche Rollen und Funktionen ein, keineswegs nur elterliche (Petzold, Orth 1999a). Zumeist jedoch verkörpert sie kompetente, erwachsene Schutz-, Pflege- und Bezugspersonen in „*aktualisierten Situationen*“ fehlenden Beistandes oder in der Aktivierung früherer guter Milieus und anderer gegenwärtiger *Ressourcen* sowie in der prospektiven Entfaltung von *Potentialen* der Person und ihres Konvois.

**Modalitäten:** konfliktzentriert-aufdeckend oder erlebniszentriert-stimulierend, bei schweren Krisen: medikamentös-stützend.

**Methoden und Techniken:** Störungsbildspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

### 3. Weg – Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung:

Ziele sind, den Erlebens- und Ausdrucksspielraum der Patientinnen zu erweitern, das Ressourcenpotential zu vergrößern, Ressourcennutzung zu verbessern, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Kompetenzen und Performanzen des Copings und Creatings zu fördern (Petzold 1997p; Flammer 1990), schließlich neue Strukturbildung anzuregen. Es geht darum, eine Lebenskunst (Schmid 1999) zu bekräftigen, eine Haltung der *Parrhesie*, d.h. der Offenheit, Aufrichtigkeit und Klarheit, sich selbst und Anderen gegenüber (Foucault 1996; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000), in der das eigene Leben ko-kreativ mit „signifikant others“ als *Kunstwerk* gestaltet wird (Foucault 1984a, b), „das Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (Petzold 1999q, 2000e).

Durch „multiple Stimulierung“ werden *alternative Erfahrungsmöglichkeiten* bereitgestellt, z.B. mittels Bewegung, Spiel, kreativen Medien (Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993a), Experimenten und Projekten, kommunikativer Förderung. Sie entwickeln die Selbstwahrnehmung aus der Ressourcenperspektive und so wiederum „persönliche Souveränität“, die „Vielfalt der Persönlichkeit“ (Bakhtin 1981; Petzold, Orth 1998), indem sie das Ressourcenreservoir und die „persönlichen Potentiale“ vergrößern, so dass sich persönliche Narrative bzw. Strukturgefüge erweitern und verändern können und die Biosodie, das „sich erzählende“ Leben, die sich *fortschreibende Lebensnarration* (McLeod 1997; Petzold, Orth 1993a; Petzold 2000b, e) als lebendiger Prozess der selbstbestimmten Gestaltung der eigenen Biographie in ständigen *Überschreitungen* (*transgressions*, vgl. Petzold, Sieper, Orth 2000) entwickelt.

**Modalitäten:** erlebniszentriert-stimulierend oder übungszentriert-funktional.

**Methoden und Techniken:** Störungsbildspezifisch, zuges passt auf die Lebenssituation.

### 4. Weg – Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment:

Ziele sind, Förderung von exzentrischer Metareflexivität und Selbststimmtheit, d.h. Entwicklung **persönlicher Souveränität**; weiterhin eine „Kultivierung *altruistischen Engagements*“ (Zahn-Waxler 1991; Monroe 1996; Sober 1998), denn Altruismus hat ein heilendes, gesundheitsförderndes und persönlichkeitsentwickelndes Potential (Hunt 1992). Er wird überdies zu einer immer bedeutsameren Notwendigkeit in modernen Gesellschaften, die auf Dauer nur funktionieren können, wenn ihre Mitglieder „engagierte Verantwortung“ (Petzold 1978c, 2000h) im Sinne „Integrativer Ethik“ (Krämer 1992; Endreß 1995; Petzold 1990n) übernehmen. Das muss, wo immer möglich, auch in Therapien zum Tragen kommen, damit Patienten, die oft genug „Opfer“ gesellschaftlicher Benachteiligung sind, aus dieser Rolle herauskommen und gesellschaftliche „Selbstwirksamkeit“ gewinnen.

Dieser vierte Weg unterfängt die Arbeit in den übrigen drei Wegen durch die solidarische Haltung der Therapeutin, durch ihr engagiertes Eintreten, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist. Damit dies nicht nur eine sozialpolitische Haltung ist, eine Deklaration gesundheitspolitischen Engagements wird, gehören hierhin auch *konkrete* alltagspraktische Hilfen, z.B. initiierte und begleitete *soziotherapeutische* Maßnahmen bei akuten Belastungen und schwierigen Lebenslagen, die oft prioritär sind, und die Aktivierung sozialer Netzwerke und Supportsysteme (Hass, Petzold 1999). Der Integrative Ansatz hat stets großen Wert auf *Soziotherapie* (Petzold 1997b), Wohngemeinschafts- und Selbsthilfeprojekte (Petzold, Vormann 1980; Petzold, Schobert 1991) gelegt und Instrumente der Netzwerktherapie, Projektarbeit und des Gesundheitscoachings entwickelt. Grundlegend ist hier der Ansatz des „sozialen Sinnverstehens“ (Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995; Zaepfel, Metzmacher 1996; Petzold 1995b, S. 171), der „sozialen Empathie“ (ebd., S. 242), ein Erfassen der Situation des Patienten im Netzwerk, der Situation des Netzwerks und seiner Strukturen, der sozioökologischen Gegebenheiten durch Akte „sozialperspektivischer Identifikation“ und des Ermöglichens „wechselseitiger Empathie“. Therapieziele, die aus dieser Matrix erwachsen, kommen unmittelbar im sozialen Raum und in alltagspraktischen Hilfen zum Tragen.

**Modalitäten:** konflikt- und erlebniszentriert.

**Methoden und Techniken:** Hier wird auf das Instrumentarium sozial-kognitivistischer bzw. behavioristischer Ansätze genauso zurückgegriffen wie auf Strategien aus „social casework“ bzw. „casemanagement“ (wir sprechen lieber von „Prozessbegleitung“) oder aus der System- und Soziotherapie.

Bei den „Vier Wegen“ und den *Modalitäten* gilt es zu reflektieren, welche Position, welche Aufgabe jeweils die Therapeutin und die Klientin übernimmt und welche sozialen Konfigurationen zum Tragen kommen – unter dekonstruktivistischer und diskursanalytischer Perspektive (Foucault, Derrida, vgl. Parker 1999) –, d.h. welche Machtspiele, Genderklischees, Schichtstereotype, Vorurteile sich ggf. in ihnen reproduzieren, um durch derartige Metareflexionen die *transversale* Qualität der Arbeit, ihre pluralistische Ausrichtung zu gewährleisten, dysfunktionale Ideologien zu erkennen, ihnen gegenzusteuern und „Diskurse der Freiheit“ (Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000) zu ermöglichen.

In der „Integrativen fokalen Kurzzeittherapie“ liegt der Schwerpunkt auf dem 1., 3. und 4. „Weg der Heilung und Förderung“, dem Einsichtsgeschehen und Verstehen, der experimentierenden Erlebnisaktivierung und Solidaritätserfahrung. Den *vier Wegen* sind therapeutische *Wirkfaktoren* zugrunde gelegt, die in der Fokalthherapie spezifisch zur Anwendung gebracht werden. Anliegen ist es, diese oft als „unspezifische“ benannten *Wirkfaktoren* (Huf 1992; Märzens, Petzold 1998) gezielt einzusetzen, damit sie „spezifische Wirkfaktoren“ werden (Brumund, Märzens 1998; Smith, Grawe 1999). In der Integrativen Therapie werden folgende Wirkfaktoren gesehen, die in unterschiedlichen Kombinationen – abhängig von der Eingangsdiagnostik und ggf. modifiziert aufgrund der Prozessdiagnostik – eingesetzt oder im Prozess akzentuiert werden:

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“

Die Wirkfaktoren kommen integriert im persönlichen Stil der Therapeutin und organisch im Geschehen der Therapie situations- und problemangemessen zum Tragen. Die fokaltheraeutischen Behand-

lungen mit Verwendung von „Identitätsbildern“ und der „Panoramatechnik“ (Petzold 1993p) lassen sich bei adäquater Indikationsstellung in den meisten Fällen im Zeitrahmen von ca. 25 Stunden mit Erfolg durchführen. Bei etwa einem Drittel der Patientinnen ist eine längere Begleitung mit einer aufdeckenden oder nachsozialisierenden Vorgehensweise (1. und 2. Weg) notwendig.

## 2. Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis Integrativer Therapie

Psychotherapieforschung wurde von *Orlinsky* (1998) definiert als „Anwendung geeigneter wissenschaftlicher Methoden, um psychotherapeutisches Vorgehen zu beschreiben, zu erklären und zu evaluieren“ (S. 71). Das zentrale Anliegen der Psychotherapieforschung besteht darin, die therapeutische Praxis transparent zu machen (*Steffan, Petzold* 2000), geeignete „Karten“ (*Kriz* 1996, S. 165) zu erstellen, die Orientierung und Überblick über Veränderungen durch Psychotherapie bieten. Diese „Karten“ sollen Entscheidungshilfen (Anwendung) geben und z.B. durch Ausbildung auf die „Reise“ Psychotherapie gut vorbereiten und durch das Feedback von Patientinnen erweitert oder verbessert werden (Theorie-Praxis-Transfer), so dass eine zirkuläre, konnektivierte „bottom-up-/top-down-Bewegung“ entsteht (*Petzold* 1998a, 96f).

Ergebnisse aus fast 50 Jahren Psychotherapieforschung zeigen, dass Psychotherapie wirkt. Die Erfolgsquote liegt bei 75% (*Elkin* 1994; *Grawe* 1998). Im Vergleich zu medizinischen Behandlungen wirkt Psychotherapie demnach besser (*Lipsey, Wilson* 1993; *Grawe, Donati, Bernauer* 1994). Die durchschnittliche Effektstärke von Psychotherapie beträgt 1,21, abzüglich spontaner Remissionen 1,11 (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994, S. 676). Umgerechnet (Binominal Effekt Size Display nach *Rosenthal* 1991) heißt das, dass sich ausgehend von 100 Psychotherapiepatienten der Zustand von 70 bedeutsam verbessert, während der Zustand von 30 unverändert bleibt oder sich verschlechtert. Das ist ein gesichertes Ergebnis aus mehreren Jahrzehnten Forschung zur Legitimation von Psychotherapie (*Bergin, Garfield* 1994). Mit Beginn der dritten Phase der Psychotherapieforschung (*Meyer* 1990), der „differenziellen Psychotherapieforschung“, die sich primär mit der Frage nach therapeutischen Wirkfaktoren beschäftigt, nähern sich Vertreter verschiedener therapeutischer Orientierungen theoretisch wieder an (*Bastine, Fiedler, Kommer* 1989). Es entsteht ein „integratives Moment“ in der Psychotherapieforschung, Theorienbildung und Qualitätsentwicklung (*Steffan, Petzold* 2000), so dass wir vom „neuen Integrationsparadigma“ in der Psychotherapie gesprochen haben (*Petzold* 1992g, 2000h).

Im Zusammenhang mit der gesundheitspolitischen Situation (und der berufspolitischen Situation in Deutschland) in den letzten Jahren gewinnt die Frage nach den *Kosten* und der Effektivität von Psychotherapie größere Bedeutung. Es erfolgte eine Ausweitung auf die Versorgungsforschung durch Evaluation und Qualitätssicherung (*Laireiter, Lettner, Baumann* 1996; *Laireiter, Vogel* 1998). *Rudolf* (1998) skizziert eine vierte Phase der Psychotherapieforschung, die praxisbezogene Psychotherapieforschung, die sich inhaltlich nicht von der dritten Phase unterscheidet, wohl aber durch die Methodik. Die konventionellen Methoden der Psychotherapieforschung (*Kazdin* 1994) haben ihre Stärke in ihrer Verpflichtung zu wissenschaftlicher Exaktheit, die aber auch gleichzeitig aufgrund der Künstlichkeit der Untersuchungssettings, d.h. der oft mangelhaften „ökologischen Validität“ eine Schwäche darstellt. Eine praxisorientierte Forschung wird auch im Sinne einer „evidence based psychotherapy“ von vielen Seiten her gefordert (*Rudolf* 1990; 1998; *Seligman* 1995; *Petzold* 1999p; *Baumann* 1999; *Czagalik* 1999; *Lutz* 2000).

## 2.1 Braucht die Integrative Therapie eine spezifische Forschungsmethodik?

Vielzitierte Ergebnisse von Psychotherapiestudien konnten keine wesentlichen Unterschiede in den Wirkungen verschiedener Psychotherapieschulen feststellen (*Smith, Glass, Miller* 1980; *Luborsky, Singer, Luborsky* 1975). Eine Untersuchung von *Strupp und Hadley* (1979) zeigte, dass qualifizierte Laien (didaktisch kompetente Universitätsprofessoren) die gleichen Erfolge erreichen wie ausgebildete Psychotherapeutinnen. *Lambert* (1992) argumentiert nach einer Analyse von Psychotherapieforschungsstudien, dass 30% der Ergebnisvarianz von Psychotherapie auf die *common factors*, insbesondere auf die therapeutische Beziehung, 15% auf die therapiespezifischen Wirkungen der Techniken, 40% auf Veränderungen außerhalb der Therapie und 15% auf Erwartungseffekte zurückzuführen sind. Die Veränderung von Erwartungen beim Patienten gilt als ein gesicherter Wirkmechanismus (*Frank* 1982; *Orlinsky, Grawe, Parks* 1994; *Grawe* 1998). Vermittlung von Professionalität durch einen definierten Ort und die definierte Zeit der Therapie, durch Status/Rolle und durch eine anerkannte Ausbildung, Kompetenz und Glaubwürdigkeit des Therapeuten gehören zu empirisch gesicherten Prozessmerkmalen in der Therapie (*Orlinsky, Grawe, Parks* 1994). Dieser Wirkmechanismus wurde insbesondere für psychodynamische und humanistische Therapieformen nachgewiesen (*ibid.*). Ein weiterer Befund einer klassischen Psychotherapievergleichsstudie (*Sloane et al.* 1975) zeigte, dass

viele Psychotherapeutinnen sich nicht schulenkonform verhalten, durch ihre Klientinnen „geformt“ werden und „allgemeine Faktoren“ wie Persönlichkeit der Therapeutin, ihre Ermutigung und Wertschätzung große Wirkungen auf den Erfolg der Therapie haben.

Diese Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen und die Erkenntnisse aus der Forschung zu Wirkfaktoren weisen darauf hin, dass schulenübergreifende Veränderungswirkungen in der Psychotherapie existieren. Zunehmend wird methodenübergreifend gedacht, auch in der akademischen Psychotherapieforschung (*van Queckelberghe 1979; Petzold 1982g, 1992g; Strauß, Wittmann 1997; Perrez, Baumann 1998; Grawe 1998*), womit sich die Frage nach einer *spezifischen* integrativen Forschungsmethodologie (*Märtens, Petzold 1995a, b*) relativiert. Sie hat in jedem Fall eine *mehrperspektivische* und *optikenzplurale* sowie Forschungsparadigmen verbindende Ausrichtung. Die Kombination des quantitativen und qualitativen Paradigmas bei den Untersuchungsstrategien in „*sophisticated designs*“, die Betonung von empirischer und von theoretischer Forschung und ihre Verschränkung (*Steffan, Petzold 2000*) und die kombinierte Beforschung unterschiedlicher Bereiche und Fragestellungen (*idem 1994h*) – z.B. interventionsethischer, diagnostischer, therapeutischer, lebenslagenbezogener, epidemiologischer, entwicklungspsychologischer Art – darf als ein Charakteristikum integrativer Forschungsorientierung angesehen werden (*Petzold 1979c, 1993p, 1995a, idem; Rodriguez, Petzold 1997*). Die Frage nach den veränderungswirksamen Elementen von Psychotherapie verlangt ein differenzierteres und komplexeres Schauen (*Märtens, Petzold 1995a, b*). Studien müssen deshalb viel breiter angelegt werden, als dies bisher der Fall war, denn sie müssen mehr Fragen beantworten (vgl. unseren 14-Punkte-Katalog, *Steffan, Petzold 2000*). Das erfordert das Einbeziehen des gesamten Fundus an Erkenntnissen der modernen Psychotherapieforschung und der Natur-, Human- und Sozialwissenschaften (*Petzold 1999p*). Hierbei sind die Erkenntnisse zur Wirksamkeitsforschung, dass der Anteil der schulenübergreifenden Wirkmechanismen vier mal so groß ist wie der der spezifischen (schulenspezifischen Techniken, vgl. *Blaser 1989; Frauchiger 1999*) ein Argument. Ein weiteres Argument bietet das Bedürfnis der Therapeutinnen nach Erweiterung ihrer therapeutischen Kompetenzen und Performanzen, der Bestimmung von Gemeinsamkeiten in der Psychotherapie und Steigerung der Behandlungseffektivität (*Petzold 1992g*). Dies drückt sich in der Steigerung des Interesses an Integration aus. In einer Befragung von Psychologen des „Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.“ (*Butollo, Piesbergen, Höfling 1996*) gaben nahezu alle Befragten (99%) an, mindestens zwei Therapieausbildungen absolviert zu haben. Die Mehrzahl (93%) standen der Integration in der Psychotherapie positiv gegenüber. Um die auch gesellschaftlich geforderte übergreifende

Psychotherapieforschung bemühen sich verschiedene forschende Praktiker und therapeutisch praktizierende Forscher in den unterschiedlichen „Orientierungen“ und „Schulen“ der Psychotherapie.

## 2.2 Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis

Die Implementierung von Qualitätssicherungssystemen in der therapeutischen Versorgung wurde in den letzten Jahren viel beschrieben und begründet. Modellprojekte zur Erprobung von Programmen und Systemen wurden durchgeführt und evaluiert. Konzeptionalisierung von allgemein verbindlichen Standards für Qualitätssicherung und Zertifizierung im stationären und auch ambulanten Psychotherapiesetting liegen vor (Grawe, Braun 1994; Fydrich, Laireiter, Saile, Engberding 1996; Fiegenbaum, Tuschen, Florin 1997; Laireiter 1997; Seipel 1998; Laireiter, Lettner, Baumann 1998; Petzold, Orth, Sieper 1995; vgl. auch Laireiter, Vogel 1998; Braun, Regli 2000).

Mindestanforderungen an Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung wurden von Braun und Regli (2000) vorgeschlagen. Eine Evaluation zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie muss Aussagen zu folgenden Hauptbereichen machen können:

- Erfassung der Störung bzw. Belastung am Beginn der Therapie,
- Kontrolle der erreichten Veränderungen während und nach der Therapie,
- Erfassen positiver und negativer Nebenwirkungen der Therapie,
- Verlauf der Therapie. (Eine differenziertere Betrachtungsweise wurde von uns mit einem 14-Punkte-Katalog unternommen, vgl. Steffan, Petzold 2000).

Braun und Regli (2000) haben die Therapieevaluation in vier Phasen unterteilt, in denen verschiedene Merkmale der Therapie und der Patientin mit verschiedenen Messinstrumenten erfasst werden. Wichtig ist die Erfassung der Störung und der Symptombereiche am Beginn der Therapie, die Kontrolle des Verlaufes aus Patientinnen- und Therapeutinnensicht, die Bestimmung des Therapieerfolges durch direkte und indirekte Veränderungsmessung am Ende der Therapie und die Überprüfung der Dauerhaftigkeit der Veränderung durch eine Nachbefragung (vgl. auch Tabelle 1).

<i>Vor der Therapie – Diagnostik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diagnostische Einordnung (DSM-IV, ICD-10)</li> <li>➤ Allgemeines Messmittel (z.B. SCL-90-R: Franke, 1995) zur Erfassung des Allgemeinbefindens</li> <li>➤ Störungsspezifische Messmittel (z.B. bei Depressionen: BDI, Hautzinger et al., 1995) zur Bestimmung des Störungsausmaßes</li> <li>➤ GAS zur Bestimmung der individuellen Therapieziele</li> </ul>
<i>Während der Therapie – Verlauf</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Beurteilung des Therapieverlaufes aus Therapeuten- und Patientensicht (z.B. Stundenbogen)</li> <li>➤ Erfassen der Fortschritte: Messung der Veränderung mit störungsspezifischen und individualisierten Messmitteln (z.B. BDI, GAS)</li> </ul>
<i>Nach der Therapie – Ergebnis</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bestimmung des Therapieerfolges</li> <li>➤ indirekte Veränderungsmessung (z.B. GAS, BDI, SCL-90-R)</li> <li>➤ direkte Veränderungsmessung (z.B. VEV)</li> <li>➤ Allgemeinbeurteilung (z.B. Patienten- und Therapeutenbefragung)</li> </ul>
<i>Katamnese</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dauerhaftigkeit der Veränderung (z.B. BDI, GAS, SCL-90-R)</li> </ul>

Tabelle 1: Vorschlag zur Evaluation von Psychotherapien (aus Braun, Regli 2000, 465)

Um die Ergebnisqualität zu erfassen, werden indirekte und direkte Veränderungsmessungen empfohlen. Indirekt heißt, Eingangs- und Ausgangswerte der erhobenen Messwerte werden miteinander verglichen (Stieglitz, Braun 1994; Schulte 1993). Bei der direkten Veränderungsmessung werden Aussagen der Patienten zu den subjektiv erlebten Veränderungen erfasst. Veränderungen in den Bereichen psychopathologischer Status (Diagnose), psychische und psychosomatische Beschwerden, Befindlichkeit und Lebensqualität und in der Erreichung der Therapieziele sind relevant (Laireiter 1997). Eine weitere Form der Veränderungsbeurteilung ist der Vergleich mit Referenzwerten einer Normpopulation oder eines festgelegten Kriterienwertes (Grawe, Braun 1994). Standardisierte Verfahren wie z.B. der SCL-90-R oder der IIP-C bieten Referenzstichproben. Weiterhin erscheint es sinnvoll, den allgemeinen Nutzen der Therapie beurteilen zu lassen. Die Feststellung der Dauer der Effekte über eine Nachbefragung wird gefordert. Zur Erfassung der Prozessqualität eignen sich Stundenbögen, die die Zufriedenheit mit den einzelnen Therapiestunden unmittelbar im Anschluss dokumentieren (Grawe, Braun 1994; Hahlweg 1992; Böcker 2000). Hier wurden Hinweise auf die Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung dargestellt, die im wesentlichen in der nachfolgend beschriebenen Untersuchung gewährleistet werden.

Um relevante Effekte mit den Effekten anderer therapeutischer Methoden vergleichen zu können und differentielle Wirkungen zu

erfassen, wurden in der vorliegenden Untersuchung allgemein verbreitete und verfahrensspezifische Instrumente zur Erhebung verwendet. Dabei erscheint es sinnvoll, sich an den 10 Bereichen zu orientieren, wie sie von *Grawe* konzipiert wurden (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994, 64; zu einer weiteren Differenzierung vgl. *Steffan, Petzold* 2000), in welchen Veränderungen zu erwarten sind und in denen Messungen erfolgen können:

- „1. Globale Erfolgsbeurteilung,
2. Individuell definierte Problematik oder Symptomatik,
3. Hauptsächliche Symptomatik oder Problematik, im Unterschied zu 2. für alle Patientinnen gleich,
4. Sonstige Befindlichkeitsmaße,
5. Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich,
6. Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich,
7. Veränderungen im Freizeitbereich,
8. Veränderungen im Arbeits- und Berufsbereich,
9. Veränderungen im sexuellen Bereich,
10. Veränderungen in psychophysiologischen Maßen.“

Darüber hinaus sollten sie zu einer direkten therapieprozessorientierten Nutzung dienen, also Daten erheben, die von Therapeutinnen und Patientinnen auch im Behandlungsverlauf verwendet werden können. Tatsächlich bedeutsame Daten sollten diese Forderung erfüllen, weil kaum zu erwarten ist, dass Daten, die nur für die Forschung wesentlich sind, tatsächlich relevante Aspekte erheben, wenn sie nicht auch von den am Prozess Beteiligten als sinnvoll erkannt werden können. Einige Beispiele finden sich in der Arbeit von *Grawe* und *Braun* (1994), die eine solche integrierte Therapie-Forschungs-Vorgehensweise demonstrieren (vgl. auch *Smith, Grawe* 1999).

