

Der Indikationsfragebogen für Katathym Imaginative Psychotherapie (IF-KIP)

Entwicklung und kriterienbezogene Validität

Christian Sell¹ , Steffen Müller² , Jule Bauckhage², Ulrich Sachsse³ 
und Cord Benecke² 

¹Internationale Psychoanalytische Universität Berlin, Deutschland

²Institut für Psychologie, Universität Kassel, Deutschland

³Asklepios Fachklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Göttingen, Deutschland

Zusammenfassung: Ziel der Studie war die Entwicklung und Validierung eines Fremdbeurteilungsfragebogens zur differentiellen Indikation von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) im Vergleich zu psychodynamischen Behandlungen ohne den Einsatz von Imaginationen. Die Fragebogenitems wurden auf Basis von Experteninterviews generiert. In einer anschließenden Onlineerhebung schätzten $N = 144$ niedergelassene KIP-Therapeutinnen und -Therapeuten insgesamt $N = 313$ ihrer vergangenen Behandlungsfälle aus der Erinnerung anhand der Fragebogenitems ein. In der Hälfte der eingeschätzten Fälle wurde KIP eingesetzt, in der anderen Hälfte wurden psychodynamische Behandlungen ohne den Einsatz von Imaginationen genutzt. Anhand von Faktorenanalysen und theoretischen Überlegungen konnten 2 allgemeine Faktoren mit insgesamt 9 Items identifiziert werden. Darüber hinaus wurde ein dritter Faktor mit 5 Items extrahiert, die spezifisch den Umgang mit Probe-Imaginationen während der probatorischen Sitzungen erfassen. Logistische Regressionsanalysen zeigten für das Zwei-Faktoren-Modell eine Vorhersagegenauigkeit von 73,5% und für das Drei-Faktoren-Modell eine Genauigkeit von 93,9% hinsichtlich der Frage, ob in einer Behandlung KIP eingesetzt wurde oder nicht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Indikationsfragebogen für KIP die in der Praxis wirkmächtigen Indikationskriterien ökologisch valide operationalisiert.

Schlüsselwörter: Katathym Imaginative Psychotherapie, Katathymes Bilderleben, differentielle Indikation, therapeutische Passung, Einsatzkriterien

The Suitability Questionnaire for Guided Imagery Psychotherapy (SQ-GIP). Development and Validation

Abstract: Guided imagery psychotherapy (GIP) is an established method of psychodynamic therapy. This study aimed to develop and validate a therapist-report questionnaire to assess patients' suitability for GIP relative to psychodynamic treatment without imagery. We generated the items based on a qualitative interview study with expert practitioners of GIP. In a consecutive online survey, $N = 144$ GIP therapists used the items to rate a total of $N = 313$ past cases. GIP was employed in half of these cases; the other half was treated with psychodynamic therapy without the use of imagery. Based on factor analyses and theoretical considerations, we identified two general factors comprising 9 items in total. In addition, we extracted a third factor with 5 items that captures patients' responses to trial runs of imagery during the initial treatment phase. Logistic regression analyses showed accuracies of 73.5% for the two-factor model and 93.9% for the three-factor model in predicting whether GIP had been applied in a given case. These results indicate that the Suitability Questionnaire for GIP is an ecologically valid operationalization of how GIP practitioners decide whether to use the method.

Keywords: guided imagery psychotherapy, guided affective imagery, differential indication, suitability, treatment prerequisites

Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) ist eine integrative Methode der psychodynamischen Psychotherapie, bei der die Wirkprinzipien psychodynamischer Therapie zusätzlich durch den systematischen Einsatz dialogisch begleiteter Imaginationen zur Anwendung kommen sol-

len. KIP und das darin enthaltene Katathyme Bilderleben (KB) sind in mehreren deutschsprachigen und osteuropäischen Ländern anerkannt und dort Teil der ambulanten sowie stationären Versorgungspraxis. In einigen Ländern, etwa Schweden, Ukraine und Moldawien, wird KIP

als Symboldrama bezeichnet. Bislang gibt es keine prospektiven Forschungsdaten dazu, unter welchen Umständen psychodynamische Therapeutinnen und Therapeuten KIP einsetzen und wann nicht. Die vorliegende sequenzielle Mixed-Methods-Studie (QUAL → QUAN) beschreibt die Entwicklung des *Indikationsfragebogens für Katathym Imaginative Psychotherapie* (IF-KIP), eines Fremdeinschätzungsfragebogens zur Erfassung von Indikationskriterien für KIP. Des Weiteren erfolgte eine Prüfung der kriteriumsbezogenen Validität des IF-KIP anhand retrospektiver Fremdeinschätzung von Behandlungsfällen mit und ohne Einsatz von KB. Ziel des Instruments ist die Abbildung der gegenwärtigen Praxis der Indikationsstellung, wie sie von erfahrenen KIP-Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt wird. Hierdurch soll die indikationsrelevante Diagnostik in der KIP standardisierbar und systematisch beforschbar werden.

Katathymes Bilderleben und Katathym Imaginative Psychotherapie

KIP bzw. KB ist eine offiziell anerkannte Methode der psychodynamischen Psychotherapie in Deutschland, Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Italien, Tschechien, der Slowakei, der Ukraine, Kasachstan und Russland mit insgesamt etwa 2000 darin ausgebildeten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die genaue Einbindung in das Versorgungssystem variiert mit den jeweiligen nationalen Bestimmungen. Die deutsche Psychotherapierichtlinie (Dieckmann et al., 2021) beispielweise stuft KB nicht als Psychotherapieverfahren ein, sondern als spezifische Methode, vergleichbar mit *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) oder *Rational Emotiver Therapie* (RET). KB ist dabei auf die Anwendung im Rahmen von tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien (TP) beschränkt. Die Methode kann im Rahmen einer Weiterbildung von approbierten psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit TP-Fachkunde oder (Fach)Psychotherapeutinnen und -therapeuten in TP-Aus-/Weiterbildung erlernt werden. In Deutschland ist KIP also Teil der ambulanten wie stationären Versorgung, weil TP-Therapeutinnen und -Therapeuten mit KB-Weiterbildung die Methode im Rahmen von TP-Behandlungen einsetzen können. In Österreich hingegen ist KIP eine der aktuell 23 gesetzlich anerkannten Psychothera-

piemethoden, gleichrangig also unter anderem mit Verhaltenstherapie, psychoanalytischer Psychotherapie und systemischer Familientherapie. KB und KIP werden heute gemeinsam in nationalen und internationalen Fachgesellschaften vertreten, gelehrt und weiterentwickelt. Den Autorinnen und Autoren sind trotz der unterschiedlichen Einbettung in die nationalen Gesundheitssysteme keine Hinweise auf systematische Unterschiede in der Praxeologie von KIP oder KB in verschiedenen Ländern bekannt.¹