Bei der Bewertung des Therapieerfolges in Praxisstudien bestehen jedoch zwei grundsätzliche Probleme (z.B. *Seligman* 1995; *Fäh, Fischer* 1998; *Rudolf* 1996):

- 1) Die nur bedingte Übertragbarkeit naturwissenschaftlicher Paradigmen, die eine quantitative Erfassung von Wirkungen verlangen, auf Psychotherapien, bei denen es jedoch praktisch immer um Entwicklungsprozesse geht, die mit positivistischen Effektivitäts- oder gar Wirtschaftlichkeitsmaßstäben kaum zuverlässig erfassbar sind.
- 2) In einer Praxisstudie werden Patientinnen erfasst, die sich selbst für eine bestimmte Therapie entschieden haben, die völlig verschiedene Symptome, Lebensprobleme und Lebenslagen aufweisen. Die Dauer der Therapie ist nicht von vornherein festgelegt und Therapieziele wie auch Setting und Behandlungspraktiken und -techniken können – und müssen ggfs. (*Petzold* 1999p) – im Therapieverlauf variieren. Zudem ist hier eine statistische Reliabilität der Messungen nur sehr schwierig herzustellen, und auch (an ausgesuchten Stichproben) validierte Messinstrumente sind hier nur bedingt verlässlich.

Aus diesem Grunde sind Studien, die unter spezifischen Forschungsbedingungen an universitären Forschungsabteilungen, Ambulatorien und Kliniken mit vorselektierten Populationen durchgeführt wurden, z.T. unter strikt manualisierten Behandlungsformaten (Schulte 1993) – wir nennen sie *F-Studien* – nicht mit settingspezifischen Praxisstudien (*P-Studien*) zu vergleichen. Auch die z.T. recht guten Ergebnisse solcher *F-Studien*, die für bestimmte Verfahren erzielt wurden (z.B. in Form von Effektstärken), können nicht ohne weiteres mit den Effektstärken von *P-Studien* verglichen werden, denn bei diesen finden sich oft erschwerte Bedingungen. Die z.T. schwierigen Patientinnen und eine hohe Durchmischung der Patientinnenpopulation machen manualisierte Behandlungen, wie sie für *F-Studien* entwickelt wurden, nicht unbedingt auf *P-Settings* übertragbar. Aus diesem Grunde sollten auch nur *P-Studien* mit *P-Studien* verglichen werden. Diesen Standpunkt vertreten auch Scheidt et al. (1999), Pesseschian (1999), Seligmann (1995) und Manz et al. (1995), die mit eigenen Praxisstudien, die Relevanz und Aussagekraft insbesondere auch für die Praktikerinnen gegenüber kontrollierten und randomisierten Ergebnisstudien hervorheben.

Abschließend sei noch auf Bedingungen verwiesen, die die psychotherapeutische Praxis vorschreibt und von Seligman (1995, 267f) folgendermaßen charakterisiert wurden:

- ▶ Psychotherapie hat keine festgelegte Dauer (allerdings reguliert die Stundenvorgabe der Krankenkasse die Dauer der Therapie).
- ▶ In der Psychotherapie gibt es eine Selbstkorrektur. Wenn eine Methode nicht greift, wird in der Regel eine andere eingesetzt.
- ▶ In der Praxis wird eine Psychotherapie aufgrund einer aktiven Entscheidung des Patienten begonnen.
- ▶ Die Patienten haben in der Regel multiple Probleme, selten ein klar abgegrenztes Symptom.
- ▶ Psychotherapie zielt auf die Verbesserung der Gesamtfunktionen des Menschen, nicht nur auf die Reduktion der Störung.

Die Bedingungen können durch experimentelle oder quasi-experimentelle Untersuchungen nicht realisiert werden und bedürfen einer anderen Methode. Dieser neue Typus von Psychotherapieforschung soll nach Rudolf (1996, S. 131) folgendermaßen aussehen:

- ▶ Psychotherapien sollen dort untersucht werden, wo sie gemacht werden – in den Praxen, statt im Forschungslabor der Institute;
- ▶ Psychotherapien sollen so untersucht werden, wie sie durchgeführt werden – also in der Variabilität ihres therapiebedingten Entwicklungsprozesses (nicht mit Manualen);
- ▶ die qualitativen Aspekte der Krankheit sollen mehr Beachtung finden;
- ▶ therapieschulenspezifische Erfassungsmethoden und Messinstrumente sollen eingesetzt werden.

Wir haben diese ganze Problematik an anderer Stelle ausführlicher diskutiert (Steffan, Petzold 2000).

### *Exkurs: Einige Ergebnisse zu methodenübergreifenden Psychotherapieverfahren*

In der Zusammenstellung empirischer Psychotherapiestudien von *Grawe, Donati und Bernauer* (1994), die Studien bis 1984 einbezogen haben, finden sich 22 Studien (im Gegensatz z.B. von nur 7 zur Gestalttherapie), die methodenübergreifend bzw. integrativ vorgingen und 1743 Patientinnen betrafen. Davon wurden 14 explizit von den Autoren als eklektische Methoden beschrieben, während weitere 8 Studien als richtungsübergreifende Behandlungskombinationen von den Auswertern eingestuft wurden. *Grawe et al.* (1994) kommen zu dem Schluss, dass eklektische und richtungsübergreifende Therapien fast immer zu *signifikanten Verbesserungen* der Hauptsymptomatik führen und auch in anderen Bereichen überwiegend bedeutsame positive Veränderungen festgestellt werden konnten. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse zeigen, dass eklektische und richtungsübergreifende Therapieverfahren anderen Therapieschulen in ihrer Wirksamkeit nicht nachstehen. Die größte Stärke wird in der Vielfältigkeit ihres Behandlungsrepertoires gesehen. „Die Wirksamkeit eklektischer Therapie kann als gut gesichert angesehen werden, besser als dies für so manche andere Therapieform gesagt werden kann“ (*Grawe et al.* 1994, 650). Hier sind zukunftsweisende Perspektiven zu sehen (*Petzold* 1999p). Eine ausführliche Dokumentation integrativer und eklektischer Studien differenziert nach verschiedenen Krankheitsbildern und Zielgruppen sowie unterschiedlicher Kombinationen findet sich bei *Sponzel* (1995, 371-382, vgl. die Übersicht auf Seite 379). Es werden auch eklektische und integrative *Einzelfallstudien* (N=30) dokumentiert. *Sponzel* (1995, 356) kommt bei Durchsicht der *Grawe*-Materialien auf 38 kontrollierte eklektisch bzw. integrativ ausgerichtete Studien mit sehr guten Wirkungsnachweisen. Bei der bekannten Metastudie von *Smith, Glass und Miller* (1980) liegen die eklektischen und schulenübergreifenden Ansätze im oberen Drittel des Methoden- und Therapieschulenvergleichs. Dies zeigt sich im deutschsprachigen Raum auch in der Studie von *Thomas und Schmitz* (1993) anhand von Patientinnendaten der Technikerkrankenkasse für den Bereich der Nicht-Richtlinienverfahren, von denen viele methodenübergreifend bzw. methodenkombinierend arbeiten. Auch die Überblicksarbeiten von *Glass, Victor und Arnkoff* (1993, 20f; 1999) bestätigen die grundsätzliche Effektivität, verweisen aber auch auf die methodischen Schwierigkeiten der Wirksamkeitsprüfung.

Forschungsstudien, die in Zusammenarbeit mit der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) durchgeführt wurden, untersuchten in unterschiedlichen Settings und bei verschiedenen Störungsbildern Potentiale und Grenzen Integrativer Verfahren. Aus diesen Forschungsarbeiten seien exemplarisch genannt: die Eva-

luation Integrativer Ansätze in der Behandlung von Suchtkranken (siehe die Gesamtdarstellung bei *Petzold, Scheiblich, Thomas* 2000). *Kammler-Kaerlein* (1997) zeigte anhand einer 2-Jahres-Katamnese mit 41 vorrangig psychosomatisch erkrankten Patientinnen (76% Rücklauf) positive Verbesserungen des Gesamtbefindens und eine Verringerung der Symptombelastung durch Integrative Gruppentherapie. Eine Untersuchung von *Czogalik & Müller* (1995, N=125, Rücklauf 95%) zur integrativen Behandlung von Patientinnen mit psychosomatischen Rückenbeschwerden und Schmerzsymptomatik, zeigt gegenüber der Wartegruppe „eine klare Verbesserung in allen Bereichen“ mit Effektstärken zwischen 0,5 und 0,7 (*Müller, Czogalik* 1995, 120; *Heinl* 1997). *Ebert und Möhler* (1997) fanden bei der Behandlung von Koronarpatientinnen mit Integrativer Therapie und Entspannungsbehandlung deutliche Verbesserungen gegenüber den Vergleichsgruppen in allen gemessenen Parametern. *Van der Mei, Petzold* und *Bosscher* konnten in mehreren Untersuchungen nachweisen, dass Lauftherapie in einem integrativen Behandlungsrahmen (*Petzold* 1974j, 351ff) in einer ersten Studie (N=18) und in einer zweiten Studie (N=30) gegenüber supportiver psychodynamischer Psychotherapie auf allen Messinstrumenten statistisch signifikante Veränderungen in der Behandlung von Major Depression bewirkte (*Bosscher et al.* 1998) und signifikante Veränderungen in einer dritten Studie (N=29) zwischen Vor- und Nachmessung erreichte, wobei eine Vergleichsgruppe mit einem potenten Antidepressivum (Fluvoxamin) behandelt wurde. Gegenüber der medikamentös behandelten Gruppe lag die Lauftherapiegruppe in allen Messwerten gleich (*Bosscher* 1991; *Bosscher* 1995; *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997).

### 2.3 Therapieerfolgsindikatoren

Therapieerfolg zu messen, ist ein schwieriges, weil komplexes Unterfangen. Allgemein lassen sich verschiedene Kriterien der Erfolgsbeurteilung unterscheiden, so etwa Effektivität, Bedeutsamkeit (klinische Relevanz), Breite und Dauerhaftigkeit der erzielten Veränderungen, Patientinnenzufriedenheit etc. (nach *Parloff* 1980). In der Literatur wurden verschiedentlich allgemeine Wirkfaktoren oder wirksame Prozesse von Psychotherapie vorgestellt, z.B. von *Grawe* (1995): „Ressourcenaktivierung“, „Problemaktualisierung“, „Problembewältigung“ und „Klärung“ oder von *Petzold* (1988n) die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (1. „Problem- und Krankheitseinsicht“, 2. „Nachsozialisation und emotionale Differenzierungsarbeit mittels korrekativer emotionaler Erfahrung“, 3. „Erlebnisaktivierung und Förderung von Ressourcen und Potentialen [*Petzold* 1997p] mittels alternativer Erfahrungen“, 4. „Solidaritätserfahrung und Exzentrizität“)

oder auch die „Heuristik der 14 Heilfaktoren“ von *Petzold* (1993p). Aber es fehlt noch an konkreten Operationalisierungsvorschlägen, so dass diese Heuristiken vorerst allenfalls als Orientierung zur Auswertung dienen können (vgl. *Ambühl* 1996; *Brumund, Märrens* 1998). Bei aller Unterschiedlichkeit der verschiedenen Therapieschulen, die natürlich auch bei der Definition von *Therapiezielen* (*Ambühl, Strauss* 1998; vgl. für die Integrative Therapie *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998) zum Tragen kommen, geht es immer darum, Zustände, die im klinischen und im versicherungsrechtlich Sinn als Krankheit (*disorder*), Schmerz (*pain*), oder Behinderung (*disability*) aufgefasst und denen ein Krankheitswert zugesprochen werden kann, zu bessern, zu lindern oder zu heilen.

Bei der Klassifikation von Erfolgsmessungen sind nach *Schulte* (1993, 1998) multiple Kriterien auf verschiedenen Dimensionen, die mit verschiedenen Methoden und auf verschiedenen Ebenen gemessen werden, empfehlenswert. Zu denken ist hier etwa an eine Inbeziehungsetzung von Krankheitsursachen (schulenspezifisch), Symptomen und Beschwerden sowie Krankheitsfolgen (etwa im sozialen Umfeld, am Arbeitsplatz, etc.). Darüber hinaus kann eine *mehrperspektivistische* Betrachtung des Therapieerfolges durch Heranziehung von weiteren Beurteilungsquellen (Therapeutin, Angehörige der Patientinnen) zu einer breiteren empirischen Absicherung der vorliegenden Daten beitragen. Die Diskussion um die damit aufgeworfene Frage, wie die Erfolgskriterien in der Psychotherapieforschung letztlich definiert werden sollen, ist bis heute nicht abgeschlossen. Indes liegen verschiedene Schematisierungsversuche vor. Nachfolgend (in Tabelle 2) ist ein Differenzierungsvorschlag von *Schulte* (1998) abgebildet:

	Beziehung der Post-Messungen zu	
Art des Vergleiches	Zustand zum Zeitpunkt der Prä-Messung	Goal-Attainment
Subjektive Einschätzung (1-Punkt-Messung)	Beurteilung der Veränderung seit Therapiebeginn (retrospektiv, global)	(subjektive) Therapiezufriedenheit des Patientinnen oder Therapeutinnen
Empirische Differenz (2-Punkt-Messung)	Differenzwertberechnung	Individueller Zielerreichungsgrad Vergleich mit Normpopulation
Statistische Definition	Reliable Change Effektgrößen	Klinische Relevanz

Tabelle 2: Kriterien zur Bestimmung der Effektivität von Psychotherapie<sup>2</sup>

2 Zur Erläuterung der einzelnen Tabellenfelder siehe *Schulte* 1998: 69f. Die Tabelle wurde auch vorgestellt auf einer AGPT-Tagung „Kriterien für die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“ am 7.5.1998 in Köln.

Kriterien für den Therapieerfolg – weitgehend angelehnt an das Modell von *Schulte* (1993) und an die Bedingungen der Praxisstudie – sind signifikante Veränderungen aufgrund von Vergleichen verschiedener Messzeitpunkte im Therapieverlauf anhand des SCL-90-R und des IIP-C. Darüber hinaus wurden subjektive Einschätzungen der Therapeutinnen, der Patientinnen und von Angehörigen hinsichtlich des Therapieerfolgs erhoben. Es werden damit direkte von indirekten Veränderungsindikatoren jeweils in Selbst- und Fremdeinschätzung unterschieden. Grundlage für die indirekten Veränderungsindikatoren bilden die Instrumente SCL-90 und IIP-C, die EAL-Skalen und Teile aus dem Patientenfragebogen. Die in der Studie zur Messung des Therapieerfolgs verwendeten Variablen sind Tabelle 3 zu entnehmen.

	<b>Patientin</b> (Selbsteinschätzung)	<b>Therapeutin</b> (Fremdeinschätzung)	<b>Angehöriger der Patientin</b> (Fremdeinschätzung)
Subjektive Zufriedenheiten als direkte Veränderungsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zufriedenheit mit dem Ergebnis/ dem Verlauf der Behandlung/ den Therapeutinnen/ mit der Wertschätzung durch die Therapeutin</li> <li>▶ Einschätzung, dass Behandlung geholfen hat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Veränderung der Eingangssymptomatik (Hauptdiagnose)</li> <li>▶ Zufriedenheit mit Ergebnis und Verlauf der Therapie</li> <li>▶ Einschätzung, dass Behandlung geholfen hat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Einschätzung, dass Behandlung geholfen hat</li> </ul>
Prä-Post-Vergleiche und Effektstärkenberechnung als indirekte Veränderungsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ SCL-90-R</li> <li>▶ IIP-C</li> <li>▶ EAL-Skalen</li> <li>▶ Körperliche Befindlichkeit</li> <li>▶ Körperbilder: Anzahl und Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerz</li> <li>▶ Erfassung der Zufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ EAL-Skalen</li> <li>▶ Ausmaß der Belastung durch Symptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ EAL-Skalen</li> <li>▶ Ausmaß der Belastung durch Symptome</li> </ul>

Tabelle 3: Übersicht der Therapieerfolgsindikatoren

### 3. Ziele und Design der Studie

Die vorliegende Studie untersucht die Wirkungen der „Integrativen Therapie“ im *ambulantem Setting unter alltäglichen Praxisbedingungen* im naturalistischen Design, denn das sind Konditionen, in denen Psychotherapeutinnen in freien Praxen tagtäglich arbeiten. *Allein Untersuchungen von Behandlungen in solchen Settings können darüber Aufschluss geben, ob und wie Formen der Psychotherapie in diesen Kontexten de facto wirken.* Basisdaten und Behandlungsverläufe werden dokumentiert sowie Stärken und Schwächen des Verfahrens aufgezeigt (Qualitätssicherungs- und Dokumentationsmodell). Statistische Datenanalysen bieten eine neue Optik auf Abläufe in der therapeutischen Praxis. An der Studie teilnehmen konnten Therapeutinnen mit mindestens einer Ausbildung in einem integrativ-orientierten oder methodenübergreifenden Verfahren (z.B. „Integrative Therapie“, „Integrative Kunsttherapie“, „Integrative Bewegungstherapie“) aus der BRD, der Schweiz und Österreich und Patientinnen, die eine Behandlung bei den teilnehmenden Therapeutinnen neu beginnen, mit einem Mindestalter von 18 Jahren, mit einem eindeutigen, nach ICD-10 definierbaren psychischen oder psychosomatischen Symptom- bzw. Beschwerdenspektrum, die für das Integrative/methodenübergreifende Verfahren indiziert erschienen.

Die „Integrative Therapie“ vertritt eine *mehrperspektivische Sicht* in Theorie und Praxis (Petzold 1991a, 99ff; 1994a; Steffan, Petzold 2000) und bezieht, *sozioökologisch* über konventionelle Psychotherapie hinausgehend (idem, van Beek, van der Hoek 1994, idem 1995b) Leiblichkeit (idem 1985g, 1996a) und Netzwerkdimensionen (Hass, Petzold 1999), Förderung der Ressourcen und des Wohlbefindens (Petzold 1997p, Petzold, Orth 1999) in die Behandlung ein, arbeitet also aktiv mit protektiven, resilienz- und gesundheitsfördernden Interventionen (Petzold 1995a; Petzold et al. 1993; Petzold, Steffan, Schuch 2000), wie dies für eine moderne Psychotherapie kennzeichnend sein sollte (Petzold 1999p). Deshalb wurden in der vorliegenden Studie auch die Bereiche „Leiblichkeit“, „Netzwerk“ und „Wohlbefinden“ mit spezifischen Instrumenten besonders untersucht: mit Körpersymptomschemata, mit Netzwerkdignostik und Angehörigenbefragung sowie einem Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (EAL). Damit wird die Studie in ihrer Anlage nicht nur dem Integrativen Ansatz gerecht, sondern auch den Bedürfnissen und Notlagen der Patientinnen, die in eine psychotherapeutische Praxis kommen und das ist – wie auch die Komorbiditätsforschung zeigt (Wittchen, Vossen 1992) – selten nur eine klare Störung, z.B. eine Depression, sondern all das, was die Depression im Lebensalltag, in der Familie, im Freundeskreis, am Arbeitsplatz auslöst und was sie an Begleitsymptomatik (z.B. Ängste) mit sich bringt: nämlich häufig eine „**prekäre**“

**Lebenslage**“ (Petzold 2000h). Nur wenn diese Aspekte mit berücksichtigt und bearbeitet werden – oft sind soziotherapeutische bzw. sozialökologische Maßnahmen unverzichtbar (Petzold 1997, 1995b) ist mit nachhaltigen Behandlungserfolgen (Petzold 1990o) zu rechnen.

#### 4. Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte

Die Instrumente sollen „objektive“ Befunde, die die psychische Situation – eine Verbesserung und auch eine Verschlechterung – und die subjektive Einschätzung erfassen. Tabelle 4 zeigt eine Übersicht über die in der Untersuchung verwendeten Erhebungsinstrumente und die gemessenen Variablen.

Instrument	Variablen
SCL-90-Symptomcheckliste (Derogatis et al. 1986, dt. Version: Franke 1995)	90 Items zur Selbsteinschätzung psychischer Symptome und Belastungen
IIP-C – Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme (Horowitz, Strauß, Kordy 1994)	Operationalisierung zwischenmenschlicher Probleme orientiert an Kiesler (1982), Kreismodell, das durch vier Pole bestimmt wird: autokratisch-unterwürfig, streitsüchtig-ausnutzbar, abwesend-fürsorglich, introvertiert-expressiv
Therapeutinnenfragebogen (EAG)	Soziodemographische Angaben, Ausbildungshintergrund, therapeutische Orientierung, Arbeitsweisen, Erfahrungen und Einstellungen
Therapiebeurteilungsbogen (EAG)	Diagnose(n) gemäß ICD-10, Einschätzungen zum Therapieverlauf und -erfolg Qualität der therapeutischen Beziehung, „Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit“ (Fremdbeurteilung)
Patientinnenfragebogen (EAG)	Soziodemographische Daten der Patientinnen und Therapievorerfahrung, Zugangsweise zur Therapeutin, Einschätzungen zu den Ursachen der Beschwerden, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum, subjektive Einschätzungen zum Therapieverlauf und zum Ergebnis der Therapie
Körperschemata (EAG)	Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerzen werden mittels eines Schemas eines menschlichen Körpers erfasst
Instrument zur Erhebung des sozialen Netzwerkes (EAG)	Erfassen der sozialen Beziehungen in den Dimensionen ‚emotional nicht nah – emotional nah‘ und ‚belastend/nervend – unterstützend/hilfreich‘
Einschätzungsskalen Allgemeiner Lebenszufriedenheit, EAL (EAG)	Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit in der Selbstbeurteilung in den Bereichen, Körper/Leiblichkeit, Arbeit/Freizeit, soziale Beziehungen, Materielles und Wohnen

Instrument	Variablen
Angehörigenbogen (EAG)	„Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit“ (Fremdbeurteilung)
Stundenbegleitbögen (EAG)	Auf dem verwendeten Bogen werden die Patientin und die Therapeutin gebeten, von der 2. bis zur 30. in einer offenen Frage das für sie im Vordergrund stehende Thema zu benennen sowie auf zwei Rating-Skalen jeweils subjektive Einschätzungen zur therapeutischen Beziehung und zum Beitrag der Stunde am Erfolg der Therapie zu geben

Tabelle 4: Übersicht über Erhebungsinstrumente und zu messende Variablen

Trotz der kontroversen Diskussion um eine Standardmessbatterie für die Psychotherapieforschung (Waskow, Parloff 1975; Lambert, Hill 1994, McCullough 1994; Strupp, Horowitz, Lambert 1997) schienen zumindest zwei Erhebungsinstrumente zum Zeitpunkt der Studienkonzeption 1994 allgemein als besonders akzeptiert, die für die Erfolgsmessung der Integrativen Therapie sinnvoll erschienen, die Symptomcheckliste von Derogatis (SCL90-R, deutsche Übersetzung von Franke 1995) und das auf dem Kieslerschen Kreismodell (Kiesler 1983) beruhende Inventar interpersonaler Probleme (IIP, Horowitz, Strauss, Kordy 1994), die von der SPR (Society for Psychotherapy Research) als eine Art psychotherapeutischer Kernmessverfahren angesehen werden (vgl. Grawe, Braun 1994). Beide Fragebögen erlauben einen wiederholten Einsatz während des Therapieverlaufes, so dass Prä-Post-Vergleiche auf der Ebene einzelner Patientinnen wie auch der gesamten Stichprobe möglich werden. Neben einer spezifischen Erfassung der Symptome schien es uns unter einer Salutogenese Perspektive (Antonovsky 1987; Schüffel et al. 1998) unerlässlich, auch die Bereiche der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu erfassen. Dies sollte im Hinblick darauf geschehen, in welchen Lebensbereichen wesentliche Beeinträchtigungen (im Sinne „prekärer Lebenslagen“) vorliegen und möglicherweise positive Veränderungen angestoßen werden. Hierzu sollten folgende Bereiche mit den „Einschätzungsskalen Allgemeiner Lebenszufriedenheit, EAL“ (Märtens 1994) erfasst werden, die an das Modell von Petzold der „Fünf Säulen der Identität“ angelehnt sind (Petzold 1981g; Petzold, Orth 1994; Kames 1991): 1. Persönlichkeit und persönliche Fähigkeiten, 2. Lebenszufriedenheit, 3. Lebenssinn, 4. Kontakt zu anderen Menschen, 5. Anzahl der Freunde, 6. Freizeit, 7. Arbeit und Beruf, 8. Sexualität, 9. Körperliche Zufriedenheit, 10. Wirtschaftliche Situation, 11. Wohnsituation. Um eine *multi-perspektivische* Erfassung im vorliegenden Forschungsprojekt zu ermöglichen, wurden Fragen, die diese 11 Bereiche erfassen, aus drei Perspektiven formuliert, so dass sie einerseits von *Patientinnen* selbst, von den *Therapeutinnen* und auch von einem nahen *Angehörigen* beantwortet werden können.