KB wurde ursprünglich von dem deutschen Psychiater Hanscarl Leuner (1954/2012) eingeführt. Beeinflusst von den Lehren Sigmund Freuds, Carl Gustav Jungs und Ernst Kretschmers entwickelte Leuner in Modifikation der klassischen psychoanalytischen Behandlungstechnik eine Methode zur psychotherapeutischen Nutzung von Tagträumen im Rahmen einer psychodynamischen Behandlung. Das Adjektiv *katathym* (vom griech. κατά θυμόν) bedeutet ‚affektgetragen‘ oder ‚den Gefühlen gemäß‘. Mit Blick auf die KIP ist damit gemeint, dass die vor dem inneren Auge der Patientinnen und Patienten entstehenden Bilder sich spontan – entlang der emotionalen Gestimmtheit einer Situation oder einer Beziehungskonstellation – einstellen und verändern. Vergleichbar mit anderen psychodynamischen Methoden stellt die gegenwärtige Praxis der KIP eine Weiterentwicklung der Ansätze ihres Begründers dar, beeinflusst durch die Berücksichtigung empirischer Studienbefunde sowie praxisbasierter Forschung von Therapeutinnen und Therapeuten. Ausführliche Darstellungen zur KIP finden sich zum Beispiel bei Kottje-Birnbacher, Sachsse und Wilke (2010), Ullmann, Friedrichs-Dachale, Bauer-Neustädter und Linke-Stillger (2016) sowie Bahrke und Nohr (2018).

KIP-Behandlungen werden gewöhnlich wöchentlich oder zweiwöchentlich im Sitzen durchgeführt. Für ein KB wird eine Patientin oder ein Patient zunächst in einen leichten Entspannungszustand geführt und dann gebeten, ein vorher vereinbartes Motiv (z. B. einen Berg oder ein Haus) vor ihrem inneren Auge entstehen zu lassen und es der Therapeutin oder dem Therapeuten zu beschreiben. Die Patientinnen und Patienten sollen das Bild sich spontan weiterentwickeln lassen und dabei mit der Therapeutin oder dem Therapeuten im Dialog bleiben. Letztere ermutigen, das Bild möglichst mit allen Sinnen zu erleben, explorieren die emotionale Qualität des Erlebten und gegebenenfalls auch Handlungsmöglichkeiten innerhalb der Imagination. Ein solcher dialogisch begleiteter Tagtraum dauert in der Regel 15–25 Minuten und wird alle drei bis

¹ Zum Sprachgebrauch: Im Rahmen dieser Arbeit bezeichnen wir, unabhängig von den unterschiedlichen nationalen Regularien, die innerhalb von Therapiesitzungen durchgeführten, dialogisch begleiteten Imaginationen als KB und die psychotherapeutische Methode, innerhalb derer regelmäßig KB durchgeführt und als therapeutisches Material herangezogen wird, als KIP.

sechs Sitzungen durchgeführt. Im Anschluss an die Sitzung malen die Patientinnen und Patienten ihre imaginierten Bilder und bringen diese zu den Folgestunden erneut mit. Zwischen den Sitzungen mit KB – Kottje-Birnbacher (1992) spricht hier vom *Erlebnisraum* – finden in der KIP Sitzungen statt, in denen gemeinsam daran gearbeitet wird, die spontan entstandenen Bilder der Patientinnen und Patienten als symbolischen Ausdruck ihrer psychischen und interpersonellen Schwierigkeiten zu verstehen („Verarbeitungsraum“, ebd.). Diese einsichtsorientierte Arbeit folgt den Grundprinzipien psychodynamischer Psychotherapie, schließt also die Arbeit mit Übertragung und Widerstand ein. Sie kann, je nach Erfordernissen der Behandlung, konfliktaufdeckend, strukturbezogen oder traumafokussiert (vgl. Rudolf, 2010) ausgerichtet werden.

Differentielle Indikation für den Einsatz von Imaginationen in der psychodynamischen Psychotherapie

KIP ist in verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen verankert. Entsprechend sind empirische Untersuchungen zu ihrer Wirksamkeit notwendig und versorgungsrelevant. Für den stationären Rahmen liegen zwei randomisiert kontrollierte Studien (RCT) vor, für die ambulante Einzeltherapie mehrere naturalistische Studien mit mittleren bis sehr großen Prä-Post-Effekten (Sell, Möller & Taubner, 2018; Übersicht: Friedrichs-Dachale & Ullmann, 2020). Derzeit wird eine erste RCT zu ambulanter KIP bei emotionalen Störungen durchgeführt (Sell, Sachsse & Benecke, 2024).

Für die Praxis und Ausbildung stellt sich neben der Frage nach Wirksamkeit insbesondere die Frage nach der differentiellen Indikation. KIP lässt sich mit Arkowitz (1997) als eine Form assimilativer Psychotherapieintegration beschreiben: Sie bleibt im Rahmen psychodynamischer Behandlung, integriert jedoch zusätzlich das KB und die anschließende Arbeit mit den dabei entstehenden Imaginationen (vgl. Sell & Benecke, 2020). Forschung zu integrativen Methoden zeigt zwar vielfach positive Effekte (Boswell et al. 2019), jedoch bislang keine Überlegenheit gegenüber nicht-integrativen Verfahren. Auch insgesamt finden sich zwischen etablierten Therapieverfahren keine generellen Wirksamkeitsunterschiede (Wampold, Imel & Flückiger, 2018). Wohl aber gibt es Hinweise auf Unterschiede in der differenziellen Wirksamkeit: Patientinnen und Patienten sind unterschiedlich für bestimmte Methoden geeignet (ebd.). Eine Verbesserung der Indikationsstellung könnte die Versorgung insgesamt effektiver machen.

Der verbreitetste Ansatz hierzu ist die Entwicklung störungsspezifischer Methoden, meist auf Basis von ICD-/DSM-Diagnosen und unter Berücksichtigung von Kontraindikationen. In der Wissenskultur der psychodynamischen Tradition, zu der KIP gehört, spielt diese Orientierung an ICD/DSM-Diagnosen jedoch eine geringere Rolle (Fonagy, 2010). Die Indikation erfolgt vielmehr fallbezogen und berücksichtigt die beziehungshafte Passung zwischen Therapeutin und Patient sowie weitere Faktoren jenseits der Diagnose (Sell & Warsitz, 2018). Eine Besonderheit in der KIP ist zudem der Einsatz von Probeimaginationen („Probe-KB“, häufig mit dem Motiv einer Blume) während der Probatorik, um imaginative Fähigkeiten und den Umgang mit inneren Bildern einzuschätzen (Bahrke & Nohr, 2018).

Prospektive Studien zur Indikationsstellung psychodynamischer Methoden liegen kaum vor. Eine Ausnahme bildet die Studie von Watzke et al. (2010), die psychodynamische Therapie und Verhaltenstherapie mit und ohne der von Beutler entwickelten *Systematic Treatment Selection* (STS) verglichen. Die Ergebnisse zeigten keine generellen Wirksamkeitsunterschiede, jedoch verbesserte STS die Langzeitwirksamkeit psychodynamischer, nicht aber verhaltenstherapeutischer Behandlungen. Dies legt nahe, dass gerade psychodynamische Verfahren durch evidenzbasierte Differentialindikation profitieren können. Mit der Weiterentwicklung von psychodynamischen Diagnosesystemen, wie der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD-3; Arbeitskreis OPD, 2023), besteht zunehmend die Möglichkeit, hierfür auch spezifisch psychodynamische Gesichtspunkte miteinzubeziehen. Wie Henkel, Zimmermann, Künecke, Remmers und Benecke (2018) zeigen, lassen sich mittels der OPD klinisch relevante Unterschiede erfassen, die in der DSM-Klassifikation nicht abgebildet werden.

Für die KIP bietet die Einbindung des KB in die deutsche Versorgungslandschaft eine besondere Gelegenheit, eine psychodynamische Praxis der fallspezifischen Indikationsstellung empirisch erfassbar und überprüfbar zu machen – konkret die Entscheidung für oder gegen den Einsatz von Imaginationen in der psychodynamischen Therapie. Da approbierte TP-Therapeutinnen mit KIP-Weiterbildung in Deutschland KIP nicht bei allen Patientinnen anwenden, sondern je nach Fall entscheiden, entwickeln sie im Rahmen ihrer Profession ein explizites wie auch implizites Handlungswissen (*tacit knowledge*; Polanyi, 1966) darüber, wann KIP angezeigt ist. Mit der Entwicklung des IF-KIP soll dieses Wissen systematisch expliziert und operationalisiert werden, um es für Forschung, Aus- und Weiterbildung nutzbar zu machen.

Methoden

Itementwicklung

Forschungsstrategie

Unser Vorgehen zur Identifizierung und Operationalisierung von indikationsrelevanten Kriterien für KB folgte einer sequenziell-explorativen Mixed-Methods-Methodologie (QUAL → QUAN; Creswell & Plano Clark, 2018). Da bislang keine systematischen Untersuchungen zu den Einsatzkriterien für KIP vorliegen, wurde im ersten Schritt eine explorative Interviewstudie mit KIP-Lehrtherapeutinnen und -Lehrtherapeuten (QUAL) hierzu durchgeführt. Die Entwicklung der Items für den IF-KIP (QUAN) erfolgte aufbauend auf den Ergebnissen dieser Interviewstudie.

Interviewstudie mit KIP-Lehrtherapeutinnen und -Lehrtherapeuten

Zur Identifizierung der gegenwärtigen KIP-Praxis zugrundeliegenden Einsatzkriterien wurde eine Interviewstudie mit $N = 15$ KIP-Lehrtherapeutinnen und -Lehrtherapeuten durchgeführt (ausführliche Darstellung in Bauckhage & Sell, 2021). Diese KIP-Expertinnen und Experten wurden in semi-strukturierten Interviews mit offenem Antwortformat gebeten, in anonymisierter Form von einzelnen Behandlungen aus ihrer Praxis zu berichten. Der Fokus der Interviews lag darauf, ob und warum mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten KB eingesetzt worden war. Die Art der Befragung orientierte sich an der Methode der Beziehungsepisodeninterviews nach Luborsky (1998). Die Interviewten wurden angeregt, möglichst konkrete und lebendige Szenen aus den betreffenden Behandlungen zu berichten, in denen etwas das für die jeweilige Indikationsentscheidung von Bedeutung war deutlich wird. Auf diese Weise wurden Teile des impliziten differentialdiagnostischen Handlungswissens der Therapeutinnen und Therapeuten expliziert. Die Interviews dauerten zwischen 41 und 133 Minuten und wurden in den Praxen der Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt. Die transkribierten Interviews wurden mithilfe einer konstruktivistischen Variante der Grounded-Theory-Analyse (Charmaz, 2014) ausgewertet. Zunächst erfolgte eine offene, teilweise in-vivo-Kodierung, anschließend eine axiale Verdichtung im Sinne des permanenten Vergleichs, bei der die Codes zu Kategorien und Subkategorien gruppiert wurden. In einem iterativen Prozess wurden diese weiter verfeinert und schließlich zu einem Modell der Indikationsentscheidung integriert.

Die Ergebnisse ergaben zunächst, dass KIP-Therapeutinnen und -Therapeuten sich bei der Indikationsstellung nur nachrangig an den nosologischen Kategorien des ICD