Das verwendete Instrument zur Erfassung der sozialen Netzwerke (Hass 1995) orientiert sich an einem von Burt (1984) eingesetzten Verfahren in einer amerikanischen Bevölkerungsumfrage. Die Patientinnen werden aufgefordert „... Personen, die zur Zeit in irgendeiner Weise in ihrem Leben von Bedeutung sind, sei es in positiver, sei es in negativer Hinsicht“ (maximal 10) mit der Art der Beziehung (Mutter, Freundin, Nachbarin, Kollegin) und mit dem jeweiligen Unterstützungs- bzw. Belastungspotential sowie der emotionalen Nähe anzugeben (vgl. Hass, Petzold 1999).

Zur Erfassung des Geschehens in den einzelnen Sitzungen und zur Untersuchung der Therapeutin-Patientin-Beziehung im Zeitverlauf (Prozessevaluation) wurden therapiebegleitend bis zur dreißigsten Stunde Stundenbegleitbögen eingesetzt. Das Instrument ist angelehnt an validierte Stundenbögen (Schindler, Hohenberger-Sieber, Hahlweg 1990; Grawe, Braun 1994) in einer gekürzten Version mit drei Items. Auf dem Stundenbogen werden sowohl die Patientin als auch die Therapeutin gebeten, bezugnehmend auf die aktuelle Therapie-stunde in einer offenen Frage das für sie im Vordergrund stehende Thema zu benennen sowie auf zwei Ratingskalen jeweils subjektive Einschätzungen zum Beitrag der Stunde für den Erfolg der Therapie und zur therapeutischen Beziehung Angaben zu machen.

Die eingesetzten Instrumente sowie die Zeitpunkte der Erhebung sind Tabelle 5 zu entnehmen.

	(1) Eingangs- erhebung	(2) Zwischen- erhebung	(3) Zwischen- erhebung	(4) Abschluss- erhebung	(5) Katamnese
	Bis zur 2. Stunde	15. Stunde	30. Stunde	Therapie- ende	6 Monate nach Ab- schluss
Patientin	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C
Thera- peutin	Therapeu- tinnenfrage- bogen Therapiebe- urteilungs- bogen	Therapie- beurteilungs- bogen	Therapiebe- urteilungs- bogen	Therapiebe- urteilungs- bogen	Therapiebe- urteilungs- bogen
Ange- höriger	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszufrie- denheit und Zusatzitems
+ Stundenbögen an Therapeutin und Patientin bis zur 30. Stunde					

Tabelle 5: Übersicht über die Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte

## 5 Stichproben

### 5.1 Therapeutinnen

An der Untersuchung nahmen 58 methodenkombinierende, methodenübergreifende, d.h. integrativ arbeitende Therapeutinnen mit insgesamt 211 Patientinnen teil (im Mittelwert 3,6 Patientinnen). Der Anteil der Frauen der Therapeutinnenpopulation beträgt 60,3%. Die Therapeutinnen sind im Durchschnitt 46 Jahre alt (SD=8,1; Range: 32-57). Die Therapeutinnenstichprobe besteht aus sechs Berufsgruppen, wobei mehr als die Hälfte der Stichprobe zwei oder drei Berufsabschlüsse hat. Abschlüsse als Diplompsychologin oder Ärztin haben 30 Personen (50%) angegeben und 26 (44%) nannten die Abschlüsse Diplompädagogin und Diplomsozialpädagogin. Elf Personen (19%) erlernten einen Heilberuf wie z.B. Krankenschwester, Physiotherapeutin oder Ergotherapeutin. Von den teilnehmenden Therapeutinnen haben 82,3% mindestens eine formal abgeschlossene Therapieausbildung, 43,1% der Gesamtstichprobe haben zwei abgeschlossene Therapieausbildungen und 19% haben drei abgeschlossene therapeutische Zusatzausbildungen. Alle Therapeutinnen arbeiten in freier Praxis, 21,8% mit voller Heilpraktikererlaubnis. 45,5% haben eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis und 32,7% haben keine Heilpraktikererlaubnis (Stand 1998). Weitere zusätzliche Arbeitsbereiche sind für 13,8% eine Beratungsstelle oder Ambulanz, für 15,5% eine Klinik, für 15,5% eine nicht näher benannte sonstige Einrichtung. Ausschließlich in einer freien Praxis arbeiten 55,2% der Therapeutinnen. Pro Woche geben die Therapeutinnen im Durchschnitt 20,4 Therapiestunden (zwischen 6 und 39), davon 16,6 Einzelstunden, 1,8 Familiensitzungen und 3,7 Gruppensitzungen. Die Therapeutinnen haben pro Tag zwischen 1 und 12 Patientinnen, im Durchschnitt 4,8. Der Anteil der männlichen Patienten beträgt 26,5%. Im Durchschnitt haben die Therapeutinnen 11,8 Jahre Berufserfahrung (SD=7,0; Range: 3-31 Jahre). Damit stellt sich die Therapeutinnenstichprobe als sehr praxiserfahren heraus und entspricht Studien, die sich mit der Langzeitentwicklung von Therapeutinnen beschäftigen (vgl. z.B. Willutzki, Botermanns 1997; Ambühl, Orlinsky 1997).

### 5.2 Patientinnen

Die folgende Beschreibung der Patientinnenpopulation bezieht sich auf die 122 Patientinnen, deren Therapie bereits abgeschlossen ist. Unter den 122 Patientinnen sind 98 Frauen (80,3%) und 24 Männer (19,7%). Das Durchschnittsalter beträgt 39,3 (SD=11,69; Range: 19-95). Etwa mehr als zwei Drittel (68,9%) der Patientinnen sind gesetzlich versichert, 13,7% haben eine private Zusatzversicherung, 10,3% sind

privat versichert und 4,1% sind Selbstzahler (4,9% machten keine Angaben). 39,3% der Stichprobe sind ledig und 40,2% verheiratet, 17,2% geschieden und 3,3% verwitwet. Fast zwei Drittel (63,1%) der Frauen und Männer sind berufstätig, davon 75% angestellt. Die Hälfte (50,8%) suchten die Hilfe einer Therapeutin eigeninitiativ, 23% über eine Ärztin oder Klinik und 15,6% über Freunde und Bekannte. Der Familie, den Krankenkassen, den Beratungsstellen, den Sozialen Diensten und den Behörden kommt bei der Vermittlung zu einer Therapie in dieser Stichprobe kein Einfluss zu. Für 54,0% der Stichprobe war diese Therapie nicht die erste. Das entspricht in etwa der Studie von *Scheidt, Seidenglanz, Dieterle, Hartmann, Bowe, Hillenbrand, Sczudlek, F. Strasser, P. Strasser, Wirsching* (1998), die bei 42,2% ihrer untersuchten Patientinnen „eine psychische Vorbehandlung in den letzten fünf Jahren vor Therapiebeginn“ fanden (S. 79). Die vorherige Therapie lag im Mittel 3,6 Jahre zurück, dauerte im Durchschnitt 14,4 Monate (SD=15,8, Range; 1-96) und umfasste durchschnittlich 39,4 Therapiesitzungen (SD=52,1; Range: 3-350). 66,1% haben kurz vor der Therapie oder zeitlich parallel einen Arzt wegen körperlicher Beschwerden aufgesucht. Die soziodemographischen Daten sprechen für eine typische Stichprobe ambulanter Psychotherapie (*Schepank* 1990; *Kächele, Kordy* 1992; *Scheidt et al.* 1998, 1999; *Peseschkian, Tritt, Loew, Jork, Deidenbach, Werner, Kick* 1999).

### 5.3 Diagnosen aus Therapeutinnensicht

Die Einteilung nach Diagnosen erfolgte durch die Therapeutinnen in der Eingangserhebung. Die angegebenen ICD-10-Diagnosen wurden zu Diagnosegruppen zusammengefasst. Im Unterschied zur Vorgehensweise bei *Scheidt et al.* (1998; 1999), die die Diagnosen anhand der Grobeinteilung in neun Gruppen vornimmt, wie sie im ICD-10 als Ordnungssystem vorgegeben sind, orientierte sich die hier gewählte Vorgehensweise an den Praxisdaten. Es wurde versucht, die tatsächlichen am häufigsten genannten Hauptdiagnosen zusammenzufassen. Die häufigste Diagnosegruppe als Hauptdiagnose ist die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43.0-F43.9) mit 18%, gefolgt von den „Anhaltenden affektiven Störungen“ (F34.1-F34.9) mit 17,2%. Die dritthäufigste Diagnosegruppe sind die „Persönlichkeitsstörungen“ (F60.0-F60.9) mit 16,4%, gefolgt von den „depressiven Episoden“ (F32.0-F32.9) mit 13,1%. Diagnosegruppen mit Anteilen über 3% in der Stichprobe sind die „Rezidivierenden depressiven Störungen“ (F33, 5,7%), die „sonstigen Angststörungen“ (F41, 4,1%), die „somatoformen Störungen“ (F45, 4,1%), medizinische Erkrankungen mit 4,1%. Die Verteilung der Störungen entspricht bis auf die Angststörungen der Befundlage im Bereich der Forschungen in ambulanter Psychotherapie (*Scheidt et al.* 1998, 1999;

*Peseschkian et al. 1999*). Die geringe Häufigkeit der Angststörungen wirft die Frage auf, ob es sich hierbei um ein Stichprobencharakteristikum oder ein Diagnosecharakteristikum der Therapeutinnenstichprobe handelt. Im Unterschied zu den allgemeinen Prävalenzraten, insbesondere in klinischen Stichproben (z.B. DSM IV; *Reinecker 1994; Margraf, Schneider 1996*), ist der Anteil von Angststörungen in dieser Stichprobe mit 4,1% deutlich geringer.

Neben den Hauptdiagnosen wurden zwei Nebendiagnosen erfragt: 51,6 % (63) der Patientinnen erhielten eine Nebendiagnose, wovon die häufigsten die „Persönlichkeitsstörungen“ mit 10,7% und die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ mit 9,7% waren. Eine zweite Nebendiagnose wurde bei 20 Personen (16,4%) angegeben, davon war die häufigste mit 3,3% die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“. Überraschend war, dass fast keine stoffgebundenen Abhängigkeiten diagnostiziert wurden. Dieser Befund könnte einen verbreiteten Missstand im Bereich der ambulanten Diagnostik widerspiegeln. Auch bei *Scheidt et al. (1998)* sowie bei *Peseschkian et al. (1999)* finden sich vergleichbar selten Abhängigkeitsdiagnosen. Diese Ergebnisse stehen im krassen Widerspruch zur Prävalenz, insbesondere von Alkohol- und Medikamentenproblemen. Sie sprechen dafür, dass hier entweder diese Probleme der Patientinnen übersehen werden (vgl. *Wienberg 1992*) oder eine Verweisung an spezialisierte Suchtbehandlungen erfolgt (*Petzold, Scheiblich, Thomas 2000*), was durch das Faktum, dass das Ausbildungsinstitut der Therapeutinnenpopulation der größte Träger von Ausbildungen zum „Sozialtherapeuten Sucht“ (nach VDR-Richtlinien anerkannt) in der BRD ist, nahegelegt wird (*Petzold, Hentschel 1993*).

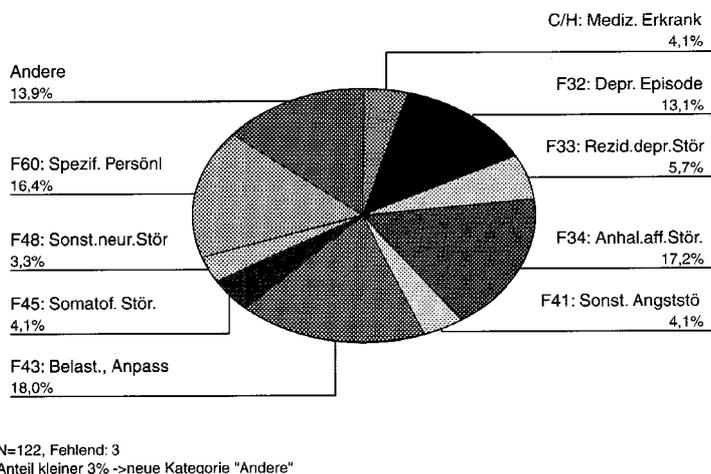


Abbildung 1: Eingangsdiaognosen aus Therapeutinnensicht – Diagnosegruppen

## 5.4 Rückläufe und Abbrecher

Von den ursprünglich 108 an der Studie interessierten Therapeutinnen nahmen 58 mit insgesamt 211 Klienten teil, davon 42 aus Deutschland, eine aus Österreich und 15 aus der Schweiz. Von der Teilnahme zurückgetreten sind 50 Therapeuten wegen veränderter Arbeitsfelder (27%), Misstrauen der Patienten gegenüber der Studie (10%), Patientenfluktuation aufgrund des Psychotherapeutengesetzes (8%), falsches Setting/nicht in die Rahmenbedingungen der Studie passend (39%) und familiären Veränderungen (5%). 11% gaben keine Begründung an. Von den 211 in die Untersuchung aufgenommenen Patientinnen liegen 122 Abschlusserhebungen (57,8%) und 74 Katamnesen (34,6%) vor. Von 89 Patientinnen liegen keine Abschlusserhebungen vor, wovon 10 (4,7%) Therapien immer noch nicht abgeschlossen sind, 31 Patientinnen (14,7%) die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, aber keinen Fragebogen mehr ausfüllen wollten (Angabe durch die Therapeutin). Bei 9 Patientinnen (4,3%) wurde die Therapie aufgrund äußerer Bedingungen (z.B. keine Finanzierung) und bei 8 (3,8%) durch inhaltliche Bedingungen abgebrochen (z.B. Beziehungsaufbau war nicht möglich). Von 33 Patientinnen (15,6%) konnten die Gründe nicht eruiert werden.

Zwischen den Abbrechern und Nicht-Abbrechern dieser Patientinnenstichproben konnten keine systematischen Unterschiede festgestellt werden. Therapieabbruch ist kein seltenes Phänomen in der Psychotherapie und weist auf die Grenzen eines Behandlungsangebotes hin. Der Umgang mit Therapieabbrechern in der Psychotherapieforschung ist unklar. In 323 von 897 untersuchten Studien bei *Grawe, Donati, Bernauer* (1994) wurden keine Angaben zu Abbrechern gemacht. In 252 Studien kamen keine Abbrüche vor. In 162 Behandlungsgruppen brachen über 20% die Therapie vorzeitig ab. In 44 Untersuchungen fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Abbrechern und den Nicht-Abbrechern.

## 5.5 Patientinnen: Subjektive Einschätzung der Eingangsbelastung

Das allgemeine (körperliche, seelische, geistige, soziale) Wohlbefinden wurde zu Beginn der Therapie auf einer Skala von 0%=sehr schlecht bis 100%=sehr gut eingeschätzt (Recodierung auf eine 5stufige Skala von sehr schlecht bis sehr gut). 37% der Stichprobe gaben an, dass es ihnen sehr schlecht bis schlecht gehe, 42% gaben weder/nach an und 19,6% gut bis sehr gut (0,8% machten keine Angaben). Der durchschnittliche Skalenwert der Gesamtstichprobe liegt bei 42,6%

(SD=22,27%), bei den Männern 45,0% und bei den Frauen 42,5%. Das Ausmaß der Belastung durch die Symptome, die zur Aufnahme in die Behandlung geführt hatte, weist einen durchschnittlichen Skalenswert von 76,5% (SD=23,9) auf, wobei die Männer mit einem durchschnittlichen Wert von 80,4% (SD=16,0%) eine höhere Anfangssymptombelastung angaben. 40,2% der Gesamtstichprobe gaben eine sehr starke und starke Symptombelastung am Beginn der Therapie an.

## 5.6 Patientinnen: Subjektive Einschätzungen zur Natur der Beschwerden

Alle Patientinnen gaben Einschätzungen zu den Verursachungen bzw. Einflussfaktoren ihrer Beschwerden an. Für 69,6% sind die Beschwerden eher psychisch bedingt, für 12,3% waren die Beschwerden körperlich bedingt. 16,4% konnten sich zwischen einer psychischen oder körperlichen Verursachung nicht entscheiden (1,7% antworteten nicht). 55,7% der Stichprobe sehen ihre Beschwerden als schwerwiegend an und 14,8% als geringfügig, 25,4% wählten „weder-noch“ (4,1% antworteten nicht). 12,3% betrachten die Beschwerden eindeutig als eigenes Verschulden und 27,9% als fremdes Verschulden. 42,6% nahmen zu dieser Frage keine eindeutigen Standpunkt ein (17,2% antworteten nicht). 38,5% sehen ihre Beschwerden als eher innerlich bedingt an, 27,9% eher als äußerlich bedingt, 28,7% kreuzten „weder-noch“ an (4,9% antworteten nicht). 40,1% sehen die Ursachen für ihre Erkrankung in der Vergangenheit und 23,0% führen die Beschwerden auf die aktuelle Lebenssituation zurück. 32,0% vertraten keinen eindeutigen Standpunkt (4,9% antworteten nicht). Aufgrund dieser Einschätzungen erschienen die Patientinnen einer psychotherapeutischen Behandlung gegenüber aufgeschlossen.

## 5.7 Eingangsbelastungen und klinische Auffälligkeiten SCL-90-R

Anhand der Skalen und des globalen Belastungswertes (GSI, Global Severity Index) des SCL-90-R<sup>3</sup> zeigen sich folgende Eingangsbelastungen: Die größte Eingangsbelastung zeigt sich auf der Skala Depressivität. 76% der Stichprobe haben eine deutlich messbare psychische Belastung bzw. eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung auf

---

3 Beim SCL-90-R wurden T-Werte berechnet. Eine „deutlich messbare psychische Belastung“ zeigen die Personen mit einem T-Wert zwischen 60 und 70 (Mittelwert + einer Standardabweichung) und eine „hohe bis sehr hohe psychische Belastung“ zeigen Personen mit T-Werten zwischen 70 und 80 (Frankel 1995).

dieser Skala. 68% der Stichprobe zeigen auf der Skala Unsicherheit, 67% auf der Skala Zwanghaftigkeit, 65% auf der Skala Ängstlichkeit hohe Eingangsbelastungen. Die geringste Eingangsbelastung zeigt die Skala Phobische Angst (47% sind auffällig). Laut dem Gesamtwert GSI sind 78% der Stichprobe messbar bzw. hoch und sehr hoch psychisch belastet.

### 5.8 *Therapiedauer, durchschnittliche Anzahl der Sitzungen und Gründe für die Beendigung der Therapie*

In die Auswertung sind 122 Abschlusserhebungen eingegangen. Diese beanspruchten durchschnittlich 26,3 Stunden (SD=16,9, Range: 2-80) und dauerten im Schnitt 12 Monate. Unterschiede in der Therapiedauer als auch in der Anzahl der Stunden hinsichtlich des Geschlechts sind gering. 72,1% der Patientinnen haben die Therapie ordentlich beendet, 5,7% haben die Therapie von sich aus und weitere 4,1% auf Veranlassung der Therapeutinnen abgebrochen. 4,1% wurden weiter vermittelt an andere Einrichtungen resp. Kollegen. 8,2% beendeten die Therapie aus sonstigen Gründen.

## 6 Ergebnisse

### 6.1 *Direkte Messungen des Therapieerfolges*

Bei der Beurteilung der Effektivität Integrativer Verfahren orientierten wir uns an gebräuchlichen Verfahren in der Therapiefor-schung. Im Rahmen indirekter Messungen des Therapieerfolges (Veränderungen) wurden Effektstärken<sup>4</sup> und Mittelwertvergleiche berechnet. *Jacobsen, Folette, Revenstorf* (1984) haben zudem eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse vorgeschlagen, um die Veranschaulichung des Therapieerfolges zu verbessern. Dazu erscheint es sinnvoll anzugeben, wieviel Prozent der Patientinnen sich statistisch reliabel und wieviel sich klinisch relevant im Vergleich zu einer

---

4 Die Effektstärke ist definiert als die Differenz der Mittelwerte zum Post-Messzeitpunkt zwischen einer experimentellen und einer Kontrollgruppe, dividiert durch die Standardabweichung der Kontrollgruppe (*Smith, Glass, Miller* 1980). Die Klassifizierung der Effektstärken erfolgt unter Bezugnahme auf *Cohen* (1988): Im Bereich zwischen .40 und .80 spricht man laut Konvention von mittleren, im Bereich > .80 von großen und im Bereich von < .40 von geringen Effekten. Da in einer Praxisstudie in der Regel keine Kontrollgruppe mit unbehandelten Patientinnen vorhanden ist, wird ersatzweise im Nenner oben angegebener Formel die gemittelte Standardabweichung der Mittelwerte der Prä- und Postmessung in der Interventionsgruppe eingesetzt (vgl. *Klann, Hahlweg* 1994, 98).

Normpopulation verbessert/ verschlechtert haben oder unverändert geblieben sind<sup>5</sup>.

Die **Therapeutinnen** wurden nach einer Veränderung der Probleme, die die Therapieinanspruchnahme begründeten sowie nach einer Beurteilung der Veränderung der Eingangssymptomatik gefragt. 90,2% der Therapeutinnen gaben hier eine Verbesserung an, während 4,1% keine Veränderungen bemerkten. In *keinem Fall wurde eine Problemverschlechterung angegeben*, bei 4,1% standen zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung andere Probleme im Vordergrund (4,1% machten keine Angabe). Angaben zur Besserung der Eingangssymptomatik (anhand der Haupt- und der zwei Nebendiagnosen: 100% bedeutet hier Unverändertheit der Beschwerden und 0% keine Beschwerden mehr) weisen mit einem Durchschnittswert von 35,9% (SD=25,8%) auf einen klaren Trend in Richtung einer Beurteilung als Besserung: 75% der Therapeutinnen gaben hier „50%“ und weniger an. Als weiterer Indikator des Therapieerfolges kann die Zufriedenheit der Therapeutinnen mit dem Therapieverlauf betrachtet werden. Vorgegeben war hier eine 0-100%-Skala mit den beiden Polen „nicht zufrieden“ und „sehr zufrieden“. Auf die entsprechende Frage äußerten sich 32,8% als „sehr zufrieden“ und 40,2% als „zufrieden“, 1,6% als „überhaupt nicht zufrieden“ und 4,1% als „nicht zufrieden“, während ca. 15,6% unentschlossen waren<sup>6</sup> (5,7% machten keine Angabe). Als Mittelwert der Skala ergab sich ein Prozentwert von 75,3% (SD=20,4%, Range: 10-100).

Bei der folgenden Darstellung der **Patientinnenangaben** sind alle Patientinnen einbezogen, von denen eine Abschlusserhebung vorlag (N=122<sup>7</sup>). Jeweils ca. die Hälfte der Patientinnen waren mit dem *Ergebnis und dem Verlauf* der Behandlung *sehr* zufrieden (50,8% resp. 47,6%), weitere 28,7% resp. 21,2% waren zufrieden. Immerhin ca. zwei Drittel äußerten sich sehr zufrieden mit ihrer Therapeutin und 73,0% mit der durch die von ihr erfahrenen Wertschätzung (zufrieden waren 20,5% und 18,0%). Ein Vergleich der vier Items zeigt durchweg hohe Durchschnittswerte, wobei die *erfahrene Wertschätzung* mit 91,2 (SD=13,6) sehr stark und die Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis (80,5; SD=21,4) im Vergleich geringer hervorgehoben wird. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie betrug 80,7 (SD=18,7), die mit der Person der Therapeutin 88,6 (SD=13,59).

- 
- 5 Aus den GSI-Werte (Eingangs- und Abschlusserhebung) wurde der RCI (Reliable Change Index) berechnet (Jacobsen, Truax 1991). Danach weisen Patientinnen eine reliable Veränderung auf, wenn sie nach dieser Formel einen Wert von  $\pm 1,9\%$  oder darüber erreichen.
  - 6 Die Skalen wurden auf einen Wertebereich von 1-5 rekodiert. Als „unentschlossen“ wurden dabei alle Angaben zwischen 40 und 60 interpretiert.
  - 7 Abweichende Zahlen ergeben sich bspw. dadurch, dass die Patientinnen nicht alle Instrumente in gleicher Zahl ausgefüllt haben.

Auf das Item „Ich bin sicher, dass die Behandlung mir geholfen hat“ (Skala von 0% ‚trifft nicht zu‘ bis 100% ‚trifft zu‘) gaben 57,4% der Teilnehmerinnen 90 und 100% an, im Durchschnitt 84,8 (SD=20,2).

## 6.2 Effektstärken und Mittelwertvergleiche (SCL-90-R und IIP-C)

Die Tabelle 6 gibt die ermittelten Effektstärken für die globalen Kennwerte und die Einzeldimensionen des SCL90-R nach Geschlecht für die Abschlusserhebung wieder:

Dimension des SCL-90	Abschlusserhebung		
	Alle (n=122)	Männer (n=24)	Frauen (n=98)
Somatisierung	0,73	0,77	0,72
Zwanghaftigkeit	0,94	0,97	0,92
Unsicherheit	0,99	1,21	0,93
Depressivität	1,15	1,20	1,14
Ängstlichkeit	0,91	1,09	0,87
Aggressivität	0,75	0,97	0,69
Phobische Angst	0,42	0,68	0,36
Paranoides Denken	0,76	1,03	0,69
Psychotizismus	0,74	0,96	0,68
Mittelwert aller Skalen	0,82	0,99	0,78
GSI (Globaler Beschwerdeindex)	1,10	1,21	0,98

Tabelle 6: Effektstärken des SCL-90R in der Abschlusserhebung

Betrachtet man zunächst die Effektstärke des allgemeinen Kennwertes „Global Severity Index“ des SCL-90-R, ergeben sich bei 28,2% der Patientinnen sehr große (Effektstärken größer 1,2), bei 19,4% große Effekte (Effektstärken zwischen 0,8 und 1,2), bei weiteren 25,8% mittlere Effekte (Effektstärken zwischen 0,4 und 0,8) und bei 16,1% geringe Effekte (Effektstärken zwischen 0,0-0,4), was eine deutliche Reduzierung der durch den SCL-90-R gemessenen Belastungen anzeigt (bei 10,5% der Patientinnen ließen sich negative Effekte nachweisen, zwischen 0,0 und 0,6). Die mittlere Effektstärke der allgemei-

nen Belastung (GSI) ist 1,1 und damit groß. Der positive Trend findet sich auch in den Einzeldimensionen. Die höchsten mittleren Effektstärken finden sich auf den Skalen „Depressivität“, „Unsicherheit“, „Zwanghaftigkeit“ und „Ängstlichkeit“. Auf allen neun Einzelskalen und auch bei den Gesamtkennzahlen verzeichnen Männer nach Abschluss der Therapie stärkere Effekte als Frauen mit sehr großen Effekten auf den Skalen „Depressivität“ und „Unsicherheit“ und großen Effekten auf der Skala „Ängstlichkeit“. Frauen zeigen auf den gleichen Skalen die besten Veränderungen nach der Therapie, insgesamt etwas geringer als bei den Männern. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass Integrative Therapie insbesondere bei den häufigen Symptomen wie Sinnlosigkeit, Energielosigkeit, Einsamkeitsgefühlen, Schwerkmut, Interessenlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen, Angstgefühlen sehr hohe Wirksamkeit hat.

Ein Prä-Post-Vergleich der durchschnittlichen Rohwerte zeigt auf allen Skalen und im Gesamtwert einen signifikanten Unterschied zwischen den Eingangs- und Abschlusswerten ( $p < .05$ ). Die größte Veränderung wurde auf der Skala „Depressivität“ erreicht und die geringste auf der Skala „Phobische Angst“. Der Vergleich der Abschlusswerte mit der Normalpopulation ( $N=1006$ , Franke 1995) ergab keine signifikanten Unterschiede (siehe Abbildung 2).

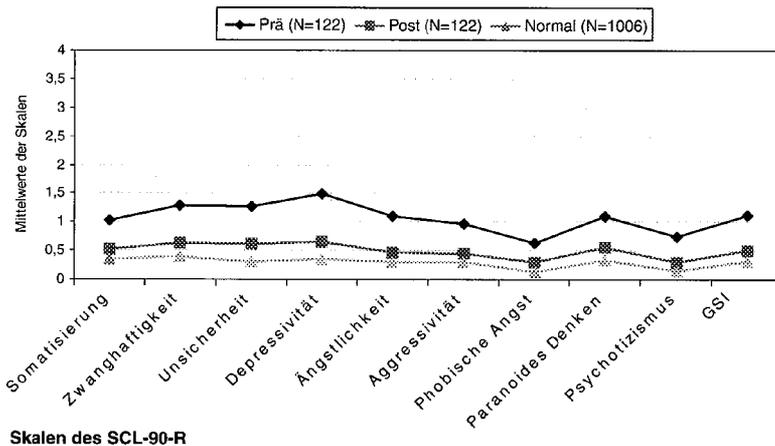


Abbildung 2: Ergebnisse SCL-90R: Vergleich Prä-Post-„Gesund“ (Skalenmittelwerte [Rohwerte]; alle sign:  $p < .05$ )

Nach dem relativ strengen Therapieerfolgskriteriums „Reliable Change Index“ von *Jacobson* und *Truax* (1991) zeigt sich am Therapieende bei ca. 20% der Gesamtstichprobe ein signifikant besserer Ge-

samtbelastungswert des SCL-90. Ca. 80% verbesserten sich nach der Therapie nicht signifikant im Gesamtwert des SCL-90-R.

Auf allen Skalen und im Gesamtwert des IIP-C veränderten sich die Skalenrohwerte von der Eingangs- zur Abschlusserhebung in positiver Richtung. Alle Unterschiede der Mittelwerte sind signifikant (t-Test für gepaarte Stichproben,  $p < .05$ ). Die Werte der Abschlusserhebung gleichen denen der Referenzpopulation. Das interpersonale Verhalten der Klienten ist dem einer normalen Stichprobe sehr ähnlich. Die Skalen „zu ausnutzbar/nachgiebig“, „zu fürsorglich/freundlich“ und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ zeigen zum Abschluss der Therapie die größten Verbesserungen. Auf diesen Skalen waren die Eingangsbelastungen auch am größten. Geringe Veränderungen wurden auf den Skalen „zu autokratisch/dominant“ und „zu streitsüchtig/konkurrierend“ gemessen (vgl. hierzu Abbildung 3).

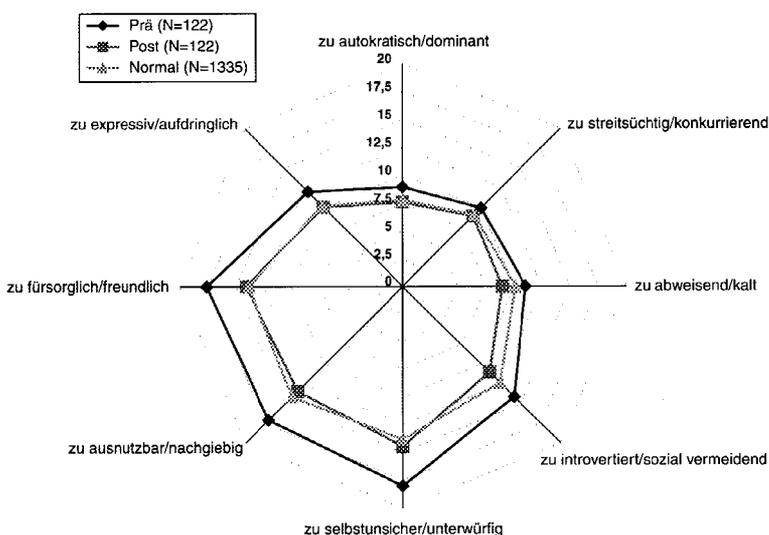


Abbildung 3: Prä-Post-Vergleich mit gesunder Referenzstichprobe des IIP-C

Die Effektstärken des IIP-C schwanken zwischen 0,19 und 0,80, d.h., es zeigen sich geringe und mittlere Effekte im interpersonalen Verhalten, die mit dem IIP gemessen werden. *Es gibt keine negativen Effekte.* Die größte Effektstärke der Gesamtstichprobe zeigt sich auf der Skala ‚fürsorglich/freundlich‘ mit 0,69. Diese Skala beschreibt das Gefühl, „anderen zu sehr gefallen zu wollen und zu vertrauen, und sich zu sehr von den Gefühlen anderer leiten zu lassen“ (Horowitz et

al. 1994, 26). Auf der Skala „ausnutzbar/nachgiebig“, die Schwierigkeit beschreibt, „nein‘ zu sagen, anderen gegenüber Ärger zu zeigen und zu empfinden, zu streiten, ferner die Angst, andere zu verletzen“ (ebd.), wurde in der Gesamtstichprobe auch ein mittlerer Effekt von 0,67 erreicht. Auf einer dritten inhaltlich ähnlichen Skala „selbstunsicher/unterwürfig“, die „Probleme beschreibt, eigene Bedürfnisse zu zeigen, sich abzugrenzen, selbstsicher aufzutreten“ (ebd.) wurden Verbesserungen erzielt (ES=0,6). Kaum Effekte zeigten sich auf den Skalen ‚streitsüchtig/konkurrierend‘ und ‚autokratisch/dominant‘, Skalen, die in ihrer hohen Ausprägung Menschen beschreiben, die anderen gegenüber aggressiv, kontrollierend, unabhängig sind, die Schwierigkeiten haben, anderen zu vertrauen. Die Effektstärken der Frauen weichen nur minimal von denen der Gesamtstichprobe ab. Die Männer haben auf der Skala „fürsorglich/freundlich“ und auf der Skala „streitsüchtig/konkurrierend“ (Auseinandersetzungen mit anderen zu suchen, misstrauisch und streitsüchtig zu sein) etwas höhere Effektstärken, als die Gesamtstichprobe im Durchschnitt hat und auf der Skala „abweisend/kalt“ (beschreibt die Schwierigkeit anderen Menschen gegenüber eine Verpflichtung einzugehen, Gefühle zu zeigen, Liebe zu zeigen, sich und andere nahe zu fühlen) geringere Effekte als Frauen und die Gesamtgruppe. Aufgrund der geringen Anzahl der Männer kann dieser Unterschied nur als leichte Tendenz interpretiert werden (vgl. Tabelle 7).

IIP-C			
Skalen	alle (n=122)	Männer (n=24)	Frauen (n=98)
Autokratisch/dominant	0,24	0,21	0,25
Streitsüchtig/konkurrierend	0,19	0,27	0,17
Abweisend/kalt	0,36	0,28	0,38
Introvertiert/sozial vermeidend	0,49	0,54	0,47
Selbstunsicher/unterwürfig	0,61	0,61	0,61
Ausnutzbar/nachgiebig	0,67	0,72	0,65
Fürsorglich/freundlich	0,69	0,80	0,66
Expressiv/aufdringlich	0,33	0,39	0,32
<b>IIP-gesamt</b>	<b>0,44</b>	<b>0,47</b>	<b>0,43</b>

Tabelle 7: Effektstärken IIP im Geschlechtervergleich

Die Ergebnisse lassen auf die Stärke der Integrativen Therapie schließen, interpersonale Fähigkeiten, insbesondere „persönliche

Souveränität“ sowie zwischenmenschliche Performanz und Ko-responsenzfähigkeit (Petzold, Orth 1998) zu fördern.

### 6.3 Zuwachs an Ressourcen

Als Ergänzung zu den symptomorientierten Erhebungsinstrumenten, die eine Verbesserung der persönlichen Befindlichkeit durch ein Nachlassen oder die Reduktion von Symptomen beschreibt, also Freiheitsgewinne durch das Nachlassen von Belastungen erfasst, wurden in einem zweiten Teil der Untersuchung wegen der *ressourcentheoretischen* Orientierung der Integrativen Therapie (Petzold 1997p) direkt nach Ressourcen gefragt, die die Person und ihren Lebenskontext bzw. ihre *Lebenslage* (Petzold 2000h) betreffen. Hierzu wurde das soziale Netzwerk (vgl. Hass, Petzold 1999), die körperliche Befindlichkeit sowie die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen erfasst, indem der Zuwachs an Ressourcen objektiviert wurde.

#### 6.3.1 Veränderung Allgemeiner Lebenszufriedenheit

Sowohl in der Eingangs-, Zwischen- als auch in der Abschlusserhebung wurden die Patientinnen, Therapeutinnen und Angehörigen nach der Zufriedenheit mit den einzelnen Lebensbereichen befragt. Als erstes werden die individuellen Einschätzungen zu verschiedenen Bereichen im Prä-Post-Vergleich vorgestellt. Sie spiegeln die subjektiv erlebten Verbesserungen wider.

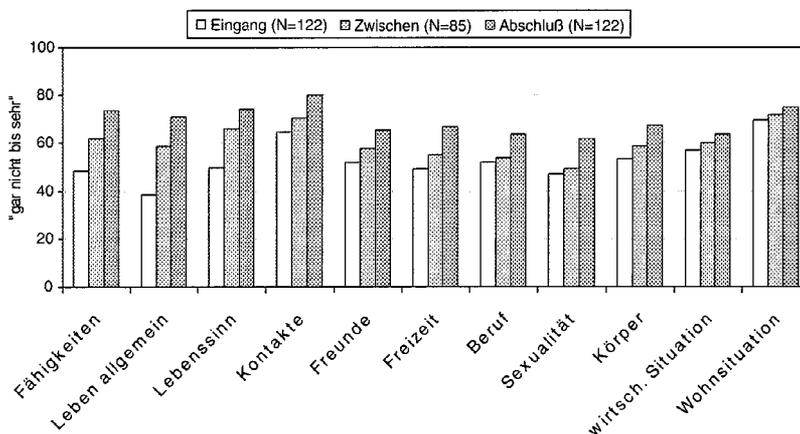


Abbildung 4: Prä-Zwischen-Post-Vergleich der Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL)

Die Selbsteinschätzung ergab in allen Bereichen einen Zuwachs an Zufriedenheit. Besonders deutlich sind die Verbesserungen in den Bereichen „Zufriedenheit mit den Sozialkontakten“, in der „Zufriedenheit mit der Persönlichkeit und den Fähigkeiten der eigenen Persönlichkeit“ sowie die „Zufriedenheit in der augenblicklichen Lebenssituation“ (was auf Fehlen von *Prekarität* hinweist) und mit dem „Lebenssinn“.

Die geringsten Veränderungen zeigen sich in der „Zufriedenheit mit der Wohnsituation und mit der wirtschaftlichen Situation“, deren Verbesserung durch die Therapie auch eher unwahrscheinlich, aber durchaus auch möglich ist. Bei den Verbesserungen in diesen Bereichen könnte es sich einerseits um ein Halo-Effekt (*Cohen 1966*), also eine positiv gefärbte Einschätzung aufgrund einer grundsätzlichen Tendenz positiv zu antworten, handeln oder aber um die Widerspiegelung von Fakten, auf Grund derer auch in diesen Bereichen eine positivere Wahrnehmung entstanden ist. Am schlechtesten wird der Bereich „Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Situation“ eingeschätzt, obwohl auch hier einige Verbesserungen erreicht wurden. Auch die Verbesserungen im Bereich des Körpererlebens fallen vergleichsweise gering aus. Typisch für die Integrative Therapie ist sicherlich das extrem gute Abschneiden im Bereich der *Kontaktfähigkeit* und *Wertschätzung*, in dem fast die maximal mögliche Zufriedenheit erreicht wird, was interessanterweise mit der Einschätzung von Ausbildungskandidatinnen der Integrativen Therapie gegenüber ihren Ausbildern übereinstimmt (*Petzold, Steffan 2000*) und mit dem beziehungstheoretischen Ansatz der Integrativen Therapie (*Petzold 1980g, 1991b, 1996k*). Alle Differenzen zwischen Eingangs- und Abschluss-erhebung sind signifikant ( $p < .05$ ), ohne dass das Geschlecht einen Einfluss auf das Ausmaß der Veränderungen hat.

Die starke Verbesserung der Zufriedenheit im Bereich der Sozialkontakte deutet draufhin, dass die Integrative Therapie im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen und „kommunikativer Kompetenz und Performanz“ eine besondere Stärke hat und die Therapie offensichtlich eine erhebliche Verbesserung gerade der Lebenszufriedenheit bzw. des persönlichen Wohlbefindens und des Sinnerlebens fördert.

### 6.3.2 Ergebnisse zum sozialen Netzwerk

Zu allen Erhebungszeitpunkten wurden die Patientinnen gebeten, maximal 10 Personen aus ihrem gegenwärtigen sozialen Netzwerk anzugeben im Sinne eines „relevanten“ Netzwerkes bzw. Konvois von „significant others“ (*Hass, Petzold 1999*) mit Informationen zum Geschlecht, zur Beziehung (Partner, Freund, Verwandter etc.), zur emotionalen Nähe/Distanz und zur Belastung/Unterstützung durch

diese Person. Die Ergebnisse bieten deskriptive Informationen zu quantitativen und qualitativen „Netzwerkmerkmalen“ wie Netzwerkumfang (limitiert auf max. zehn Personen), Netzwerkzusammensetzung (nach sozialen Rollen, nach Geschlecht), Anzahl/Anteil belastender/unterstützender Personen, Anzahl/Anteil emotional naher/„ferner“ Personen, aktuelle Unterstützungs-/Belastungskennziffer. Ein positiver Wert indiziert ein Überwiegen des *Unterstützungspotentials*, ein negativer Wert ein Überwiegen des *Belastungspotentials*, die Anzahl in einer oder beiden Dimensionen neutraler Personen, gegenwärtige Bedeutsamkeit der einzelnen Beziehungen für den Befragten (Indikator: Rangfolge der Nennungen) und im Vergleich von der Eingangs- zur Abschlusserhebung.

Der Netzwerkumfang in diesem Rahmen bzw. unter der Vorgabe der Instruktion beträgt in der Eingangserhebung pro Patientin durchschnittlich 5,1 Personen (SD=2,8) und am Ende der Therapie 4,8 Personen (SD=2,7). 85% der Patientinnen haben maximal 8 Personen angegeben, 15% haben die maximal mögliche Angabe von 10 Personen ausgeschöpft, ein Viertel haben lediglich zwei Personen angegeben, die zu ihrem Netzwerk gehören. Die Geschlechterverteilung der Netzwerkmitglieder der Patientinnen ist recht ausgewogen mit 60,1% Frauen und 39,9% Männer. Der größte Anteil der Netzwerkmitglieder sind – sowohl in der Eingangs- als auch in der Abschlusserhebung – Freunde, Eltern, Geschwister und Verwandte (insgesamt um 50% aller Netzwerkmitglieder). Mitarbeiter, Chef oder Arbeitskollegen werden in diesem Erhebungsansatz seltener zum „relevanten sozialen Netzwerk“ (der „Kernzone“ des „sozialen Atoms“, vgl. *Petzold 1979c; Hass, Petzold 1999*) gezählt. An 1., 2. oder 3. Stelle der Nennung stehen in der Eingangserhebung die Partner, Freunde und Eltern. In der Abschlusserhebung werden *die Eltern in der Rangfolge durch Kinder ersetzt*, was auf Ablösungsprozesse schließen lässt.

Bei den Netzwerkmitgliedern handelt es sich zu knapp 75% um emotional nahestehende und zu 11,9% um emotional „ferne“ Personen. 15,5% wurden als neutral bewertet. Auf der anderen Dimension werden 46,3% als unterstützend, dagegen ca. 26,2% als belastend eingeschätzt, womit hier der Anteil Neutraler mit 27,7% größer ausfällt. Im Vergleich mit einer Studentenpopulation (*Hass, Petzold 1999*) zeigt sich, dass die Psychotherapie-Patientinnen sowohl auf dem Pol ‚emotionale Nähe‘ – als auch auf dem Pol ‚Unterstützung‘ Defizite aufweisen. Sie haben einerseits weniger emotional nahestehende Personen – auch anteilig am Gesamtnetzwerk sowie ein geringeres „Vertrauenspotential“ (resp. eine geringere Summe der Skalenwerte von emotionaler Nähe), andererseits weisen sie auch weniger *unterstützende Personen* auf – wiederum auch anteilig am Gesamtnetzwerk sowie auch ein geringeres Unterstützungspotential. Auch auf dem Belastungspol weist die Psychotherapie-Population anteilig am Gesamtnetzwerk

mehr belastende Personen auf. Damit wird die hohe Bedeutung von netzwerktherapeutischen Maßnahmen erkennbar, die in der Psychotherapie einem festen Ort haben sollten (Hass, Petzold 1999) und die in der Integrativen Therapie besonders entwickelt wurden (Petzold 1979c, 1995b, 1994e). Gegenüber dem Therapiebeginn hat sich der Umfang des Netzwerkes um ca 13% verringert. Der Anteil der unterstützenden Personen sowie das Unterstützungspotential stieg hingegen um ca. 10% an und der Anteil der sehr belastenden Personen hat abgenommen (von 13,0% auf 7,9% aller Netzwerkmitglieder, vergleiche hierzu auch Tabelle 8).

	Eingang (N=122)	Abschluss (N=122)
Anzahl der Personen des Netzwerkes (Mittelwert, SD)	5,1 (2,8)	4,8 (2,7)
<b>Geschlecht</b>	<b>Gesamt N=1036</b>	<b>Gesamt N=905</b>
weiblich	623 (60,1%)	523 (57,8%)
männlich	413 (39,9%)	382 (42,2%)
<b>Beziehung zur Person</b>	<b>Gesamt N=1034</b>	<b>N=888</b>
Partner(in)	79 (7,6%)	83 (9,3%)
Sohn	68 (6,5%)	67 (7,5%)
Tochter	57 (5,5%)	51 (5,2%)
Eltern	132 (12,8%)	109 (11,3%)
Geschwister	103 (10,0%)	77 (8,7%)
Verwandte(r)	88 (8,5%)	55 (6,2%)
Freund(in)	320 (30,9%)	255 (28,3%)
Nachbar	23 (2,2%)	21 (2,4%)
Chef	31 (3,1%)	30 (3,4%)
Arbeitskollege	58 (5,6%)	61 (6,9%)
Mitarbeiter	15 (1,5%)	10 (1,1%)
Sonstige Person	60 (5,8%)	69 (7,3%)
<b>Emotionale Nähe/Distanz zu Personen</b>	<b>Gesamt N=1044</b>	<b>Gesamt N=912</b>
sehr nahestehend (+2)	431 (41,3%)	340 (37,3%)
nahestehend (+1)	349 (33,4%)	344 (37,7%)
weder/noch (0)	151 (14,5%)	137 (15,0%)
Distanz (-1)	56 (5,4%)	44 (4,8%)
Große emotionale Distanz (-2)	57 (5,5%)	47 (5,2%)
<b>Unterstützung oder Belastung durch die Person</b>	<b>Gesamt N=1047</b>	<b>Gesamt N=907</b>
Sehr unterstützend	238 (20,2%)	195 (21,5%)
Unterstützend	308 (26,1%)	308 (34,0%)
weder/noch	19,1 (21,7%)	199 (21,9%)
Belastend	138 (13,2%)	133 (14,7%)
sehr belastend	136 (13,0%)	72 ( 7,9%)

Tabelle 8: Netzwerkkenzzahlen zu Therapiebeginn und zum Therapieende

Werden die beiden Dimensionen emotionale Nähe/Distanz orthogonal zueinander in ein Diagramm eingetragen, ergibt sich eine Vierfeldertafel (vgl. Abbildung 5), aus der sich die Verteilung der Personen über die einzelnen Quadranten ablesen lässt.