oder des DSM orientieren. Stattdessen konnten wir aus den Interviews eine Reihe von anderen spezifischen Kriterien extrahieren, die als indikationsrelevant angesehen wurden. Diese Kriterien lassen sich fünf Kernkategorien zuordnen: Merkmale der Patientinnen und Patienten, Merkmale der therapeutischen Beziehung, Merkmale der Therapeutinnen und Therapeuten, Merkmale durchgeführter Probeimaginationen sowie bestimmte Therapieziele und -Foki. Dabei wurde unterschieden, ob die Therapeutinnen und Therapeuten berichteten, dass ein Merkmal für den Einsatz von KIP spreche (+), dass es gegen den Einsatz von KIP spreche (-), dass es eine Kontraindikation sei (--) oder ob es, je nach Ausprägung, für oder gegen den Einsatz sprechen kann (+/-). Eine detaillierte Darstellung des Kategoriensystems findet sich im Elektronischen Supplement 1. Die weitere theoriebildende Analyse der Interviews erlaubte den gefundenen Kriterien unterschiedliche Funktionen im Prozess der Indikationsstellung zuzuordnen: (1) Die Prüfung auf absolute Kontraindikationen, (2) die Prüfung der Notwendigkeit einer Modifikation des KB-Standardverfahrens und (3) das Abwiegen einer Reihe von relativen Kriterien, die entweder für oder gegen den Einsatz von KIP sprechen. Beispiele für absolute Kontraindikationen waren extreme Wut und Aggressivität auf Patientinnen- oder Patienten-seite, mangelnde Präsenz und Unfähigkeit zur wertschätzenden dialogischen Begleitung auf Therapeutinnen- oder Therapeuten-seite oder auch eine fehlende Responsivität der Patientinnen und Patienten auf Interventionen während der Probeimaginationen. Sehr hohe emotionale Instabilität oder intrusives Wiedererleben im Rahmen einer Traumafolgestörung wurden als Indikatoren für die Modifikation des KIP-Standardverfahrens, hin zu eigens entwickelter, stärker vorstrukturierter Arbeit mit KB beschrieben (zum Beispiel im Rahmen der traumazentrierten Arbeit mit KIP; vgl. Sachsse 2010). Die größte Gruppe an indikationsrelevanten Merkmalen stellten schließlich die relativen Kriterien dar, welche entweder als eher günstig (z. B. ein Erleben von gegenseitiger Resonanz in der therapeutischen Beziehung) oder eher ungünstig (z. B. dunkle, abgründige Bilder in den Probeimaginationen) für den Einsatz von KIP eingeschätzt werden. Unsere Befunde legen nahe, dass die Therapeutinnen und Therapeuten diese relativen Kriterien im Einzelfall gegeneinander abwägen.

Bislang gibt es noch keine Möglichkeit, diese empirisch rekonstruierten Indikationskriterien aus der Praxis auch vergleichbar und kontrolliert zu erfassen, um sie beispielsweise systematisch in differentialdiagnostische Entscheidungen oder in Weiterbildung und Qualitätssicherung von KIP einbeziehen zu können. Weiterhin liegen bislang keine empirischen Befunde vor, ob diese Kriterien tatsächlich prädiktive Validität haben, ob sie also bei-

spielsweise Unterschiede im Behandlungserfolg, in Responder- oder Abbruchraten in Behandlungen mit oder ohne KB vorhersagen können. Für solche Untersuchungen müssen die qualitativ extrahierten Indikationskriterien der Expertinnen und Experten in operationalisierter Form in Psychotherapie-Prozess-Ergebnis-Studien eingebunden werden können. Die Entwicklung des IF-KIP stellt eine solche Operationalisierung dar.

Entwicklung des Indikationsfragebogen für Katathym Imaginative Psychotherapie (IF-KIP)

Im Folgenden wird beschrieben, wie, anhand der Ergebnisse der Interviewstudie, Items für einen Fremdbeurteilungsfragebogen generiert wurden. Dieser Fragebogen wurde im Folgenden einer Stichprobe von praktizierenden KIP-Therapeutinnen und Therapeuten vorgelegt, um vergangene Behandlungen mit und ohne KB aus der Erinnerung einzuschätzen. Anhand empirischer und theoretischer Gesichtspunkte wurden Faktoren extrahiert und Items für den IF-KIP ausgewählt. Zur Prüfung der kriteriumsbezogenen Validität des Fragebogens wurde anhand von Regressionsmodellen geprüft, ob der IF-KIP eine Vorhersage darüber ermöglicht, bei welchen der durch Therapeuten und Therapeutinnen beschriebenen Patientinnen und Patienten KIP eingesetzt und bei welchen eine TP-Behandlung ohne den systematischen Einsatz von Imaginationen durchgeführt wurde.

Das anhand der Interviewstudie gewonnene Kategoriensystem von Indikationskriterien wurde als Ausgangsmaterial für die Itementwicklung herangezogen. Im ersten Schritt wurde jedes der dort gefundene Kriterien durch mehrere Items dargestellt. Die Items wurden so entwickelt, dass sie die Formulierungen der Therapeutinnen und Therapeuten aus den Interviewtranskripten widerspiegeln. Weiterhin haben wir möglichst eindeutige, einfache und wertneutrale Formulierungen angestrebt und auf doppelte Fragen oder theoretische Termini bestmöglich verzichtet. Dabei wurden die Items für den Einsatz mit einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = *trifft gar nicht zu*; 4 = *trifft völlig zu*) konstruiert. Wir wählten außerdem für die einzelnen Kriterien jeweils sowohl positive als auch negative Formulierungen.

In diesem Prozess wurden insgesamt 142 Items generiert. Davon umfassten 101 allgemeine Items entweder Merkmale der Patientinnen und Patienten („Die Patientin/der Patient kann ihre/seine Gefühle benennen.“), der therapeutischen Beziehung („Die Patientin/der Patient und ich sind uns einig über die Therapieziele.“), der Therapeutinnen und Therapeuten selbst („Ich bin oft zu müde, um mit der Patientin/dem Patienten KB zu machen.“) oder von Therapiezielen und therapeutischen Foki („Es ist ein therapeutischer Fokus mit der Patientin/dem Patienten, die Gefühlswahrnehmung zu verbessern.“). 41

weitere Imaginationen beschrieben Merkmale, von während der Probatorik durchgeführten Probeimaginationen („Die Imaginationen der Patientin/des Patienten sind destruktiv.“).