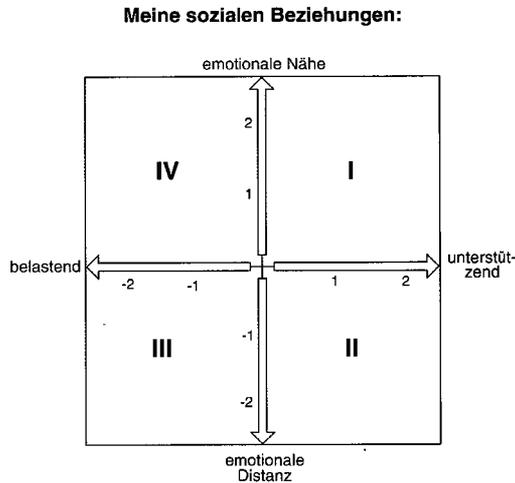


Abbildung 5: Netzwerkdiagramm in zwei Dimensionen

Die Punkte oberhalb des Koordinatenursprungs bilden die emotional nahestehenden Personen ab, Punkte unterhalb die nicht nahestehenden Personen. Punkte links des Koordinatenursprungs symbolisieren akute Belastungen in Beziehungen, Punkte rechts davon hingegen Ressourcen. Verschiedene Ausmaße einer Dimension werden durch entferntere oder nähere Platzierung am Koordinatenursprung abgebildet (Wertebereich 0-2), Neutralität in einer Dimension durch Abtragen auf der Geraden der anderen Dimension, Neutralität in beiden Dimensionen durch Abtragen im Zentrum. In den jeweiligen Quadranten erscheinen die Personen mit den entsprechenden Merkmalskombinationen.

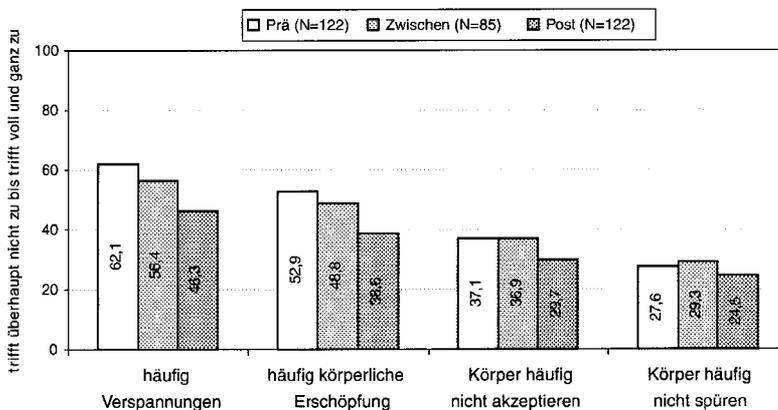
Mit 45,5% zum ersten Erhebungszeitpunkt ist der Quadrant I erwartungsgemäß stark besetzt und steigt bei Therapieende geringfügig an (48,1%). Es folgt mit 14,4% der Quadrant IV, dessen Besetzung in der Abschlusserhebung auch geringfügig absinkt (12,6%). Dagegen sind die Quadranten II und III nur schwach besetzt und bleiben auch konstant. Quadrant III weist in unserer Stichprobe mit knapp 8% allerdings einen fast viermal so hohen Anteil aus wie in der Kontrollgruppe (vgl. *Hass, Petzold 1999*).

Dieses Instrument ist primär für diagnostische Zwecke konstruiert worden, möglicherweise kommen ihm aber auch prognostische Qualitäten zu. In jedem Fall bietet es neben anderen Instrumenten der

Netzwerkd Diagnose (ebd. und *Petzold 1994e*) Grundlagen für gezielte Interventionen auf der Netzwerk- bzw. Konvoi-Ebene (Netzwerk als „Weggeleit“ über die Zeit, vgl. idem 1995a, b).

### 6.3.3 Verbesserung der körperlichen Befindlichkeit

Alle Patientinnen wurden nach ihrer körperlichen Befindlichkeit gefragt. Auf eine 0-100%-Skala sollten die Patientinnen folgende Aussagen einschätzen („trifft überhaupt nicht zu“ vs. „trifft voll und ganz zu“). Am Beginn der Therapie gaben mehr als die Hälfte (52,5%) der Patientinnen an, dass sie sehr häufig unter Verspannungen leiden, 17,2% gaben „weder/noch“ an und 30,3% der Stichprobe litt zu Beginn weniger unter Verspannungen. Am Ende der Therapie beklagten 45,9% keine häufigen Verspannungen mehr, und es litten nur noch 28,7% der Patientinnen unter häufigen Verspannungen. Ein solches durchaus gutes Ergebnis könnte bei Einsatz eines „bimodalen“ Vorgehens in der Fokaltherapie (*Petzold 1993p*), d.h. im Einsatz von Lauftherapie oder Integrativer und Differentieller Relaxation (IDR) o.ä. aufgrund einer Indikation durch prozessdiagnostische Beobachtung der Verspannungssituation wahrscheinlich noch verbessert werden (*Petzold, Wolf et al. 2000; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*), und man wird diesen Dimensionen größere Bedeutung zumessen müssen. Die Mittelwertunterschiede sind signifikant. Auch die Mittelwertunterschiede Prä-Post bei den körperlichen Erschöpfungszuständen sind signifikant. Bei der Eingangserhebung bis zur zweiten Therapiestunde gaben 45,2% der Patientinnen häufige körperliche Erschöpfungszustände an,



Mittelwerte; \*  $p < .05$

Abbildung 6: Veränderungen der körperlichen Befindlichkeit im Vergleich der Eingangs-, Zwischen- und Abschlusserhebung (Mittelwertvergleiche)

in der Abschlusserhebung nur noch 21,1% der Patientinnen, und 57,4% hatten kaum noch körperliche Erschöpfungszustände. Demgegenüber geringere Veränderungen zeigten sich durch die Therapie in der Akzeptanz des Körpers und dem Spüren des Körpers. Aufgrund der bereits geringen Eingangsbelastung zeigt sich keine große Veränderung zum Ende der Therapie.

#### 6.4 Daten zur Mehrperspektivität des EAL

Zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten wurden Einschätzungen zu den vorab schon beschriebenen Bereichen in gleicher Form, wie sie von den Patientinnen abgegeben wurden auch aus einer Angehörigenperspektive sowie aus Sicht der Therapeutin abgegeben. Abbildung 7 veranschaulicht die ermittelten Mittelwerte aus den drei Perspektiven. Die Ergebnisse der mehrperspektivischen Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie die hiermit kombinierte Einschätzung der Schwere der Symptomatik und der Behandlungserwartung soll etwas differenzierter dargestellt werden. Als erstes wenden wir uns dabei den Einschätzungen zu, wie sie aus den drei Perspektiven abgegeben wurden. Die folgende Darstellung veranschaulicht für alle Bereiche die Einschätzungen, die aus Therapeutinnen-, Patientinnen- und Angehörigenperspektiven gegeben wurden.

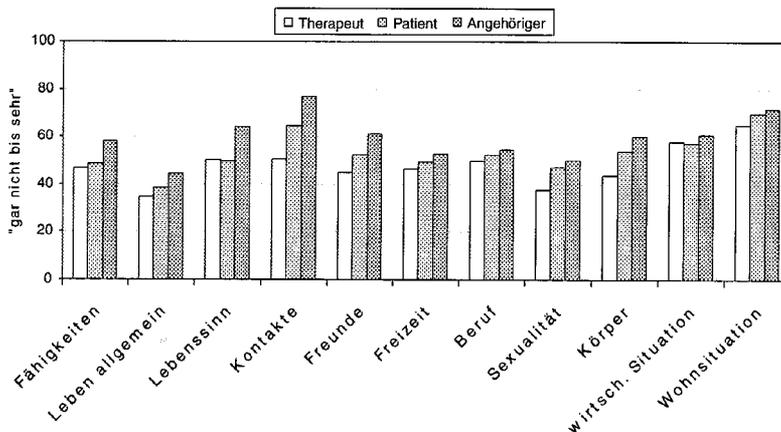


Abbildung 7: Mehrperspektivische Eingangserhebung

Wenn man zur Einschätzung der Schwere der Belastungen die Einstellungen von Therapeutinnen und Angehörigen der Patientinnen mit ihren eigenen Urteilen vergleicht, fallen systematische Unterschiede ins Auge.

Bei der Verteilung der einzelnen Einschätzungen fällt auf, dass es hier eine durchgängige Tendenz gibt (sieht man einmal von der wirtschaftlichen Situation ab). Während durchgängig die *Therapeutinnen* die Lebenszufriedenheit ihrer Patientinnen am *geringsten* einschätzen, sehen die *Angehörigen* die Situation als wesentlich *besser* an. Demgegenüber bewegen sich die Einschätzungen der *Patientinnen* selbst im *Mittelbereich*, also zwischen den Einschätzungen der Therapeutinnen und der Angehörigen. Angehörige tendieren dazu, die Unzufriedenheit und die Schwierigkeiten der Patientinnen als geringer einzuschätzen, als diese es selber tun. Dies mag einer verständlichen Neigung entspringen, die Situation positiver und optimistischer sehen zu wollen. Einen genau gegenläufigen Trend weisen die Therapeutinnen auf. Sie tendieren dazu, die Situation ihrer Patientinnen wesentlich schlechter einzuschätzen, als dies in den Selbsteinschätzungen der Fall ist. Dieser Unterschied wird besonders gravierend, wenn es um das Kontaktverhalten mit anderen Menschen geht. Sie vermuten hier, dass ihre Patientinnen erhebliche Defizite aufweisen. Ein starkes Defizit wird auch im Bereich der Sexualität vermutet. Hier erwarten die Therapeutinnen bei ihren Patientinnen die mit Abstand größte Unzufriedenheit, was sich allerdings in deren Selbsteinschätzung nicht in diesem Ausmaß wiederfinden lässt. Hier könnten *positive Attributionen* von Kompetenz wahrscheinlich Therapieergebnisse noch verbessern (und auf jeden Fall *negative Erwartungseffekte* zu vermeiden suchen) und Therapeutinnen müssen sich fragen, ob sie nicht zu *defizitorientiert* waren. Die Einschätzungen, die die Angehörigen abgeben, müssen wahrscheinlich differenzierter betrachtet werden, da sie möglicherweise davon abhängig sind, inwiefern diese Lebens- und Sexualpartner der Befragten sind. Wenn es sich um solche Ange-

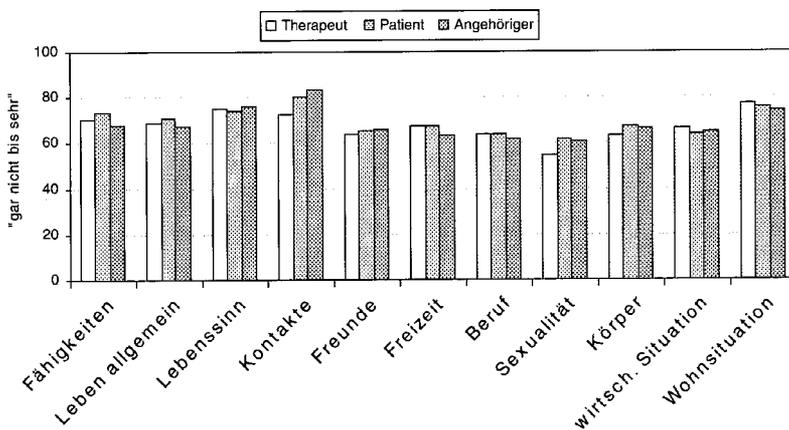


Abbildung 8: Mehrperspektivische Abschlusserhebung

hörige handelt, konfundieren ihre Einschätzungen möglicherweise mit ihrer eigenen Zufriedenheit. So ist nur schwer zu trennen, inwiefern die eingeschätzten Zufriedenheitsmaße das Ausmaß der Zufriedenheit des Angehörigen oder das Ausmaß der vermuteten Zufriedenheit der Patientinnen betreffen. Hierzu sind Nachbefragungen nötig, die diesen Aspekt eingehend klären.

In der Abschlusserhebung zeigen sich keine systematischen Unterschiede in den Perspektiven mehr, wenn man einmal davon absieht, dass Patientinnen selber wiederum in einigen Bereichen optimistischere Einschätzungen als ihre Therapeutinnen abgeben.

Um das Ausmaß der Übereinstimmungen zwischen den einzelnen Perspektiven zu bestimmen, wurden Korrelationen zwischen den Einschätzungen der Patientinnen, der Angehörigen und der Therapeutinnen berechnet.

Zum Eingangszeitpunkt korrelieren die die Einschätzungen der Patientinnen mit den Angehörigen höher als mit den Einschätzungen der Therapeutinnen, was auch nicht verwundert, da die Therapeutinnen die Patientinnen kaum kennen. Trotzdem fallen alle Zusammenhänge positiv aus, das heißt, sie gehen in die gleiche Richtung. Die meisten Korrelationen, die bis auf eine hochsignifikant sind, liegen im Bereich zwischen .3 und .6, was zeigt, dass die Therapeutinnen viele Bereiche recht zutreffend einschätzen können, wenn man ihre Einschätzungen mit den Selbsteinschätzungen der Patientinnen vergleicht, auch wenn sie hinter die der Angehörigen zurückfallen. Das spricht für den „diagnostischen Blick“ der Therapeutinnen und ihre persönliche und professionelle, d.h. spezifisch geschulte *Empathie* (Petzold 1993a, 1080) – eine Voraussetzung für eine gute „Passung“, was auch durch die Stundenbögen bestätigt wird. Eine gelungene Passung ist bekanntlich ein wichtiger Prädiktor von Therapieerfolg (Howard, Orlinsky 1988; Grawe, Orlinsky, Parks 1992). Die Angehörigen können in der Regel zu den meisten Bereichen recht zutreffende Einschätzungen abgeben (Korrelationen zwischen .4 und .7), die so gut sind, dass es sinnvoll erscheint, ihre Einschätzungen als Informationsquelle zur Veränderungseinschätzung zu verwenden.

Die Einschätzung zur Kontaktfähigkeit bildet eine Ausnahme. Hier kommt offensichtlich die Expertenperspektive der Therapeutinnen ins Spiel, die dazu führt, dass diese eine höhere Spezifität erzielen ( $r = .44$ ; Angehörige:  $r = .28$ ). Aufgrund ihrer Erfahrungen mit einem breiten Spektrum von Ratsuchenden ist es ihnen möglich, hierzu relativ schnell eine zutreffende Einschätzung abzugeben, die sich auch mit dem Selbstbild der Patientinnen trifft. Überraschend hoch fallen die Übereinstimmungen zwischen Therapeutinnen und Patientinnen im Bereich der Zufriedenheit mit Arbeit, Beruf und Sexualität aus. Hier bleibt zu fragen, ob dies rein intuitive Einschätzungen sind oder ob von den Therapeutinnen hierzu Fragen gestellt wurden, so dass eine zuver-

lässige Einschätzung möglich ist. Interessant ist der Befund, dass die wirtschaftliche Situation offensichtlich der Lebensbereich ist, der von den Therapeutinnen am besten eingeschätzt wird. Am schwierigsten war es, die Zufriedenheit der Patientinnen mit ihren persönlichen Fähigkeiten und ihrer Persönlichkeit einzuschätzen ( $r = .14$ ).

In der Abschlusserhebung lagen die Korrelationen aus beiden Quellen über  $r = .6$ , wobei die Angehörigen jedoch nur noch einen unbedeutenden Vorsprung haben. Am Ende einer Therapie können Therapeutinnen ihre Patientinnen wie engste Freunde und Angehörige hinsichtlich dieser Lebensbereiche einschätzen. In der Abschlusserhebung liegt wiederum die Einschätzung der Kontaktfähigkeit bei den Angehörigen an der letzten Stelle.

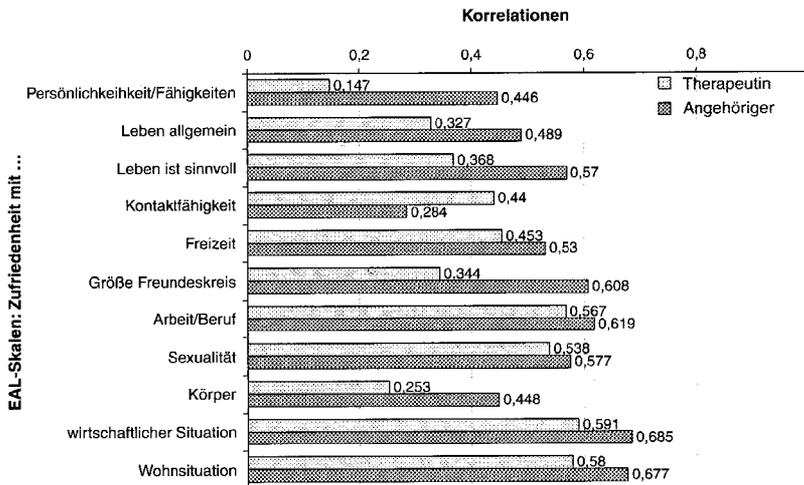


Abbildung 9: Vergleich der Übereinstimmungen der EAL-Werte in der Eingangserhebung zwischen Therapeutin-Patientin und Angehörige-Patientin (Korrelation)

### 6.5 Veränderungen der „Körperbilder“

Das *Leib*konzept gehört zu den anthropologischen Grundlagen der Integrativen Therapie – „*der Mensch ist Leibsubjekt in der Lebenswelt*“ – (Petzold 1985g) und ist für diesen Ansatz im Vergleich zu anderen „Schulen“ bzw. Orientierungen der Psychotherapie (und auch der „Körpertherapie“) spezifisch. In der therapeutischen Praxis wird die durch pathogene und salutogene Stimulierungen „auf den Leib geschriebene“ Geschichte, die im „informierten Leib“ immunologisch,

neurophysiologisch, emotional und kognitiv (Petzold, Wolf et al. 2000) *archivierte* Biographie der Patientinnen so weit das möglich ist in Sprache, Bewegung und Bilder (rück)übersetzt und damit zum Ausdruck gebracht. Der Versuch, diese Leibprozesse zu operationalisieren, ist eine Herausforderung und befindet sich noch in den Anfängen (vgl. Müller, Czogalik 1995; Heintl 1997). Langfristiges Ziel unserer Forschungen wird es sein, die durch die Integrative Therapie geförderten Leibwahrnehmungen der Patientinnen und die Veränderungen am Leib auch unter Einbezug psychophysiologischer Parameter erfassbar und ihren Einfluss auf den Gesundungsprozess transparent zu machen, was besonders bei Patientinnen mit „beschädigter Leiblichkeit“, z.B. durch Traumatisierung (Petzold, Wolf et al. 2000), wesentlich ist. Diese Auswertung liefert einen Beitrag auf diesen Weg.

Die Patientinnen wurden aufgefordert, mit Hilfe eines schematischen Körperbildes (stilisierter menschlicher Körper von vorn und hinten) die Körperregionen, an denen sie ihre Schmerzen und ihre emotionalen Probleme spüren, zu kennzeichnen. Dieses Vorgehen wurde von *Hildegund Heintl* für die Schmerzerfassung und von *Hilari- on Petzold* zur Erfassung „emotionaler Besetzungen und *awareness*“ des Körpers (Petzold, Orth 1993) in der Integrativen Therapie entwickelt und ist hier angelehnt an eine auf dieser Grundlage erfolgten Untersuchung zur Schmerzflächenanalyse (Czogalik, Kirschmann 1994), einem Verfahren zur graphischen Umsetzung der Schmerzlokalisation. Die Patientinnen wurden aufgefordert, zu jedem Erhebungszeitpunkt ihre Schmerzen und ihre emotionalen Probleme im vorgegebenen Schema zu lokalisieren. Die Originalitems lauteten:

„Nachfolgend sehen Sie die schematische Abbildung eines Menschen von vorne und von hinten. Sofern Sie emotionale Probleme haben, die Sie mit einer bestimmten Region Ihres Körpers verbinden, kreuzen Sie diese Körperregion(en) in der unten angezeigten Abbildung möglichst genau an. Wenn Sie sich nicht ganz sicher sind, ob Sie die Region, die Sie meinen, auch richtig angezeigt haben, können Sie diese mit Pfeil auch direkt benennen, z.B. Nackenbereich.“

Und für die Schmerzen:

„Nachfolgend sehen Sie wieder die schematische Abbildung eines Menschen von vorne und von hinten. Kreuzen Sie in diesem Fall bitte die Körperregionen an, in denen Sie Schmerzen verspüren.“

Ausgewertet wurden 122 Fragebögen, von denen eine Abschluss-erhebung vorlag. Die schematisierten Körperbilder wurden vorn und hinten in je fünf Zonen unterteilt und entsprechend der Zonen codiert (vgl. Abbildung 10).

#### *Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerzen im Prä-Post-Vergleich*

Aus erhebungstechnischen Gründen erfolgt eine Auswertung getrennt nach Vorder- und Hinteransicht des menschlichen Körpers.

Diese Unterscheidung impliziert keine theoretische Prioritätensetzung, sondern verfolgt das Ziel, eine möglichst differenzierte und umfassende Erfassung zu gewährleisten. Ausgewertet werden die Anzahl der Nennungen bei der Lokalisierung der *emotionalen Probleme* und die Anzahl der Nennungen bei der Lokalisierung der *Schmerzen*. Die 122 befragten Patientinnen haben in der Eingangserhebung 228 Körperstellen angegeben, an denen sie *emotionalen Probleme* haben und 269 Körperstellen, an denen sie *Schmerzen* spüren. Durchschnittlich gaben die Patientinnen am Beginn der Therapie 1,8 Körperstellen für emotionale Probleme und 2,2 Körperstellen für Schmerzen an, wovon einige 4 Körperregionen und einige gar keine angaben. Auch in der Abschlusserhebung wurden häufiger *Schmerzen* (204 Nennungen) als *emotionale Probleme* (156 Nennungen) lokalisiert. Am Ende der Therapie waren die Angaben der emotionalen Probleme und der Schmerzen signifikant weniger als am Beginn der Therapie. Die emotionalen Probleme werden häufiger auf der Vorderseite des Körpers empfunden und die Schmerzen sind vorn und hinten ungefähr gleich verteilt. Folgende Darstellung der schematisierten Körperbilder zeigt die Verteilung der emotionalen Probleme und Schmerzen (Angaben des prozentualen Anteils der Nennungen).

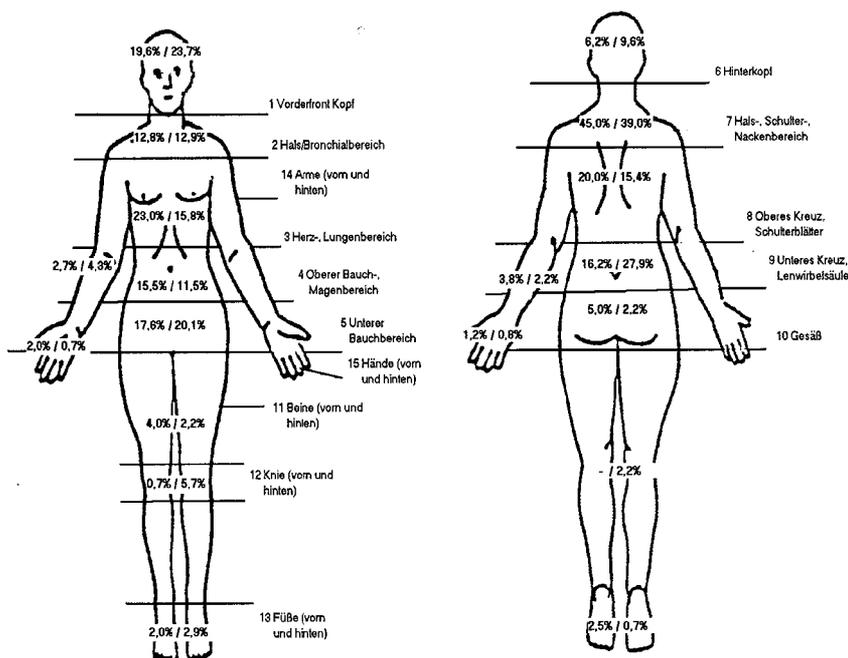


Abbildung 10: Lokalisation der emotionalen Probleme und der Schmerzen in der Eingangserhebung N=122, prozentualer Anteil an Gesamtangaben (emot. Probleme/ Schmerz)

Die prozentualen Anteile der Verteilungen auf die einzelnen Körperregionen zeigen, dass Schmerzen prozentual häufiger im unteren Kreuz (Lendenwirbelsäule), am Kopf, im Unterbauch und an den Armen empfunden werden. Die prozentual zu den Gesamtnennungen am häufigsten lokalisierten Körperregionen für emotionale Probleme ist der Hals-, Schulter-, Nackenbereich, Herz-, Lungenbereich, das obere Kreuz (Schulterblätter) und der obere Bauch (Magenbereich).

Am Ende der Therapie reduziert sich die Wahrnehmung der emotionalen Probleme im Herz-, Lungenbereich, am Kopf, im oberen Kreuz, im oberen Bauchbereich und im Hals-, Bronchialbereich. Wenig oder gar nicht verändert sich die Wahrnehmung der emotionalen Probleme im unteren Bauch, im Hals-, Schulter-, Nackenbereich und im unteren Kreuz. Schmerzen nehmen zum Ende der Therapie am meisten im Hals-, Schulter-, Nackenbereich, im oberen Kreuz, im unteren Bauch ab.

Das Verfahren lässt insgesamt darauf schließen, dass Integrative Therapie bei psychosomatischen Symptomen und Beschwerden eine positive Wirkung zeigt, wie auch in den Untersuchungen von *Heinl* (1997; *Müller, Czogalik* 1995), *Ebert und Möhler* (1997) und *Hundertmark, Teegen, Petzold* (1986) nachgewiesen werden konnte.

## 6.6 Zusammenhänge zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung

Nach der Frage, wie Psychotherapie überhaupt oder spezifische Methoden wirken, ist die Frage nach Variablen, die den Ausgang vorhersagen, besonders interessant. Nach den klassischen Vorstellungen von Wissenschaft (*Hempel* 1952) gelten Vorhersagen als die überzeugendsten Belege dafür, dass Forschungsergebnisse tatsächlich etwas Bedeutsames erfasst haben.

In der folgenden Tabelle sind korrelative Zusammenhänge zwischen den Variablen dargestellt, die aus Therapeutinnen- und Patientinnensicht hierbei eine Rolle spielen können.

		Eingangserhebung Patientin			Eingangserhebung Therapeutin		
		„Ich bin sicher, dass die Behandlung mir helfen kann.“	„Wie werden Sie sich nach Beendigung der Therapie fühlen?“	Sympathie zum Therapeuten	Prognose der Therapeutin	Interesse an der Behandlung der Patientin	„Ich bin sicher, dass die Behandlung ihm/ihr helfen kann.“
Abschluss Patientin	„Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Therapie?“	,494**	,345**	,330**	,277**	,097	,262**
	„Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Therapie?“	,449**	,342**	,405**	,288**	,084	,311**
	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Therapeutin/Ihren Therapeuten?“	,448**	,266**	,474**	,272**	,079	,230*

		Eingangserhebung Patientin			Eingangserhebung Therapeutin		
Ab- schluss Pati- ent- in	„Ich bin sicher, dass die Behand- lung mir geholfen hat.“	,633**	,347**	,400**	,334**	,138	,326**
Ab- schluss Thera- peutin	„Geben Sie bitte auf der Skala an, wie sehr Sie mit dem Behand- lungsverlauf zu- frieden sind.“	,465**	,217	,221	,222	,025	,090
	„Ich bin sicher, dass die Behand- lung ihm/ihr geholfen hat.“	,367**	,288**	,230*	,283**	,068	,284**
	T-Wert Abschluss Global Beschwer- deindex SCL-90	,201*	,353**	,182	,342**	,104	,099

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

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

Tabelle 9: Zusammenhänge zwischen den Variablen

Dabei fällt als erstes ins Auge, dass erwartungsgemäß einige Variablen, die aus der Patientinnenperspektive erhoben sind, am stärksten zusammenhängen (Barber et al. 1999). Eine *positive Behandlungserwartung* ist der wichtigste Prädiktor, um auch in der Abschlussbewertung eine ausgesprochen positive Einschätzung der erhaltenen Hilfe zu erhalten. Übereinstimmend mit dieser Bewertung wird auch der Verlauf der Therapie, das Therapieergebnis sowie die Person der Therapeutin abschließend sehr positiv bewertet (zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit diesen Aspekten siehe *Priebe, Polzer* 1992). Bei diesen drei Aspekten scheint es sich um sehr ähnliche Gesichtspunkte zu handeln, so dass die Erfassung nur eines Merkmales für eine Auswertung auf der Stichprobenebene ausreichend ist, wenngleich eine Unterscheidung dieser Aspekte für die Untersuchung der einzelnen Therapieverläufe wichtig erscheint.

Demgegenüber zeigt sich ein schwacher Zusammenhang mit den objektivierten Erfolgskriterien, die in der Verbesserung der Schwere der Eingangsbelastung in der Abschlussmessung des SCL-90-R erkennbar werden. Hier zeigt sich, dass die allgemeine Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Behandlung, also die *Behandlungszufriedenheit* mit den „objektiven“ Verbesserungen der Eingangssymptomatik kaum zusammenhängt. Dieses Ergebnis entspricht auch der aktuellen Befundlage, wie sie z.B. bei *Lambert et al.* (1998) zusammengefasst ist. Aus der allgemeinen Behandlungszufriedenheit kann auf die objektivierbaren Verbesserungen von Symptomatiken nicht geschlossen werden. Dennoch ist dieser Bereich wichtig: 1. aus therapeutischen Gründen, d.h. der *client dignity*; 2. aus schadenspräventiven Gründen im Sinne von *client welfare and security*. Risiken, Nebenwirkungen, Therapieschäden, riskante und „iatrogene Thera-

pie“ (Petzold 1999t; Märrens, Petzold 2000) sollten minimiert bzw. ausgeschlossen werden; 3. im Sinne der aufgrund von Professionalität und Berufsethik zu fordernden *good/best practice*; 4. aus Gründen der für eine optimale Praxisführung wichtigen *customer orientation*. Aus den aufgeführten Gründen sollten Therapeutinnen – wie die dieser Untersuchung – Faktoren wie *client dignity*, *good practice*, *Kundenorientierung* intentional in der Gestaltung der therapeutischen Situation berücksichtigen und folglich muss Therapieforschung – weil es eben nicht nur um Symptome geht – auch diese Dimensionen mit erfassen.

Bei der Einschätzung der Patientinnen, die sich auf die subjektive Ergebniszufriedenheit bezieht, handelt es sich wahrscheinlich um eine Einschätzung, die durch die allgemeine Behandlungszufriedenheit stark beeinflusst wird. Demgegenüber scheint jedoch die Erwartung der Patientinnen, verbunden mit der Fähigkeit, sich vorzustellen, dass es ihnen nach der Behandlung besser geht, durchaus einen Einfluss auch auf die „objektivierbaren Verbesserungen“ zu haben. Natürlich sind hier weiter greifende Überlegungen notwendig, inwieweit Kategorien wie *Lebensqualität*, *Wohlbefinden* nicht wichtige allgemeine Größen sind, die für die Lebensbewältigung, den Umgang mit „prekären Lebenslagen“, die „Arbeits-, Genuss- und Liebefähigkeit“ der Patientin, d.h. für ihre Gesundheit und Lebenskompetenz, die Stabilität und Entwicklung ihrer Persönlichkeit sowie für ihre „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth 1998), für ihre aktive Partizipation am gesellschaftlichen Leben eine große Bedeutung haben (vgl. die eingangs erwähnten *vier Grundfunktionen* von Therapie). Vielleicht ermöglichen sie eine gute Bewältigung des Lebens auch mit den Symptomen der Störung oder insgesamt eine bessere Lebensqualität mit einer prophylaktischen Wirkung bezüglich weiterer Verschlechterungen, denn man kann ja keineswegs davon ausgehen, dass bei allen Patientinnen Störungsfreiheit auf Dauer erreicht werden kann. Mit diesen Fragen hat sich eine überwiegend *kurativ* ausgerichtete Psychotherapie und klinische Psychologie in Theoriebildung und Forschung noch zu wenig auseinandergesetzt. Sie stellen aber gerade mit Blick auf Lebensläufe, Krankheitskarrieren, Wiedererkrankungen, Altersprozesse, Alterserkrankungen einen wichtigen Bereich dar, der gerade bei dem Zuwachs an Lebenszeit (Müller, Petzold 2000), Bedeutung gewinnen wird, so dass Symptomfreiheit nicht das einzige Kriterium für „Therapieerfolg“ bleiben kann.

Überraschenderweise scheint die anfängliche Sympathie gegenüber der behandelnden Therapeutinnen auf das langfristige kurative Therapieergebnis, gemessen in der Reduktion der Symptombelastung, nur eine untergeordnete Rolle zu spielen, wohl aber für den Bereich der Beziehungs- und Lebensqualität sowie der sozialen Kompetenz und Performanz. Hier scheint allerdings der „erste Eindruck“, den eine Patientin von ihrer Therapeutin gewonnen hat, recht zuver-

lässig zu sein. Dieser Eindruck bestätigt sich oft auch retrospektiv, was sich darin zeigt, dass hier die stärkste Korrelation erzielt wird.

Wendet man sich demgegenüber den Anfangseinschätzungen der Therapeutinnen zu, so finden sich hier grundsätzlich schwächere Zusammenhänge. Unerheblich scheint es zu sein, ob eine Therapeutin eine Patientinnensituation, einen „Fall“, interessant findet oder nicht, da diese Einschätzung mit keinem der erhobenen Erfolgskriterien zusammenhängt. Bemerkenswerterweise erweist sich die *Behandlungsprognose* gerade für das objektivierbare Behandlungsergebnis als bester Prädiktor. Die meisten anderen subjektiven Kriterien können etwas schlechter vorhergesagt werden, wenngleich auch die schwachen Zusammenhänge immer in die „richtige“ Richtung weisen.

### 6.7 Differentielle Wirksamkeit (Gruppenvergleiche)

Im Rahmen der weiteren statistischen Auswertung wurden verschiedene Gruppenvergleiche gerechnet (univariate Varianzanalysen). Als Kriterium des Therapieerfolges wurde die Veränderung des globalen Kennwertes GSI des SCL-90-R gewählt, der die mittlere Belastung aller 90 Items misst. Die verschiedenen Analysen ergaben hier bei keiner der nachfolgend erläuterten Gruppenvergleiche signifikante Unterschiede.

#### *Berufsgruppenvergleich der Therapeutinnen*

Die Medizinerinnen (n=6) weisen mit einem Wert von 20,5 (T-Wert-Differenz) die größte durchschnittliche Reduzierung des GSI-Wertes aus, dicht gefolgt von den Psychologinnen (n=13) mit 18,5. Erst mit einigem Abstand folgt die Gruppe der „sonstigen“ (n=63) mit einem Differenzwert von 12,7. Ein weiterer Test (Student-Newman) erbringt auch für die möglichen Paarvergleiche keine signifikanten Unterschiede. Hier wird ein wichtiges auch in der Consumer-Report-Studie (Seligman 1995) für eine größere Population von berufsgruppenverschiedenen Behandlerinnen festgestelltes Faktum deutlich: *Die Qualität der Psychotherapie ist nicht an die Art des humanwissenschaftlichen Vorstudiums gebunden.*

#### *Weitere Vergleiche*

Länger laufende Therapien schneiden geringfügig besser ab als Kurzzeittherapien (GSI-Differenzwerte: 15,8 vs. 13,2).

Für eine Analyse evtl. bestehender Unterschiede nach therapeutischer Berufserfahrung sollte zwischen kurzer, mittlerer und langer Erfahrung unterschieden werden. Als Intervalle waren hierfür vorge-

sehen: 1-2 Jahre, 3-7 Jahre und mehr als 8 Jahre. Da jedoch keine Therapeutin weniger als 3 Jahre Berufserfahrung aufwies, wurde ein Modell mit zwei Gruppen (1-7 Jahre vs. mehr als 8 Jahre) gerechnet. Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant (AV= GSI-Werte Eingang/Abschluss).

Weder das Geschlecht der Therapeutin noch das Geschlecht der Patientin hatte einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des GSI-Wertes.

Auch hinsichtlich der Hauptdiagnose lassen sich keine signifikanten Ergebnisse nachweisen, zumal die Diagnosegruppen auch zu klein sind. Deskriptiv allerdings zeigen sich die stärksten Effekte – gemessen am globalen Beschwerdeindex der Symptomscheckliste – bei den Belastungs- und Anpassungsstörungen (Petzold, Wolf et al. 2000), gefolgt von den depressiven Episoden. Bei den anhaltenden affektiven Störungen und bei den spezifischen Persönlichkeitsstörungen gibt es weniger Veränderungen in den durch den SCL-90 gemessenen Symptombereichen.

## 6.8 Ergebnisse des EAG-Stundenbegleitbogens

Die Ergebnisse des in dieser Untersuchung eingesetzten Stundenbegleitbogen wurden durch eine Auswertung im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Braunschweig (Böcker 2000) vorgelegt. Der „EAG-Stundenbegleitbogen“ wurde auf die Eignung als *Qualitätssicherungsinstrument* insbesondere zur Vorhersage von Therapieerfolg überprüft. Hierfür wurde das erste Item „Thema der heutigen Sitzung“ auf die Verteilung über die dreißig erhobenen Sitzungen und zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien hin analysiert. Weiter wurden die numerischen Items „Nützlichkeit der Sitzung“ und „Wohlbefinden in der therapeutischen Beziehung“ auf Übereinstimmung der Patientinnen- und Therapeutinnenantworten, der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien und des Antwortverhaltens über die Zeit hin untersucht. Von den 122 abgeschlossenen Therapien sind 102 in die Auswertung der Stundenbögen eingeflossen. Ausgesondert wurden die Therapien, die weniger als 5 Sitzungen umfassten oder bei denen mehr als 15% der Stundenbögen fehlten.

Die Themen des EAG-Stundenbegleitbogens wurden theoriegeleitet angelehnt an die „5 Säulen der Identität“ (Petzold 1982v, 1993p; Kames 1992), d.h. an die Integrative Identitätstheorie (Müller, Petzold 1999), erarbeitet. Es wurden vier Kriterien zur Differenzierung von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien bestimmt: der globale Belastungswert des SCL-90-R, der Gesamtwert des IIP-C, Gesamtwert des EAL von Patientin, Therapeutin und Angehöriger und die

subjektive Zufriedenheit mit der Therapie („Cut off“ jeweils durch den Mediansplit; zu den verwendeten Auswertungsmethoden, vergleiche Böcker 2000).

Die Analyse der häufigsten Themen ergab eine Dominanz der Themen „Selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen“ und „Familie“. Etwas weniger häufig wurden die Kategorien „Kontaktverhalten“, „Partnerschaft“, „Beruf/Leistung“, „Therapie“, „Körper/Leiblichkeit“ sowie „enge Beziehungen“ genannt. Kaum wurden die Bereiche „Werte“, „Sexualität“, „Materielles/Wohnen“ thematisiert. Die Themen bleiben über die Stunden hinweg weitgehend konstant. Die prozentualen Häufigkeiten der Themenbereiche in den Sitzungen 2 bis 5 sind in der Verteilung fast identisch mit der Verteilung in der Gesamttherapie. Auffällig ist, dass *nicht erfolgreiche* Therapien signifikant häufiger das Thema „Therapie“ bearbeiteten, hingegen bei den *erfolgreichen* das Thema „Therapie“ selten vorkam. So scheinen Therapien, in denen über die ersten Stunden hinaus über Therapie, Therapiesetting gesprochen wird, weniger Aussichten auf einen Therapieerfolg zu haben. In erfolgreichen Therapien werden signifikant mehr Themen besprochen als in nicht erfolgreichen.

Die Auswertung der numerischen Items ergab insgesamt eine positivere Einschätzung bei erfolgreichen Therapien bereits in der 2. Stunde. Bei über 90% der Sitzungen wurden bei den erfolgreich beendeten Therapien bessere mittlere Einschätzungen hinsichtlich Nützlichkeit der Stunde und Wohlbefinden in der Sitzung von Patientin und Therapeutin aller Stunden gegeben. Das Item zur Beurteilung der Nützlichkeit und die Klientenantworten haben den besten prognostischen Wert für den Erfolg der Therapie. Der Therapieerfolg ist bei 95% der Fälle bereits in den *ersten vier* Sitzungen absehbar. Ein solcher Befund wurde bereits in anderen Untersuchungen erkennbar (Orlinsky et al. 1994) und ist hier eindeutig.

Es konnte ein positiver Trend der Beurteilung der Therapien über die Zeit nachgewiesen werden, insbesondere in den ersten 10 Stunden der Therapie bei der Beurteilung der Nützlichkeit der Therapiestunde. In kürzeren Therapien ist der Trend stärker als in längeren. Bei längeren Therapien zeigt sich der positive Antworttrend mehr beim Item „Wohlbefinden in der therapeutischen Beziehung“.

Die Analyse der Übereinstimmungen des Antwortverhaltens bei der Beurteilung der Nützlichkeit der Stunde von Therapeutinnen und Patientinnen ergab keinen eindeutigen Trend. Es zeigen sich allerdings Wechselwirkungen zwischen Zeit und Erfolg, d.h., mit zunehmender Stundenzahl werden die Antworten zwischen Patientin und Therapeutin mit erfolgreich abgeschlossenen Therapien immer ähnlicher. Diese Tendenz ist bei der Beurteilung des Wohlbefindens noch stärker ausgeprägt.

Der Einsatz des EAG-Stundenbegleitbogens ermöglicht eine Prognose des Therapieerfolges von Integrativen Therapien bereits in den ersten Therapiesitzungen. Eine positive Bewertung besonders in den ersten Sitzungen durch die Patientin und Therapeutin erwies sich als der beste Erfolgsprädiktor. Daher eignet er sich gut zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Die Akzeptanz durch die Therapeutinnen wurde bereits in einer anderen Untersuchung (Hass, Märzens, Petzold 1998) nachgewiesen, insbesondere durch die Kürze des Bogens. Im Sinne der „Evidence based Psychotherapy“ (Lutz 2000; Petzold 1999p) erweist sich der Stundenbogen als empirisch gestützte Handlungsanleitung für Therapeuten in der Praxis sehr nützlich. Bereits nach den ersten Sitzungen kann der Therapieerfolg grob prognostiziert werden, so dass frühzeitig geeignete Behandlungstechniken eingesetzt werden können bzw. die Zielfindung und Wirkfaktorenkombinationen (Petzold 1993p; Smith, Grawe 1999) besser reflektiert sind und gezielt Unterstützung in der Supervision aufgesucht werden kann.

### 6.9 Negative Effekte/ Kontraindikationen

Die Entwicklung differenzierter Überlegungen zu den Grenzen und Kontraindikationsbereichen psychotherapeutischer Verfahren wird in der nächsten Zeit im Kampf um die begrenzten finanziellen Ressourcen sicherlich eine zentrale Rolle spielen. Lässt man dabei einmal die Frage unberücksichtigt, dass in vielen – vielleicht aber nicht in allen – psychotherapeutischen Prozessen die kompetente Therapeutin oder Beraterin wahrscheinlich viel entscheidender als das methodische, schulenspezifische Vorgehen ist, stellt sich die Frage nach den Hinweisen auf spezifische Anwendungs- und Kontraindikationsbereiche, wenn man von den Problemlagen und Störungsbildern ausgeht.

In der Literatur werden immer wieder Hinweise auf negative Effekte gegeben, die durch Psychotherapie eintreten können (z.B. Bergin 1963, 1967, 1971; Schulz 1984; Wallerstein 1986; Suh, Strupp, O'Malley 1986; König-Fuchs 1991; Butler 1992; Petzold 1999h; Lambert 2000; Märzens, Petzold, in Vorber.). Bergin belegt das Phänomen der negativen Effekte anhand der Daten empirischer Psychotherapiestudien, in denen sich eine Erweiterung der Varianz der gemessenen Erfolgswerte in den Untersuchungsstichproben findet. Aufgrund dieser Daten schätzt er ca. 10 % der Fälle als Verschlechterungen ein. Er vermutet ähnlich wie Grawe und Mezenen (1985), dass es sich dabei noch um eine eher konservative Schätzung handelt, also eigentlich mit noch mehr negativen Effekten gerechnet werden muss. In 70% aller Psychotherapien kann man von Behandlungserfolgen ausgehen, bei 30% lassen sich keine positiven Veränderungen nachweisen (Gra-

we 1998; Lutz 2000). Sobald allerdings die Stichprobenausfälle in Studien Berücksichtigung finden, stellt sich die Erfolgsrate nicht mehr so positiv dar (Barlow 1998; Elkin 1994; Hautzinger, de Jong-Meyer, Treiber, Rudolf, Thien 1996).

Caspar und Grawe (1992) legen außerdem nahe, dass es notwendig sein könnte, psychotherapeutische Verfahren nicht nur hinsichtlich der erzielten Haupteffekte wie in einem Pferderennen zu vergleichen, sondern Methoden auch hinsichtlich ihrer *Nebenwirkungen*. Dabei kann man dann ebenso wie beim Vergleich unterschiedlicher Medikamente oft feststellen, dass zwei Behandlungsmöglichkeiten zwar hinsichtlich der erreichten Effekte vergleichbar sind, sich aber in ihren Nebenwirkungen, eventuell auch in ihren Risiken (ggfls. bei Expositionstechniken in der PTSD-Behandlung, vgl. Petzold, Wolf et al. 2000) erheblich unterscheiden. Nicht zuletzt aus Gründen des Patientenschutzes, des *client welfare and security*, und des professionellen Standards der *good/best practice* muss dieser Frage nachgegangen werden.

Deshalb wurden alle Daten der einzelnen Patienten hinsichtlich möglicher Verschlechterungen bezogen auf die Symptomatik untersucht. Hierzu wurden der GSI und die Einzelskalen des SCL-90-R nach Verschlechterungen durchgesehen.

SCL-90-R-Skalen	Prozentualer Anteil der Verbesserungen	Prozentualer Anteil der Verschlechterungen
Somatisierung	74,4%	25,6%
Zwang	84,3%	15,7%
Unsicherheit	89,3%	10,7%
Depressionen	91,6%	8,4%
Ängstlichkeit	90,0%	10,0%
Aggressivität	81,0%	19,0%
Phobische Angst	85,1%	14,9%
Paranoides Denken	88,4%	11,6%
Psychotizismus	90,1%	9,9%
GSI	91,5%	8,5%

Tabelle 10: Verschlechterungen der Symptomatik

Wendet man auf die Verschlechterungen das strenge Kriterium einer klinisch bedeutsamen Veränderung an, wie es von Jacobson und Truax (1991) mit dem RCI vorgeschlagen wurde, findet man *keine einzige Verschlechterung* auf der Ebene der Symptomatik durch Integrative Therapie.