Fragebogenerhebung und Stichprobe

Die Daten wurden im Rahmen einer Onlinebefragung an einer Stichprobe von KIP-Therapeutinnen und -therapeuten zwischen Oktober 2020 und März 2021 erhoben. Hierzu wurden alle aktiven Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie e. V. (DGKIP) und der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP) per Email angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Die Erhebung wurde von der Ethikkommission der Universität Kassel begutachtet und für ethisch undenklich befunden. Insgesamt nahmen $N = 144$ Therapeutinnen und Therapeuten an der Erhebung teil. Die Therapeutinnen ($n = 99$) und Therapeuten ($n = 45$) hatten ein Durchschnittsalter von $M = 48.71$ ($SD = 7.63$) und im Mittel $M = 14.91$ ($SD = 9.51$) Jahre Berufserfahrung. 36 % gaben an, als Supervisorin oder Lehrtherapeutin anerkannt zu sein. Im Fragebogen wurden die Teilnehmenden gebeten, sich nacheinander zwei ihrer vergangenen tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen in Erinnerung zu rufen, die innerhalb der letzten drei Jahre begonnen und bereits abgeschlossen waren: eine Behandlung, in der sie KB angewendet hatten, und eine weitere Behandlung, in der sie sich gegen den Einsatz von KB entschieden hatten. In jedem Fall sollten es Behandlungen sein, für die die Therapeutinnen und Therapeuten eine psychodynamische Psychotherapie grundsätzlich als indiziert angesehen hatten. Jede erinnerte Behandlung sollte anhand der Fragebogenitems eingeschätzt werden. Die Reihenfolge des Abfragens und Einschätzens von Behandlungen mit und ohne KB wurde ausbalanciert. Zu allen einzuschätzenden Patientinnen und Patienten wurde erfragt, ob in der jeweiligen Behandlung eine Probeimagination zur Indikationsstellung stattgefunden hat. Wenn eine Probeimagination durchgeführt wurde, wurden neben den allgemeinen Items auch die Imaginationen erhoben. Nach dem Einschätzen beider Behandlungen konnten die teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten sich entscheiden bis zu vier weiteren Behandlungen, jeweils zwei mit und zwei ohne KB, zu erinnern und einzuschätzen. Alle 144 teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten schätzten also jeweils entweder zwei (81.25 % der Therapeutinnen und Therapeuten), vier (6.25 %) oder sechs (3.48 %) Patientinnen und Patienten ein. Dreizehn (9.02 %) der Therapeutinnen und Therapeuten beschrieben nur einen Patienten, d. h. diese

brachen die Umfrage nach der ersten Behandlungsbeschreibung ab. Auf diese Weise wurden insgesamt $N = 313$ erinnerte Patientinnen und Patienten eingeschätzt. Für 229 (73.2%) dieser Patientinnen und Patienten wurde eine Probeimagination durchgeführt, sodass Imaginationsmerkmale abgefragt werden konnten. Die erinnerten Patientinnen und Patienten waren im Durchschnitt 41.91 Jahre alt. 217 (69.3%) der erinnerten Patientinnen und Patienten waren weiblich, 95 (30.4%) waren männlich und eine Person war divers (0.03%).

Software und Open Science

Alle Berechnungen erfolgten innerhalb von R Version 4.1.1 (R Core Team, 2013). Für die Schätzung der explorativen Faktorenanalysen wurde das Paket *psych* (Revelle & Revelle, 2015) verwendet. Für die konfirmatorischen Faktorenanalysen wurde *lavaan* (Rosseel, 2012) eingesetzt. R-Skripte der Analysen sind in einem Repository des Open Science Frameworks hinterlegt: https://osf.io/5k84q/?view_only=639742f421f04fda963a1d8a450e4a42. Die Daten (Therapeutinnen und Therapeuten Einschätzungen aller verwendeter Items) stehen ebenfalls dort zur Verfügung, so dass die durchgeführten Analysen reproduziert werden können.

Faktorextraktion

Mit dem Ziel, einen Überblick über die Kovarianzstruktur der Therapeutinnen- und Therapeuteneinschätzungen zu erhalten, wurden zunächst zwei oblimin-rotierte explorative Faktorenanalysen (EFAs) berechnet. In der ersten EFA wurden die 101 allgemeinen Items analysiert, während in der zweiten EFA die 41 Imaginationsitems betrachtet wurden. Die getrennte Analyse der allgemeinen und Imaginationsitems erfolgte aus statistischen und inhaltlichen Gründen. Nur für eine Teilstichprobe ($n = 229$) lagen Probeimaginationen und damit Imaginationsitem vor, sodass eine gemeinsame Analyse die Stichprobe substanzial reduziert hätte.

Dabei wurden jeweils 1- bis 11-Faktorlösungen für die allgemeinen Items und 1- bis 3-Faktorlösungen für die Imaginationsitems betrachtet. Zuvor wurde mit Hilfe des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums und des Bartlett Tests auf Sphärizität die Voraussetzungen für die Durchführung einer EFA separat für die allgemeinen Items ($KMO = .81$; $\chi^2 = 24493.13$, $p < .01$) und für die Imaginationsitems ($KMO = .91$; $\chi^2 = 5041.32$, $p < .01$) geprüft. Im nächsten Schritt wurden die verschiedenen EFA-Lösungen von uns begutachtet. Da die Itementwicklung auf qualitativen Interviews zur KIP-Indikation

beruhte war es das primäre Ziel der quantitativen Analysen, die heterogenen qualitativen Beschreibungen in inhaltlich interpretierbare latente Strukturen zu überführen. Entsprechend haben wir ein theoriegeleitetes Vorgehen gewählt. Anstatt einer systematischen Vorselektion anhand von Itemschwierigkeiten oder Trennschärfen haben wir zunächst die verschiedenen EFA-Lösungen inspiziert. Die Auswahl der Items für die gebildeten Skalen erfolgte dann durch eine integrierte Bewertung von (a) inhaltlich-klinischer Relevanz der Items, (b) Ladungsmustern in den EFA-Modellen und (c) den psychometrischen Kennwerten der resultierenden Skalen, die im anschließend post-hoc bewertet wurden.

Dazu wurden mit den ausgewählten Items konfirmatorische Faktorenanalysen (CFAs) berechnet. Zunächst wurde für jede einzelne Skala eine einfaktorielle CFA berechnet, um die Unidimensionalität der einzelnen Skalen zu prüfen. In einem nächsten Schritt wurde dann ein mehrfaktorielles Gesamtmodell für die Skalen berechnet, für die eine ausreichende Unidimensionalität erreicht werden konnte. In den CFAs wurden Maximum-Likelihood-Schätzer und Full-Information-Maximum-Likelihood-Ersetzung bei fehlenden Ausprägungen eingesetzt. Zur Berücksichtigung der Abhängigkeit der Beobachtungen durch die Schachtelung von Patientinnen in Therapeuteninnen wurden cluster-robuste Standardfehler zur Schätzung genutzt. Zur Evaluation der Modellgüte wurden die Comparative Fit Indizes (CFI) und die Tucker-Lewis-Indizes (TLI) Indizes mit den Schwellenwerten $\geq .95$ sowie der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) mit einem Schwellenwert $\leq .06$ und die Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) mit dem Schwellenwert $\leq .08$ herangezogen (Hu & Bentler, 1999). Zuletzt betrachteten wir Cronbachs Alpha zur Quantifizierung der internen Konsistenz der ausgewählten Skalen.