Die wenigen statistisch überhaupt nachweisbaren Veränderungen in eine negative Richtung sind in der obigen Tabelle zu sehen. Dabei zeigt sich, dass es in der hier untersuchten Stichprobe so gut wie überhaupt nicht zu Verschlechterungen gekommen ist, wenn man die Situation bei Therapiebeendigung betrachtet. Dieser Befund ist um so verblüffender, wenn man sich vergegenwärtigt, dass in dieser Statistik auch die Patientinnen eingeschlossen sind, deren Therapie vorzeitig beendet wurde. Dieser Befund bedeutet allerdings nicht, dass es sich im Rahmen einer Integrativen Psychotherapie um einen stetigen und kontinuierlichen Verbesserungsprozess handelt. Vielmehr kommt es im Verlauf der Behandlung durchaus zu Krisen oder temporären Verschlechterungen. Die Notwendigkeit solcher Verschlechterungen zu interpretieren, stellt im Einzelfall eine schwierige klinische Aufgabe dar.

Aufgrund der augenblicklichen Befundlage kann jedoch schon jetzt für die „Integrative Therapie“ nach *Petzold* als Behandlungsverfahren angenommen werden, dass sie sich wahrscheinlich durch ein recht geringes Behandlungsrisiko auszeichnet. Ob dies mit der starken Prozess- und Beziehungsorientierung zusammenhängt, oder aber auf die Betonung protektiver Faktoren (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993) und Ressourcen (*idem* 1997p) zurückzuführen ist, lässt sich erst anhand größerer Zahlen und an systematisch untersuchten negativen Einzelverläufen zeigen. *Selvini et al.* (1992) haben wiederholt darauf hingewiesen, dass aus der Perspektive der Forschung gerade die Fehlschläge und therapeutische Misserfolge besonders interessante Erkenntnisquellen sind, wenn man spezifische Zusammenhänge zwischen therapeutischen Vorgehensweisen und ihren Effekten untersuchen will. Oft zeigt erst die Untersuchung der Fehlschläge die wirksamen Zusammenhänge. Allerdings ist die Bereitschaft „failures in psychotherapy“ zu untersuchen (*Märtens, Petzold* 2000), gering.

Dabei könnte man aufgrund der Daten den Eindruck gewinnen, dass die Integrative Therapie im Bereich der phobischen Angst ein Defizit aufweist, da hier mit Abstand die wenigsten Effekte, ausgedrückt durch die Effektstärke, nachweisbar sind. Diese Schlussfolgerung kann jedoch nicht so klar gezogen werden, da es sich bei der behandelten Population um eine in diesem Bereich ausgesprochen wenig belastete Stichprobe gehandelt hat. In einer Stichprobe, in der nur wenige Patientinnen unter Störungen in diesem Bereich leiden – was sich auch in den therapeutischen Erstdiagnosen zeigt – sind auch nur geringe Effekte zu erwarten gewesen. Genauso wenig kann jetzt schon eindeutig belegt werden, dass diese Vorgehensweise eine besonders effektive Behandlung bei depressiven Störungen ist, da hierzu die Stichprobe für weitreichende Schlussfolgerungen noch zu klein ist und außerdem eine differenziertere Analyse einer differenzierteren diagnostischen Perspektive bedarf, die Schweregrade, ko-

morbide Störungen und eine Feinanalyse der lebensweltlichen Bedingungen der Patientinnen im Einzelfall erfordert.

Zur Frage der *Kontraindikationen* kann – wie für die meisten Psychotherapieverfahren – keine forschungsgestützte Antwort gegeben werden. Dass die weitere Klärung dieser Zusammenhänge allerdings *nicht mit einem großen Risiko* für die behandelten Patientinnen verbunden ist, kann sicherlich schon jetzt aufgrund der Stichprobengröße festgestellt werden.

## 7 Ergebnisse der Halbjahres-Katamnese

### 7.1 Rücklauf und soziodemographische Daten

Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen 74 Halbjahres-Katamnesen vor. Das sind 34% der Studienteilnehmerinnen. Die 74 katamnestisch untersuchten Patientinnen wurden von 23 Therapeutinnen behandelt, die im Durchschnitt 46 Jahre (SD=5,3, Range: 39-55) alt sind. Der Frauenanteil dieser Therapeutinnengruppe liegt bei 65,2%. Ungefähr die Hälfte sind Diplom-Psychologinnen oder Ärztinnen und die andere Hälfte sind Diplom-Pädagoginnen, Diplom-Sozialpädagoginnen oder gehören anderen Berufsgruppen an. Alle haben eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung in dem Integrativen Therapieverfahren mit einer durchschnittlichen Therapieerfahrung von 13,4 Jahren (SD=8,9). Die 74 Patientinnen sind im Durchschnitt 38,5 Jahre (SD=9,9; Range: 19-70) alt und 79,7% sind weiblich, 67,5% sind gesetzlich versichert, 37,8% sind verheiratet, 41,9% ledig, 16,2% geschieden und 2,7% verwitwet (1,4% machten keine Angabe). Berufstätig sind 63,5%, arbeitslos 10,8%, in Ausbildung 4,1%, Hausfrau-/mann 10,8% und in Rente 5,8 (5,4% machten keine Angabe). Für 59,5% war diese mindestens die zweite Therapie. Das allgemeine (körperliche, seelische, geistige, soziale) Wohlbefinden zu Beginn der Therapie (auf einer Skala von 0%=sehr schlecht bis 100%=sehr gut, Recodierung auf eine 5stufige Skala von sehr schlecht bis sehr gut) wurde von 20,3% der Stichprobe als sehr schlecht bis schlecht angegeben, 55,3% gaben weder/nach an und 21,7% als gut bis sehr gut (2,7% machten keine Angaben). Der durchschnittliche Skalenwert der Gesamtstichprobe liegt bei 45,1 (SD=21,8), bei den Männern 45,7 (SD=31,4) und bei den Frauen 45,0 (SD=22,1). Das Ausmaß der Belastung durch die Symptome, die zur Aufnahme in die Behandlung geführt hatte, weist einen durchschnittlichen Skalenwert von 74,2 (SD=26,1) auf, wobei die Männer mit einem durchschnittlichen Wert von 75,7 (SD=15,0) eine minimal höhere Anfangssymptombelastung angaben. Die Eingangsbelastungen, gemessen durch den SCL-90, sind ähnlich der Stichprobe mit N=122. Die höchste Eingangsbelastung liegt auf der Skala Depressivität. Hier zeigen 72,6% der 74 katamnestisch be-

fragten Patientinnen deutlich messbare bzw. hohe bis sehr hohe Eingangsbelastungen. Laut dem Globalen Beschwerdeindex des SCL-90 sind 76,6% der Stichprobe belastet.

### *7.2 Therapiedauer und durchschnittliche Anzahl der Sitzungen*

Die 74 katamnestisch befragten Patientinnen beanspruchten durchschnittlich 24,4 Stunden (SD=15,5; Range: 2-60). Ihre Therapien dauerten im Schnitt 9 Monate. 64,9% der Patientinnen haben die Therapie ordentlich beendet, 9,5% haben die Therapie von sich aus und weitere 4,1% auf Veranlassung der Therapeutinnen abgebrochen. 4,1% wurden weitervermittelt an andere Einrichtungen bzw. Kollegen. 9,5% beendeten die Therapie aus sonstigen Gründen (8,1% machten keine Angaben).

### *7.3 Subjektive Zufriedenheit mit der Therapie*

Mit dem Ergebnis der Therapie sind mit sechs Monaten Abstand nach der Therapie immer noch 76,7% zufrieden (47,9% davon sind sehr zufrieden), 19,2% sind unentschieden mit der Einschätzung des Behandlungsergebnisses und 4,1% sind wenig oder gar nicht zufrieden mit dem Ergebnis. Der Verlauf der Therapie wurde rückwirkend auch sehr gut bewertet: 80,8% der Stichprobe sind mit dem Verlauf der Therapie zufrieden und sehr zufrieden. Mit ihrer Therapeutin bzw. mit der Wertschätzung durch die Therapeutin sind mehr als 90% der Stichprobe zufrieden und sehr zufrieden.

### *7.4 Effektstärken und Mittelwertvergleiche SCL-90*

Sechs Monate nach der Therapie lassen sich bei 74 Patientinnen immer noch mittlere und gute Effekte in den verschiedenen Symptombereichen und den gesamten symptomalen Beschwerdeindizes (GSI) gemessen mit dem SCL-90 nachweisen, was auf eine längerfristige Wirksamkeit der Integrativen Therapie schließen lässt. Immer noch 30% der Stichprobe haben im GSI sehr hohe Effektstärken (größer 1,2), 15,7% haben hohe Effektstärken (zwischen 0,8 und 1,2), 21,4% mittlere (zwischen 0,8 und 0,4), 18,6% kleine (zwischen 0,0 und 0,4) und bei 14,3% lassen sich negative Effekte nachweisen (zwischen 0,0 und -0,7). Geschlechtsunterschiede können aufgrund der schiefen Verteilung nicht interpretiert werden. Die größten Effekte finden sich auf den Skalen „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ (vgl. auch Tabelle 11).

Dimension des SCL-90	Katamnese		
	alle (n=74)	Männer (n=14)	Frauen (n=60)
Somatisierung	0,60	0,27	0,68
Zwanghaftigkeit	0,84	0,74	0,87
Unsicherheit	0,67	0,58	0,70
Depressivität	0,91	0,76	0,94
Ängstlichkeit	0,80	0,69	0,82
Aggressivität	0,61	0,56	0,62
Phobische Angst	0,40	0,58	0,48
Paranoides Denken	0,66	0,73	0,64
Psychotizismus	0,54	0,54	0,54
Mittelwert aller Skalen	0,67	0,51	0,70
GSI (Globaler Beschwerdeindex)	0,90	0,70	0,95

Tabelle 11: Durchschnittliche Effektstärken des SCL-90R in der Katamnese

Die Mittelwerte der Skalenrohwerte des SCL-90 zeigen die Stabilität der guten Ergebnisse in der Abschlusserhebung ein halbes Jahr nach der Therapie. Sowohl im Gesamtwert und auf allen Skalen ist die Symptomreduktion fast gleich gut wie in der Abschlusserhebung (vgl. Abbildung 11).

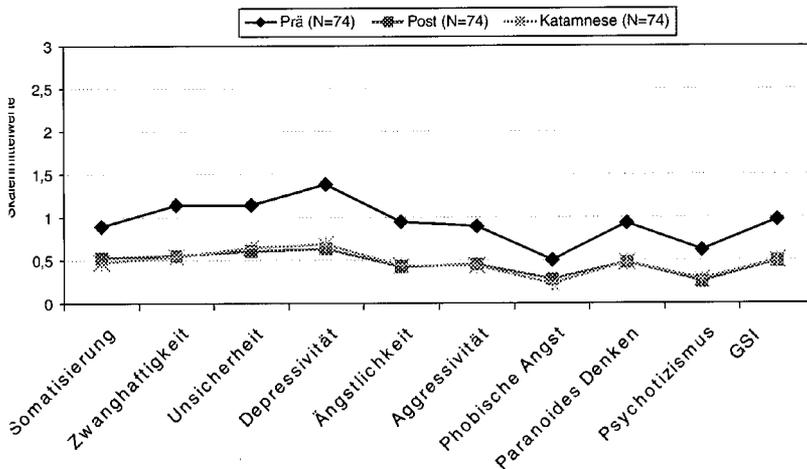


Abbildung 11: Prä-Post-Katamnese (Rohwerte SCL-90)

## 7.5 Die Einschätzung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit

Die Einschätzung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit sechs Monate nach Abschluss der Therapie ist im Vergleich zur Einschätzung in der Abschlusserhebung in allen Bereichen stabil geblieben und hat sich in den Bereichen „Zufriedenheit mit Sozialkontakten – Kontaktfähigkeit“ und in der „Zufriedenheit mit dem Beruf“ sogar noch signifikant verbessert (vgl. Abbildung 12).

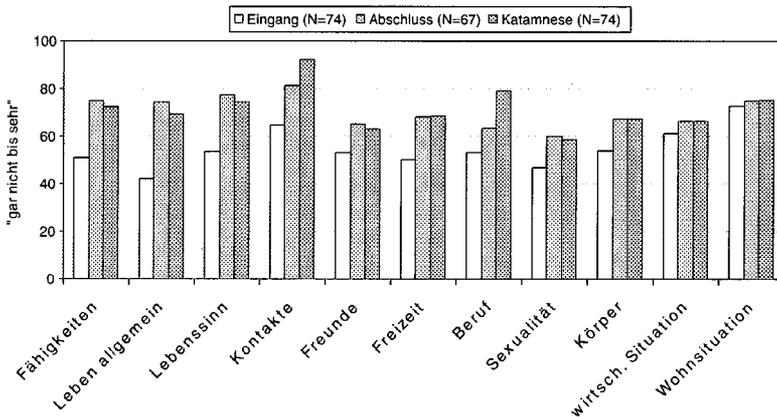


Abbildung 12: Prä-Post-Katamnese-Vergleich der Allgemeinen Lebenszufriedenheit

## 8 Ausblick und weitergehende Fragestellungen

Besonders erfreulich an den Ergebnissen ist, dass sich keine signifikanten Hinweise auf eine Verschlechterung der Symptomatik fanden, die eigentlich aufgrund des Forschungsstandes zu diesem Thema zu erwarten gewesen wären. Somit kann festgestellt werden, dass sich keine Kontraindikationen ergeben, die durch negative Effekte oder fehlende Erfolgsaussichten begründet wären. Dass sich keine indikationsspezifischen Schwerpunkte aus den Ergebnisse ablesen lassen, spricht das für die gute Breitenwirksamkeit des Verfahrens, womit bei der Entwicklung *störungsspezifischer Ansätze* (solche liegen bislang vor für Major Depression, vgl. *van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*, für traumatische Belastungsstörungen, vgl. *Petzold, Wolf et al. 2000*, für psychosomatische Rückenbeschwerden, vgl. *Heinl 1997*) noch bessere Ergebnisse zu erwarten sind. Entwicklungen in diese Richtung sind im Gange. Die Ergebnisse zur Bedeutung der therapeuti-

schen Beziehung als prädiktive Variable, wie sie aus der Patientinnenperspektive erfahren und erlebt wird, macht noch einmal deutlich, dass in der Psychotherapie oft andere Qualitäten entscheidend sind, als störungsspezifische Variablen, die das klassische Diagnostikverständnis bietet. Die therapeutische Beziehung bzw. „Passung“ scheint hier als ein wesentlicher Indikations- und Kontraindikationsfaktor zu sein. Wenn eine gute und schlechte Beziehung/Passung schon so früh im Behandlungsprozess Hinweise auf die potentiellen Erfolgsaussichten eines therapeutischen Prozesses gibt, kann daraus aus Gründen der Effizienz – bezogen auf die Ressourcen von Patientinnen und Therapeutinnen – nur der Schluss gezogen werden, dass erhebliche Verbesserungen der therapeutischen Versorgung erreicht werden können, wenn eine Optimierung der Delegationsmöglichkeiten angestrebt wird. Hier müsste eine kooperative und kollegiale Überweisungspraxis gefördert werden, die ein klientenangemessenes Weiterleiten an Kolleginnen fördert, die möglicherweise bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie mit einer bestimmten Patientin bieten. Dies scheint uns eines der wesentlichen relevanten Ergebnisse dieser Praxisstudie zu sein, welche nicht im Fokus der ursprünglichen Fragestellung standen.

Von besonderem Interesse und originär für die Integrative Therapie ist die *Leiborientierung* ihrer Praxis, die auch in der Forschungsmethodologie und ihren Ergebnissen Niederschlag fand. Diese Ergebnisse (etwa aus den Körperdiagrammen) scheinen eine hohe klinische Relevanz zu haben. Dass *Wohlbefinden* und *Lebenszufriedenheit* – über die Symptomreduktion hinaus – durch die Integrative Therapie gefördert wurden, dokumentiert eine gesundheitspolitische Perspektive, die in einem modernen psychotherapeutischen Behandlungsansatz nicht fehlen darf – auch unter präventiv medizinischen, d.h. langfristig kostenoptimierenden Perspektiven. Offenbar hat die Integrative Therapie ein hohes, Gesundheit und Wohlbefinden förderndes Potential, dass durch Entwicklung eigener Erhebungsinstrumente (EAL-Skalen) erfasst wurde.

Eine Bewertung der eingesetzten Instrumente zur Qualitätssicherung (siehe hierzu die differenzierte Darstellung in *Hass, Märtens, Petzold* 1998) ergibt ein durchwachsendes Bild. Die Erhebungsinstrumente haben ihre grundsätzliche Brauchbarkeit im Rahmen eines Integrativen Ansatzes demonstriert. Der IIP erwies sich dabei als klinisch wesentlich weniger einsetzbar und in seinen Ergebnissen als schwer interpretierbar. Da eine weitere Reduktion der Begleitdokumentation zur Entlastung von Therapeutinnen und Patientinnen unbedingt ratsam erscheint, muss sein Verzicht an erster Stelle diskutiert werden. Neben anderen Verschrankungen der Instrumente könnten dann spezifische integrative Instrumente entwickelt und in die Erhebungspraxis integriert werden.

Die Erweiterung der Erfassung von Erfolgskriterien um eine dritte Perspektive, neben der Patientinnen- und Therapeutinnenperspektive, nämlich die *Angehörigensicht*, hat sich als fruchtbar erwiesen und gezeigt, dass Angehörige recht zuverlässige Informationsquellen darstellen. Die bisher ausgewerteten Daten fokussierten ganz auf die Patientin und ihre Veränderungen. In zukünftigen Untersuchungen müsste verstärkt auch die interpersonale Dynamik berücksichtigt werden, was in einer späteren Auswertung unserer Daten erfolgen soll. Es hat sich gezeigt, dass die Einbindung der Angehörigen in den Forschungsprozess eine deutliche interventive Komponente hat, die in den meisten Fällen von Therapeutinnen, Angehörigen und Patientinnen begrüßt wurde, wenngleich es auch in einigen Fällen die zu erwartenden Irritationen gab, die zuweilen nicht immer konstruktiv im Behandlungsprozess genutzt werden konnten. Eine differenzierte Beschäftigung nicht nur mit der Wahrnehmung der therapiebedingten Veränderungen bei der Patientin, sondern auch noch mit der Einschätzung und Bewertung für die Angehörigen sowie ihrer Bewertung für die Beziehung zur Patientin, stellt sicherlich ein interessantes und notwendiges Untersuchungsfeld gerade für einen *netzwerkorientierten* Ansatz dar, wie ihn die Integrative Therapie vertritt (Hass, Petzold 1999). Ihn gilt es weiter zu entwickeln und in der therapeutischen Praxis verstärkt zu nutzen.

Mit Aufmerksamkeit sollten zukünftige Untersuchungen auch die Veränderungen dokumentieren, die sich durch eine befochsche Praxis ergeben, die immer wieder daraufhin kritisch/metakritisch reflektiert werden muss, wieviel Dokumentation fruchtbar integrierbar ist, und an welcher Stelle eine Dokumentation gerade das zerstört, was es weiter zu entwickeln gilt, nämlich eine konsistente, integrative Therapiepraxeologie, die auf Gesundheit, Wohlergehen und *Würde* der Patientinnen und Patienten (*client dignity*) zentriert und auf die Gesundheit, Berufs- und Arbeitszufriedenheit der Therapeutinnen (*therapist's wellbeing*) gerichtet ist, die Burnout, Belastungen (Petzold 1993g) und Motivationsverlust vermeidet, stattdessen vielmehr Professionalität, Engagement für die Patienten/Klientinnen (Hunt 1992; Monroe 1996; Sober 1998) und Freude am therapeutischen bzw. helfenden Beruf fördert.

### Zusammenfassung

Dieser Artikel fasst die Ergebnisse einer Evaluationsstudie zusammen, an der 122 Patientinnen teilnahmen, die von 58 Therapeutinnen mit mittlerer bis langer therapeutischer Erfahrung in Integrativer Therapie behandelt wurden. Die Untersuchung wurde ausschließlich unter natürlichen Praxisbedingungen ambulanter Psychotherapie durchgeführt. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass ein hoher Prozentsatz der Patientinnen deutliche Verbesserungen erfuhren, die auch in einer Halbjahreskatamnese stabil blieben oder sich noch weiter verbesserten. Ein weites Spektrum an Messungen

wurde abgegriffen, wobei neben der Patientinnen- und Therapeutinnenperspektive noch die Angehörigenperspektive einbezogen wurde. Die Ergebnisse werden unter klinischen Gesichtspunkten und mit ihren Implikationen für die Praxis diskutiert. Es fanden sich keine negativen Ergebnisse und Nebenwirkungen. Vorteile und Grenzen einer *evidence based* psychotherapy und von Qualitätssicherungsbemühungen werden beschrieben.

### Summary

This article summarizes the findings of an evaluation study on integrative psychotherapy including 122 patients treated by 58 therapists with middle to long therapeutic experience in integrative psychotherapy. The study was conducted exclusively in naturalistic therapy settings under regular working conditions. The results indicate a general high percentage of successful outcomes remaining stable or improved further on even at follow up 1/2 year later in most measures. Longer therapies show very little better outcomes. Measures were taken in various domains exceeding the patients- and therapist perspective through including the perspective of significant others. The results are discussed under clinical aspects and implications for psychotherapeutic practice. No negative results or sideeffects could be found. Advantages and limitations of *evidence based* psychotherapy and quality assurance efforts are described.

**Keywords:** Integrative Therapy, Therapy Evaluation, out patient therapy, outcome study

### Literatur

- Affeldt, M. (1991): Erlebnisorientierte psychologische Gruppenarbeit zur Begleitung von Jugendlichen in ihrer Entwicklung. Hamburg: Kovac.
- Alexander, F. (1950): Psychosomatic medicine. Its principles and application. London: Sage.
- Ambühl, H. (1996): Allgemeine Psychotherapie – Stein des Anstoßes oder Zeichen des Wandels? *Kontext*, 27, 36-48.
- Ambühl, H., Orlinsky, D. (1997): Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42, 290-298.
- Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.) (1998): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.
- Bakhtin, M. (1981): The dialogical imagination. Austin: Univ. of Texas Press.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A., Onken, L., Gallop, R. (1999): Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapie Research*, 1, 54-73.
- Bastine, R., Fiedler, P., Kommer, D. (1989): Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Braun, U., Regli, D. (2000): Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In: *Laireiter, A.* (Hg.), Diagnostik in der Psychotherapie. New York: Springer.
- Baumann, U. (1999): Wie einheitlich ist die Psychologie? *Psychotherapeut*, 6, 360-366.
- Bergin, A.E. (1966): Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- Bergin, A.E. (1971): The evaluation of therapeutic outcomes. In: *Bergin, A.E., Garfield, S.L.* (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 217-270). New York: Wiley.
- Bermúdez, J.L., Marcel, A., Eilan, N. (1995): The body and the self. Cambridge: MIT.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (1999): Biologische Psychologie. Berlin u.a.: Springer (4. Aufl.).