Hierarchische Datenstruktur

Zur Quantifizierung potenzieller Clustereffekte der wiederholten Beschreibungen der Patientinnen und Patienten durch die Therapeutinnen und Therapeuten berechneten wir Intraklassenkorrelationskoeffizienten (ICCs) auf Itemebene. Wir verwendeten ein One-way random effects model zur Schätzung der ICCs. Der ICC(1,1) wurde zur Einschätzung der Reliabilität einer einzelnen Messung und der ICC(1,k) zur Einschätzung der Reliabilität des Durchschnitts mehrerer Messungen herangezogen. Außerdem überprüften wir die ANOVA-basierten Befunde mit einem Mixed-Effects-Modell, das die Varianzkomponenten direkt modelliert und im Gegensatz zur ANOVA-basierten Schätzung keine negativen ICC-Werte ergeben kann.

Diskrimination der gewählten Behandlungsmethode

Zur Prüfung der kriteriumsbezogenen Validität untersuchten wir, mit welcher Genauigkeit sich aus den konstruierten IF-KIP-Skalen vorhersagen ließ, ob es sich bei den erinnerten Behandlungen um eine Behandlung mit oder ohne KB handelte. Hierzu wurden die Faktorscores der drei final ausgewählten IF-KIP-Skalen geschätzt und als Prädiktoren in drei verschiedenen logistischen Regressionsmodellen eingesetzt. Für die Kriteriumsvariable wurden Behandlungen ohne KB-Einsatz mit 0 und KIP-Behandlungen mit 1 kodiert. Das erste Vorhersagemodell umfasste die beiden Skalen zu den allgemeinen Merkmalen. Im zweiten Vorhersagemodell wurde das erste Modell um die Skala zu Merkmalen der Probeimagination erweitert. Dieses vollständige Modell wurde dann mit einem dritten Modell verglichen, das ausschließlich die Skala zu Merkmalen der Probeimagination beinhaltete. Dieses mehrschrittige Vorgehen wurde gewählt, da nicht in allen erinnerten Behandlungen Probeimaginationen durchgeführt wurden. Aus der klinischen Erfahrung wissen wir, dass auch in der ambulanten KIP-Praxis nicht in jedem Fall ein Probe-KB durchgeführt wird. Entsprechend sind für die prädiktive Validität des IF-KIP sowohl die Kombination aus allgemeinen Items und Imaginationsitems als auch die allgemeinen Items für sich genommen von Bedeutung. Anschließend wurden die Übereinstimmungen zwischen den modellbasierten Vorhersagen und den tatsächlichen Indikationsentscheidungen der Therapeutinnen und Therapeuten berechnet und die absoluten Häufigkeiten in Konfusionsmatrizen dargestellt.

Ergebnisse

Intraklassenkorrelationen

Die ANOVA-basierte Schätzung der Intraklassenkorrelationen ergab im Mittel negative ICC(1,1)-Werte ($M = -.19$, $SD = .19$; Range = $-.55$ bis $.10$). Die negativen Werte zeigen an, dass die Varianz innerhalb der von Therapeutinnen und Therapeuten bewerteten Fälle größer ist als die Varianz zwischen den Therapeutinnen und Therapeuten, d. h., Patientinnen und Patienten, die von demselben Therapeuten eingeschätzt wurden unterscheiden sich im Schnitt stärker voneinander als zwei zufällig aus unserer Gesamtstichprobe gezogene Patientinnen und Patienten. Die alternative Schätzung mittels Mixed-Effects-Modellen bestätigte dies und schätzte die Varianzkomponente zwischen den Therapeuten für die meisten Items erwartungsgemäß auf null und resultierte in konsistent niedri-

gen ICCs ($M = .03$, $SD = .05$; Range = $.00$ bis $.13$). Dieses Befundmuster ist eine Konsequenz des Studiendesigns, bei dem Therapeutinnen und Therapeuten gebeten wurden, kontrastierende Patientinnen und Patienten zu bewerten (mit und ohne KIP-Einsatz), was die Varianz innerhalb der Therapeutinnen und Therapeuten systematisch erhöht.

Explorative Faktorenanalysen

Screeplots der durchgeführten EFAs sind im OSF-Repositorium verfügbar. Für die allgemeinen Merkmale legte die visuelle Inspektion keine eindeutige Anzahl von zu extrahierenden Faktoren nahe. Der Screeplot der Merkmale der Probeimagination legte heuristisch die Extraktion von drei Faktoren nahe, allerdings zeigte sich für den dritten Faktor ein Eigenwert nur minimal größer 1. Die Parallelanalysen legten die Extraktion von elf Faktoren für die allgemeinen Merkmale und fünf Faktoren für die Merkmale der Probeimaginationen nahe.

Im Vergleich der verschiedenen EFA-Lösungen für die allgemeinen Merkmale zeigte sich die sechs-Faktoren-Lösung als eine inhaltlich und statistisch gut interpretierbare Repräsentation der Kovarianzmatrix. Die Faktoren beschrieben dabei inhaltlich die sechs Dimensionen positiver Kontakt zum Patienten, Selbststeuerung und Realitätsbezug, Zugang zum emotionalen Erleben, Introspektion als therapeutischer Fokus, somatoforme Symptomatik und zwanghaft-kontrollierende Persönlichkeit. In einer sieben-Faktoren-Lösung ergab sich ein inhaltlich unklarer siebter Faktor, der von nur drei Items mit Faktorladungen $> .50$ beschrieben wurde. In niedriger-faktorierten Lösungen hingegen wurden Merkmale zu Faktoren zusammengefasst, die wir aus klinischer Sicht als getrennt betrachteten. In der fünf-Faktoren-Lösung z. B. luden zwanghaft-kontrollierende und somatoforme Merkmale auf einem gemeinsamen Faktor. Die sechs-Faktoren-Lösung wurde entsprechend für die folgenden Prüfungen auf Unidimensionalität ausgewählt.

In den EFA-Modellen der Merkmale der Probeimaginationen spiegelten die ersten beiden Faktoren inhaltlich ein produktives Arbeiten mit den Bildern und destruktiv anmutende Bilder wider. In einer drei-Faktoren-Lösung war kein inhaltlich klarer dritter Faktor erkennbar. Daher wurde die zwei-Faktoren-Lösung für die folgenden ein-Faktor-CFA-Prüfungen ausgewählt. Alle extrahierten EFA-Lösungen sind im OSF-Repositorium zur Verfügung gestellt.

Konfirmatorische Faktorenanalysen

Zunächst testeten wir die sechs in den EFA-Lösungen ausgewählten Skalen für die allgemeinen Merkmale auf Unidimensionalität. Dabei zeigte die Inspektion der Modellanpassung eine unzureichende Unidimensionalität für die Skalen *Zugang zum emotionalen Erleben* (RMSEA = .115, CFI = .967, TLI = .933, SRMR = .032), *Introspektion als therapeutischer Fokus* (RMSEA = .146, CFI = .834, TLI = .668, SRMR = .069), *somatoforme Symptomatik* (RMSEA = .220, CFI = .875, TLI = .624, SRMR = .044) und *zwanghaft-kontrollierende Persönlichkeit* (RMSEA = .214, CFI = .930, TLI = .789, SRMR = .045). Die Modellgüte konnte auch durch Ausschluss von Items auf Basis von Residualkorrelationen bzw. Modifikationsindizes nicht so weit verbessert werden, dass die von Hu und Bentler (1999) vorgeschlagenen Schwellenwerte für akzeptable Modellgüte erreicht werden konnten. Für die Merkmale der Probeimaginationen zeigte sich, dass der erste Faktor produktives Arbeiten mit den Bildern eine zufriedenstellende Unidimensionalität erreichte (RMSEA = .035, CFI = .997, TLI = .994, SRMR = .014), wohingegen die Kovariation der Items des zweiten Faktors destruktive Bilder nicht zufriedenstellend auf einer gemeinsamen Skala abgebildet werden konnte (RMSEA = .098, CFI = .974, TLI = .921, SRMR = .025).

Tabelle 1. Faktorladungen der 3-Faktoren-Struktur des IF-KIP

Item	Positiver Kontakt zum Patienten	Selbststeuerung und Realitätsbezug	Produktives Arbeiten mit den Bildern
A1	.83		
A2	.86 (.07)		
A3	.72 (.08)		
A4	.87 (.08)		
A5	.77 (.07)		
A6		.91	
A7		.57 (.11)	
A8		.64 (.10)	
A9		.73 (.07)	
I1			.86
I2			.89 (.06)
I3			.86 (.07)
I4			.79 (.07)
I5			.91 (.06)

Anmerkungen. $N = 229$. Standardfehler der Ladungskoeffizienten sind in Klammern dargestellt. Abgebildet sind standardisierte Faktorladungen. Die unstandardisierte Faktorladung der ersten Variable innerhalb jedes Faktors wurde auf 1 fixiert.

Im Folgenden testeten wir daher die Faktoren positiver Kontakt zum Patienten (5 Items), Selbststeuerung und

Realitätsbezug (4 Items) und produktives Arbeiten mit den Bildern (5 Items) in einem 3-Faktoren-CFA-Modell (s. Tabelle 1). Dieses zeigte eine gute Modellanpassung (RMSEA = .051, CFI = .973, TLI = .967, SRMR = .044). Die Lösung zeigte weiterhin konsistent hohe Faktorladungen mit einem Minimum von .57, einem Maximum von .91 und mittleren Faktorladungen von .80. Es zeigte sich eine substantielle Korrelation zwischen den Faktoren positiver Kontakt zum Patienten und produktives Arbeiten mit den Bildern und moderate Faktorkorrelationen dieser beiden Faktoren mit dem Faktor Selbststeuerung und Realitätsbezug (s. Tabelle 2).

Tabelle 2. Faktorkorrelationen der 3-faktoriellen IF-KIP-Struktur

IF-KIP Skala	1.	2.	3.
1. Positiver Kontakt zum Patienten	1	.074	.066
2. Selbststeuerung und Realitätsbezug	-.356	1	.072
3. Produktives Arbeiten mit den Bildern	.726	-.313	1

Anmerkungen. $N = 229$. Die Faktorkorrelationen sind unterhalb, die Standardfehler oberhalb der Diagonalen dargestellt.

In Tabelle 3 sind die insgesamt 14 Items der drei finalen Skalen sowie deskriptive Statistiken, Itemschwierigkeiten, Trennschärfen, Schiefen, Kurtosis sowie interne Konsistenzen und die interne Konsistenz unter Ausschluss des jeweiligen Items dargestellt.

Vorhersagen der gewählten Behandlungsmethode

Zuletzt quantifizierten wir die kriteriumsbezogene Validität durch die Zuordnungsgenauigkeit der IF-KIP-Skalen innerhalb eines logistischen Regressionsmodells zur Klassifikation der Patientenbeschreibungen (TP ohne KB vs. KIP). In einem Modell mit den zwei Faktoren zu allgemeinen Merkmalen, war die Skala *Positiver Kontakt zum Patienten* ein signifikanter Prädiktor der angewandten Therapiemethode ($b = 2.200$, $SE = .298$, $z = 7.377$, $p < .001$), die Skala *Selbststeuerung und Realitätsbezug* nicht. Im finalen IF-KIP drei-Faktorenmodell, welches die Skala *Produktives Arbeiten mit den Bildern* zu Merkmalen der Probeimaginationen einschloss, sagte nur diese Skala die Kriteriumsvariable signifikant vorher ($b = 5.161$, $SE = .858$, $z = 6.016$, $p < .001$), die beiden Skalen zu allgemeinen Merkmalen nicht. In einem ein-Faktor Modell, das nur auf dem Faktor Produktives Arbeiten mit den Bildern basierte, wurde dieser ebenfalls signifikant ($b = 4.728$, $SE = .708$, $z = 6.674$, $p < .001$). Alle drei Modelle sagten signifikant Varianz in der Kriteriumsvariable vorher. Detaillierte Ko-

Tabelle 3. Kennwerte der IF-KIP Items in der Gesamtstichprobe der eingeschätzten Behandlungsfälle