- Blaser, A. (1989): Wie spezifisch ist unspezifisch? Ein Ausweg aus der Sackgasse um die Wirkfaktorenfrage in der Psychotherapie. *Schweizerische Z. f. Psychol.*, 48, 14-20.
- Böcker, K. (2000): Qualitätssicherung durch Prozessforschung: Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität von Integrativer Therapie im ambulanten Setting. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
- Bosscher, R.J. (1991): Runningtherapie bij depressie [Runningtherapie bei Depressionen]. Amsterdam: Thesis.
- Bosscher, R.J. (1995): Bewegingsactivering door hardlopen versus medicatie in de behandeling van depressie [Bewegungsaktivierung durch Laufen versus Medikation bei der Behandlung von Depressionen]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Bretz, J.H., Heekerens, H.-P., Schmitz, B. (1994): Eine Metaanalyse der Wirksamkeit von Gestalttherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 241-260.
- Brumund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration*, 2, 448-466.
- Bullinger, M. (1994): Trends in der internationalen Lebensqualitätsforschung. *Prävention Rehabilitation*, 6, 71-77.
- Burt, R.S. (1984): Network items and the General Social Survey. *Social Networks*, 6, 293-339.
- Butler, K. (1992) The shadow side of therapy. *The Family Therapy Networker*, Nov./Dec, 14-23.
- Butollo, W., Piesbergen, Ch., Höfling, S. (1996): Ausbildung und methodische Ausrichtung psychologischer Psychotherapeuten – Ergebnisse einer Umfrage. *Report Psychologie*, 21, 126-138.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A. (1999): Integrative Psychotherapie bei Angststörungen. Bern: Huber.
- Caspar, F., Grawe, K. (1992): Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer, integrierender Produktionsprozess? *Report Psychologie*, 2, 10-22.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R. (1997): Die Zeit ist reif für eine Psychotherapie-Integration. *Integrative Therapie*, 3, 243-272.
- Cohen, J. (1966): Some statistical Issues in Psychological Research. In: *Wolman, B. (Ed.), Handbook of clinical psychology*. New York: Mc Graw Hill, 95-121.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Erlbaum.
- Crits-Christoph, P. (1992): The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Czogalik, D. (1999): Methoden der Psychotherapieforschung. In *Petzold, H.G. & Märtens, M. (Hg.), Wege zu effektiven Psychotherapien*. Opladen: Leske + Budrich, Bd. 1, 151-174).
- Czogalik, D., Kirschmann, K. (1994): Schmerzflächenanalyse. Fachbereich Psychologie, Universität Heidelberg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Damasio, A. (1994): *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und Handeln des menschlichen Gehirns*. München: List.
- Damasio, A. (2000): *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Derogatis, L.R. (1986): Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In: *Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hg.), Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Duruz, N. (1994): *Psychothérapie ou psychothérapies? Prolégomès à une analyse comparative*. Lausanne: Delachaux & Niestlé.
- Ebert, W. (2000): *Die Bedeutung systemischen Denkens für die Praxis eines methodenpluralen Supervisionskonzeptes*. Dissertation an der Universität-Gesamthochschule-Essen im Fachbereich 1; im Druck: Systemtheorie und Supervision. Opladen: Leske + Budrich.

- Ebert, A., Möhler, A. (1997): Integrative Therapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Aspekte der Förderung von Integrität, Wohlbefinden und Sinnerleben. *Integrative Therapie*, 3, 289-315.
- Elkin, I. (1994): The NIMH Treatment of depression Collaborative Research Program: were we began and were we are. In: *Bergin, A.E. & Garfield, S.L.* (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 4<sup>th</sup> ed., 111-142.
- Endreß, M. (1995): Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. Für Hans Krämer herausgegeben. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fäh, M., Fischer, G. (1998): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Ferenczi, S. (1919): Hysterische Materialisationsphänomene. In: *Ferenczi, S.*, *Schriften zur Psychoanalyse*. Frankfurt: Fischer Bd. II, 11-24.
- Ferenczi, S. (1932): Sprachverwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde. in: *Schriften II* (1972) 303-316.
- Fiegenbaum, W., Tuschen, B., Florin, I. (1997): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 138-149.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Frauchiger, M. (1999): Wirkfaktoren und psychotherapeutische Modelle. Unveröff. Liz.arbeit, Univ. Bern, Online: <http://www.bluewin.ch/gestalt/liz>
- Försterling, F. (1988): Attributions theory in clinical Psychology. Chichester: Wiley.
- Foucault, M. (1984a): Von der Freundschaft. Michel Foucault im Gespräch. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1984b): Eine Ästhetik der Existenz. In: *Foucault* (1984a) 133-41.
- Foucault, M. (1985a): Freiheit und Selbstsorge. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1985b): Hermeneutik des Subjekts. In: *Foucault* (1985a) 32-60.
- Foucault, M. (1986a): Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit 3. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1986b): Der Gebrauch der Lüste. Sexualität und Wahrheit 2. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1996): Diskurs und Wahrheit. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1998): Foucault: Ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar. München: Diederichs.
- Frühmann, R. (1995): Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozess der Lehranalyse aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H., Frühmann, R.* (Hg.), *Lehrjahre der Seele*. Junfermann: Paderborn, 331-364.
- Franke, G. (1995): SCL-90-R, Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis, deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz.
- Freud, S. (1933a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: *GW*, Bd. XV. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fydrich, T., Laireiter, A.-R., Saile, H., Engberding, M. (1996): Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 161-168.
- Gibson, J.J. (1979): The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin; dtsh. *Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung*. München: Urban & Schwarzenberg 1982.
- Glass, C.R., Victor, B.J., Arnkoff, D.B. (1993): Empirical Research on Integrative and Eclectic Psychotherapies. In: *Stricker, G. & Gold, J.R.* (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum, 9-26.
- Gray, J.A. (1998): Evidence-based Health Care: How to Make Health Policy and Management Decisions. New York: Churchill Livingstone.
- Grawe, K. (1995): Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Bern: Hogrefe.
- Grawe, K., Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.

- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Mezenen, U. (1985): Therapeutische Misserfolge im Spiegel der empirischen Forschung. *ZPP Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 355-378
- Hass, W. (1995): Zweidimensionales Netzwerk. Düsseldorf: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, unveröffentlichtes Manuskript.
- Hass, W., Märtens, M., Petzold, H.G. (1998): Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutensicht. In: *Laireiter, A., Vogel, H. (Hg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 157-178.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Verfahren. In: *Petzold, Märtens (1999a)*, 193-272.
- Hauch, G., (1996): Integrative fokale Kurzzeittherapie mit Müttern entwicklungsauffälliger Säuglinge. *Integrative Therapie* 1, 5-30.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. *Integrative Therapie*, 3, 316-330.
- Hempel, C.G. (1954): Fundaments of Concept Formation in Empirical Science. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horowitz, L.M., Strauss, B., Kordy, H. (1994): Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Manual. Weinheim: Beltz.
- Huf, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Psychologie Verlags Union: Weinheim.
- Hundertmark, K., Teegen, F., Petzold, H.G. (1986): Allergischer Schnupfen. Perspektiven zur Genese und Therapie. *Integrative Therapie* 1/2, 49-75.
- Hunt, M.M. (1992): Das Rätsel der Nächstenliebe: Der Mensch zwischen Egoismus und Altruismus. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Iljine, V.N. (1942): Das therapeutische Theater. Paris: Sobor (russ.).
- Iljine, V.N (1972): Therapeutisches Theater, in: *Petzold (1972a)* 168-172.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revensdorf, D. (1984): Psychotherapie outcome research – methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N.S., Truax P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kächele, H., Kordy, H. (1992): Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung, *Der Nervenarzt*, 63, 517-526.
- Kames, H. (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI). *Integrative Therapie*, 4, 363-386.
- Kammiller-Kaerlein, J. (1997): Stationäre Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik mit Integrativer Therapie und Gestalttherapie als gruppenpsychotherapeutischer Behandlung. *Integrative Therapie*, 3, 331-373.
- Kazdin, A. (1994): Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In: *Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 4<sup>th</sup> ed., 19-71.
- Kelso, J.A.S. (1995): Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior. Cambridge: MIT-Press.
- Kiesler, D.J. (1983): The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for the complementary in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Klann, N., Hahweg, K. (Hg.) (1994): Beratungsbegleitende Forschung und Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Stuttgart: Kohlhammer.
- König-Fuchs, C. (1991): Therapeutischer Erfolg und Misserfolg. Kausalattributionen von Therapeuten, Klienten und Supervisoren. Frankfurt: Peter Lang.

- Krämer, H. (1992): Integrative Ethik. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kriz, J. (1996): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 4, 163-168.
- Laireiter, A.-R. (1997). Qualitätssicherung von Psychotherapie: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Praxis. *Psychotherapie Forum*, 5, 203-232.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K., Baumann, U. (1996): Dokumentation ambulanter Psychotherapie. Elemente, Strukturen und offene Fragen. In: Caspar, F. (Hg.), Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen: dgvt-Verlag, 315-344.
- Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hg.). (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lambert, M. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross, J.C., Goldstein, M.R. (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.
- Lambert, M., Hill, C. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Garfield, S. & Bergin, A. (Eds.) Handbook of psychotherapy & behavior change 4 ed. New York: John Wiley & Sons, 72-113
- Lambert, M., Salzer, M., Bickman, L. (1998): Clinical outcome satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 270-279
- LeDoux, J.E. (1996): The emotional brain. New York: Simon & Schuster.
- Levinas, E. (1963/1983): La trace de l'autre, Paris 1963; dtsh. Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Lipsey, M.W., Wilson, D.B. (1993): The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Luborsky, L. (1984): Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975): Comparative Studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all have must prizes?" *Arch. Gen. Psychiat.*, 32, 995-1008.
- Lückel, K. (1981): Begegnung mit Sterbenden. München: Kaiser.
- Lutz, W. (2000). Was ist „Evidenz“ in einer evidence based psychotherapy? *Integrative Therapie* (in Druck).
- Margraf, J., Schneider, S. (1989): Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.
- Märtens, M. (1994): Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL 100%). Düsseldorf: EAG. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995a): Perspektiven der Therapieforchung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie*, 1, 7-44.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995b): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995).
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2000): Schäden in der Psychotherapie. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- McCullough, L. (1994): Standard and individualized psychotherapy outcome measures: A core battery. In: Talley, F., Strupp, H., Butler, S. (Eds.), Psychotherapy Research and Practice. A Handbook for clinical practice. New York: Basic, 469- 496.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1966): Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris; dtsh. von Boehm, R. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, Bd. I, Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2, Paderborn: Junfermann.
- Meyer, A.E. (1990): Wodurch wirkt Psychotherapie? In: Lang, H. (Hg.), Wirkfaktoren der psychotherapie. Berlin: Springer, 179-188.

- Monroe, K. R. (1996): *The heart of altruism: perceptions of a common humanity*. Princeton N.J.: Princeton University Press.
- Moreno, J.L. (1946): *Psychodrama* (Bd. I, 3. Aufl. 1964). Beacon: Beacon House.
- Müller, I., Czogalik, D. (1995). Veränderungen nach einer Integrativen Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen – eine Evaluationsstudie. Düsseldorf: FPI-Publikation.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1997): *Musiktherapie in der klinischen Praxis*. Stuttgart: Fischer.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie*, 3-4, 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik – Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie*, 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2001): Gerontotherapie und Forschung. In: Petzold, H.G., Mürtens, M., Steffan, A. (Hg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien*, Bd. 2. Paderborn: Junfermann, in Vorber.
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (Hg.) (1999): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz: Psychologie Verlags Union.
- Orlinsky, D.E. (1998): Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 69-79.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 270-378). New York: Wiley.
- Orth, I. (1994): Der „domestizierte Körper“. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie. In: Hermer, M. (Hg.), *Integrative Ansätze in der Psychotherapie*, Psychologische Beiträge.
- Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (1999): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, Orth (1999), 269-334.
- Osten, P. (1999): Die Anamnese in der Psychotherapie – ein Integratives Konzept. München: Reinhardt (überarb. und erw. Aufl.).
- Parker, I. (1999): *Deconstructing psychotherapy*. London: Sage.
- Parloff, M.B., Wolfe, B., Hadley, S., Waskow, I.E. (1978): *Assessment of psychosocial treatment of mental disorders: Current status and prospects*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1981): Neue Wege in der Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmikroanalyse. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*, 3, 20-22.
- Perrez, M., Baumann, U. (1998): Psychotherapie. In: Baumann, U., Perrez, M. (Hg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Huber, 2. Aufl., 392-415.
- Peseschkian, N., Tritt, K., Loew, T., Jork, K., Deidenbach, H., Werner, B. & Kick, H. (1999): Wirksamkeitsnachweis der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Qualitätssicherung. *Familiendynamik*, 24, 80-99.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: Petzold (1985a), 11-30.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris: Inst. St. Denis. auszugsweise dtsh. in: Petzold (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974).
- Petzold, H.G. (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration. Paris. Auszugsweise dtsh. in: Petzold (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (1970d): Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. *Zeitschr. f. prakt. Psychol.*, 8, 387-408; überarbeitete Fassung in Petzold (1977a).

- Petzold, H.G. (Hg.) (1972a): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1973c): *Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1974k): *Integrative Bewegungstherapie*. In: *Petzold (1974j)*, 285-404.
- Petzold, H.G. (1975a): *Integrative Therapie*. Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik. Begründet von *Charlotte Bühler* und *Hilarion Petzold* 1975 ff; ab 1991 mit dem geänderten Untertitel: *Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*.
- Petzold, H.G. (1978c): *Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik*. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw. in *Petzold (1991a)* 19-90.
- Petzold, H.G. (1979c): *Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen*. *Integrative Therapie*, 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G. (1980f): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1980g): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie*. In: *Petzold (1980f)* 223-290.
- Petzold, H.G. (1981g): *Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen*. In: *Pro Senectute*, *H.D. Schneider*, (Hg.), *Vorbereitung auf das Alter*. Paderborn: Schöningh, 89-112; repr. (1985a) 93-122.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1982g): *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann (2. Aufl. 1987).
- Petzold, H.G. (1982v): *An integrated model of Identity and its impact on the treatment of the drug addict*. *Proceeding 12th Int. Conf. on Drug Dependence* 22.-26.3. 19982, Bankog, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf, 260-276.
- Petzold, H.G. (1985a): *Mit alten Menschen arbeiten*. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1985g): *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1988d): *Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“ und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der „Integrativen Bewegungstherapie“, Teil I, Integrative Therapie, 4, 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96;*
- Petzold, H.G. (1988n): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I*. Paderborn: Junfermann. (3. revid. u. überarb. Auflage 1996a).
- Petzold, H.G. (1988t): *Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens*. Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (1990i): *Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“*, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: *Petzold, Schobert (1991)* 17-28
- Petzold, H.G. (1990n): *Ethische Konzepte für die Psychotherapie – Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie*, *Gestalt*, 9, (Zürich) 6-12; revid. *Petzold (1992a)*, II, 2, S. 500-515.
- Petzold, H.G. (1990o): *Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung*. *Gestalt und Integration*, 2, 7-37; erw. in: *Petzold (1993a)* Bd. II, 3, S. 1291-1336.
- Petzold, H.G. (1991a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991b): *Die Chance der Begegnung*. Wiesbaden: Dapo; repr. in *Petzold (1993a)* S. 1047-1087.

- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. Überarb. und erw. von (1978c); repr. in (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen. In: (1991a) 333-350.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, In: *Petzold 1992a*, 789-870.
- Petzold, H.G. (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, in: (1992a) Bd. II, 2, S. 927-1040.
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993c): Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. I, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer, in: *Schmyder, U., Sauvant, D.*, Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität – ein Metakonzzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration*, 2, 225-297 und in: *Petzold* (1998a) 97-174.
- Petzold, H.G. (1994e): Psychotherapie mit alten Menschen – die „social network perspective“ als Grundlage integrativer Intervention. In: *Berhaus, H.C., Sievert, U.* (Hg.): *Behinderung im Alter*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 68-117.
- Petzold, H.G. (1994h): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit. *Drogalkohol*, 3, 144-158.
- Petzold, H.G. (1994j): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleitet und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- Petzold, H.G. (1995b): Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungszentrierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung, Teil II In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1996), 143-188.
- Petzold, H.G. (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und 2. (rev. u. überarb. Auflage von 1988n) Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349. auch in: *Petzold, Orth* (1999a) 337-360.
- Petzold, H.G. (1997b): Zehn Jahre Pro-Senectute Österreich. Ein Interview. *Pro Senectute, Zeitschrift für Geriatrie und Altenpflege*, 1, 4-11.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie – ein Beruf ohne Chance? In: *Sticht, U.*, Gute Arbeit in schlechten Zeiten. Freiburg: Lambertus, 57-115.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 4, 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.

- Petzold, H.G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In Petzold, Orth (1999a) 393-400.
- Petzold, H.G. (1999l): Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatothérapie. Vortrag im Rahmen der Vortragsreihe „Umgang mit Sterbenden Heute“. Univ. Mainz. ersch. in: *Medizinische Psychologie* (Graz 2000).
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie*, 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk. *Kunst & Therapie*, 1-2, 105-146.
- Petzold, H.G. (Hg.) (2000a): Der Wille und das Wollen in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (in Vorb.).
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen – über narrative und diskursive Biographiearbeit, intersubjektive, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung. Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G. (2000e): Hermeneutische und dialogische Gestalttherapie? Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“. Zurich: Charta der Psychotherapieverbände (Wissenschaftskolloquium III). Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G. (2000k): Sinn und Sinnerfahrung in der Psychotherapie heute, *Integrative Therapie*, 4 (in Druck).
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (Hg.) (1976a): Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Frühmann, R. (1986): Modelle der Gruppe. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Goffin, J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: Petzold, H.G., Sieper, J. (Hg.), Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. (1996) 173-266.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1993): Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG – Konzepte, Innovation, Interventionen, Weiterbildung, Supervision. In: Petzold, Sieper (1993a) 619-633.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe, 209-250 und erweitert in: Petzold (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märtens, M. (1998): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie*, 1, 98-110.
- Petzold, H.G., Märtens, M. (Hg.) (1999). Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/ Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie*, 1-2, 95-153.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993e): Integrative Leibtherapie – Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl, Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG, in: Petzold, Sieper (1993a) 519-536.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*, 4, 340-391.

- Petzold, H.G., Orth, I. (1998): Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. ÖAGG, 3 (Wien 1997), 31-37 und *Report Psychologie* 3 (1998) 234-239; erw. in: *Slembek, E., Geissner, H., Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder*, Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert 1998, 107-126.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1998b): Ökopsychosomatik. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1999b): Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld – Präzisierungen Integrativer Positionen. In: Petzold, Orth (1999a) 125-262.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe von *Gestalt & Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999): Psychotherapien, MYTHEN und DISKURSE der MACHT und der Freiheit. In: Petzold, Orth (1999a), 15-66
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): *Transgressionen I – das Prinzip narrativierender Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche. Integrative Therapie*, 3 (dieser Band).
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (Hg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer. Erw. in: Petzold (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972): Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfезentrum. In: Petzold (1972a) 232-241.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991): *Lebenswelten alter Menschen*. Hannover: Vincentz.
- Petzold, H.G., Ramin, G. (1987): *Integrative Therapie mit Kindern*. In: Petzold, H.G., Ramin, G. (Hg.), *Schulen der Kindertherapie*. Paderborn: Junfermann, 359-427.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1997): Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen – ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem. *Familiendynamik*, 3, 288-311; erw. in: Petzold (1998a).
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000): *Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit*. In: *Uchtenhagen, A., Zieglänsberger, W.* (Hg.), *Drogenmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Petzold, H.G., Schneewind, U. (1986a): *Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie*, in: Petzold, Frühmann (1986) Bd. I, 109-254.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): *Selbsthilfe und Psychosomatik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1988b): Die FPI-Spirale – Symbol des „heraklitischen Weges“, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin*, 2, 5-33.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bde. Paderborn: Junfermann (2. Aufl. 1996)
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen. In: Petzold (1998h) 265-299.
- Petzold, H.G., Spiegel-Rösing, I. (Hg.) (1984): *Die Begleitung Sterbender – Theorie und Praxis der Thanatotherapie*. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (1999b): *Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie – Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur*. In: *Gestalt (Schweiz)*, 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): *Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“*. *Integrative Therapie*, 3 (in diesem Band).

- Petzold, H.G., Thomas, G. (1994): Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne in: Petzold (1994) 491-646.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hg.) (1980): Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Langrebe, B., Steffan, A., Josić, Z. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: Kolk, van der, B.A., Mc. Farlane, A.C., Weisaeth, L. (Hg.): Traumatischer Stress. Paderborn: Junfermann, 445-579.
- Priebe, S., Polzer, U. (1992): Subjektive Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Betroffenen. In: Brennecke, R. (Hg.) Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen – Band 1: Grundlagen und Versorgungsforschung. Berlin: Springer, 222-229
- Quekelberghe, R.v. (1979): Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitionspsychologische Grundlegung psychologischer Therapien. München: Urban & Schwarzenberg.
- Reinecker, H. (1994): Soziale und Spezifische Phobien. In: Reinecker, H. (Hg.); Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl., 91-116.
- Rosenthal, R. (1991): Meta-analytic procedures for social research. London: Sage.
- Rudolf, G. (1996). Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie Forum*, 4, 124-134.
- Rudolf, G. (1998). Taxonomie der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 80-91.
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Sacket, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (1997): Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hg) (1998): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (dt. Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F & Wirsching, M. (1998): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen: Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. *Psychotherapeut*, 43, 92-101.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F & Wirsching, M. (1999): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen: Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, 83-93.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E., Hahlweg, K. (1990): Stundenbeurteilungsbogen für Klienten und Therapeuten (SB-K, SB-T). In: Hank, G., Hahlweg, K., Klann, N. (Hg.), Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Göttingen: Beltz, 331-339.
- Schmid, W. (1999): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 3. Aufl.
- Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schulte, D. (1996). Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1998): AGPT-Tagung „Kriterien für die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“ am 7.5.1998 in Köln.
- Schulz, W. (1984): Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In: Jüttemann, G. (Hg.), Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik. Göttingen: Hogrefe
- Seligman, M.E.P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 2/3, 264-287.

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1992): Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sloane, E., Staples, F., Cristol, A., Yorkston, N.J., Whipple, K. (1995): Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten FORUM* 6, 5-8.
- Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980): The benefits of psychotherapy. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Sober, E. (1998): Unto others: the evolution and psychology of unselfish behavior. Cambridge, MS: Cambridge University Press.
- Sponsel, R. (1995): Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie: Zur Theorie und Praxis der schulen- und methodenübergreifenden Psychologischen Psychotherapie. Erlangen: IEC-Verlag.
- Steffan, A., Petzold, H.G. (2000): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Strauß, B., Wittmann, W. (1997): Wie hilft Psychotherapie? In Senf, W., Broda, M. (Hg.), Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 156-167.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P., Stephenson, G.M. (Hg.) (1996<sup>2</sup>): Sozialpsychologie. Berlin: Springer.
- Strümpfel, U. (1992): Wie wissenschaftlich ist die Gestalttherapie?, *Gestalttherapie, Sonderheft Forschung*, 62-83.
- Strupp, H.H., Binder, J.L. (1991): Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strupp, H., Horowitz, L., Lambert, M. (Eds.) (1997) Measuring Patient Changes in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery. Washington: APA.
- Stumm, G., Pritz, A. (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Suh, C., Strupp, H., O'Malley, S. (1986): The Vanderbilt process measures: The psychotherapy process scale (VPPS) and the negative indicators scale (VNIS). In: Greenberg, L., Pinsof, W. (Eds.) The psychotherapeutic process: A research handbook. New York, London: The Guilford Press, 285-324
- Thelen, E., Smith, L.B. (1994): A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge MA: Bradford Books.
- Thomas, G., Schmitz, B. (1993): Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. *Report Psychologie*, 18, 22-25.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie*, 3, 374-428.
- Voutta-Voß, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie*, 1, 27-41 und *Integrative Bewegungstherapie*, 2, 27-38.
- Vyt, A. (1989): The second year of life as a developmental turning point: implications for sensitive caretaking. *European Journal of Psychology of Education*, 2, 145-158.
- Wallerstein, R.S. (1986): Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Wienberg, G. (Hg.) (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Willutzki, U., Botermanns, J.-F. (1997): Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*, 42, 282-289.
- Wittchen, H.-U., Vossen, A. (1996): Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. In: Margraf, J. (Hg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer, Bd. 1, 217-233.
- Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., Iannotti, R. (Eds.) (1991): Altruism and aggression: biological and social origins. Cambridge: Cambridge University Press.