Skalen und Items	M	SD	Schiefe	Kurtosis	Schwierigkeit	Diskriminanz	α unter Ausschluss
Allgemeine Items und Faktoren (A)							
Positiver Kontakt zum Patienten							
A1 Die Arbeit mit dem/der Patient_in war kooperativ	3.31	0.86	-1.22	1.14	0.83	0.76	0.88
A2 Ich arbeitete gern mit dem/der Patient_in	3.29	0.84	-1.11	1.02	0.82	0.81	0.87
A3 Der/die Patient_in und ich hatten einen gemeinsamen Rhythmus	2.61	0.95	-0.52	-0.15	0.65	0.71	0.90
A4 Der/die Patient_in und ich hatten eine gute gegenseitige Resonanz	3.05	0.89	-0.84	0.48	0.76	0.80	0.87
A5 Der/die Patient_in und ich hatten eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung	3.29	0.83	-1.01	0.49	0.82	0.73	0.89
Cronbachs α	0.90						
Mittlere Inter-Item-Korrelation	0.65						
Selbststeuerung und Realitätsbezug							
A6 Der/die Patient_in hatte regelmäßig einen deutlich verminderten Realitätsbezug	0.71	1.04	1.52	1.55	0.18	0.74	0.71
A7 Der/die Patient_in konnte schnell dissoziieren	1.03	1.26	1.00	-0.15	0.26	0.56	0.81
A8 Der/die Patient_in berichtete von wahnhaft erscheinenden Inhalten	0.35	0.88	2.74	6.97	0.09	0.63	0.77
A9 Ich hatte das Gefühl, der/die Patient_in lebte in einer Fantasiewelt	0.74	1	1.30	0.89	0.18	0.63	0.76
Cronbachs α	0.81						
Mittlere Inter-Item-Korrelation	0.54						
Imaginations-spezifische Items und Faktor (I)							
Produktives Arbeiten mit den Bildern							
I1 Der/die Patient_in konnte Hilfsangebote während einer Imagination annehmen	2.59	1.16	-0.44	-0.92	0.65	0.82	0.92
I2 Der/die Patient_in hatte eine positive Beziehung zu seinen/ihren Imaginationen	2.29	1.38	-0.22	-1.28	0.57	0.85	0.91
I3 Der/die Patient_in setzte sich mit den Imaginationen und den imaginierten Bildern auseinander	2.62	1.38	-0.45	-1.25	0.66	0.83	0.92
I4 Der/die Patient_in verstand, dass die Imaginationen und die imaginierten Bilder einen symbolischen Gehalt haben	2.89	1.23	-0.83	-0.49	0.72	0.76	0.93
I5 Der/die Patient_in mochte KB als Methode	2.44	1.48	-0.41	-1.30	0.61	0.86	0.91
Cronbachs α	0.93						
Mittlere Inter-Item-Korrelation	0.74						

Anmerkungen. $N = 229$.

effizienten zu den Modellen finden sich in den Elektronischen Supplements 2–4.

Das erste Vorhersagemodell mit den Skalen *Positiver Kontakt zum Patienten* und *Selbststeuerung und Realitätsbezug* erreichte eine Genauigkeit von 73.2% in der Klassifikation von KIP- und TP-ohne-KB-Patientenbeschreibungen (66.9% Sensitivität und 79.1% Spezifität hinsichtlich der korrekten Klassifikation; Die absoluten Häufigkeiten der Modellvorhersagen finden sich im Elektronischen Supplement 5.). Unter Hinzunahme der Skala *Produktives Arbeiten mit den Bildern*, die sich auf die Probeimaginationen bezieht, erhöhte sich die Genauigkeit der Klassifikation auf 94.6% (94.2% Sensitivität und 95.0% Spezifität). In einem dritten eindimensionalen

Modell, das ausschließlich auf der Skala *Produktives Arbeiten mit den Bildern* bestand, konnte eine vergleichbare Vorhersagegenauigkeit von 94.2% erreicht werden. Die Klassifikation der beschriebenen Behandlungen profitierte also nicht von der Hinzunahme der allgemeinen Merkmale, wenn das produktive Arbeiten mit den Bildern innerhalb der Probeimaginationen bereits als Prädiktor im Vorhersagemodell berücksichtigt wurde. Diese hohe Vorhersagegenauigkeit ist jedoch im Lichte des Studiendesigns vorsichtig zu interpretieren und stellt keine unabhängige prädiktive Validierung dar (vgl. Limitationen).

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden die Faktorstruktur und die kriteriumsbezogene Validität des Indikationsfragebogens für KIP untersucht. Der IF-KIP hat den Anspruch sowohl zur Indikationsstellung in der klinischen Praxis als auch zur systematischen Erforschung der differentiellen Wirksamkeit eingesetzt werden zu können. Durch ein faktoranalytisches Vorgehen wurden zwei Faktoren für die allgemeine Beschreibung der Behandlungsvoraussetzungen und ein dritter Faktor für die Beschreibung des Verlaufs von Probeimaginationen extrahiert. Ein Gesamtmodell bestehend aus den drei Faktoren zeigte eine gute Modellanpassung, die über den gebräuchlichen Hu- und Bentler-Cutoffs (1999) für akzeptablen Misfit lag. Die logistischen Regressionsmodelle zur Unterscheidung der Behandlungsart zeigten, dass insbesondere die Skala *Produktives Arbeiten mit den Bildern* (Faktor 3) innerhalb der Probeimaginationen zwischen Behandlungen diskriminieren konnte, bei denen sich die Therapeutinnen oder Therapeuten für den Einsatz von KIP entschieden haben, und solchen, bei denen sie sich dagegen entschieden haben. Dabei führte eine Zunahme der beiden Skalen zu den allgemeinen Merkmalen nicht zu einer verbesserten Klassifikation der Behandlungsarten. Für sich genommen konnten die allgemeinen Merkmale allerdings ebenfalls eine moderate Klassifikation erreichen. Die Faktoren Positiver Kontakt zum Patienten (Faktor 1) und Selbststeuerung und Realitätsbezug (Faktor 2) sind inhaltlich keine KIP-spezifischen Merkmale. Sie erwiesen sich in unserer Studie jedoch insofern als diskriminativ, als dass sie in KIP-Fällen tendenziell höher ausgeprägt waren als in TP-ohne-KIP-Fällen. Dies deutet darauf hin, dass KIP-Therapeutinnen und -Therapeuten diese allgemeinen psychodynamischen Voraussetzungen in besonderer Weise für wichtig halten, wenn sie sich für den Einsatz von Imaginationen entscheiden.

Insgesamt ist der IF-KIP mit 14 Items ein ökonomischer Fremdeinschätzungsfragebogen. Hinsichtlich der kriteriumsbezogenen Validität liefern die Ergebnisse somit erste Hinweise, die sich in den vorliegenden Daten vor allem durch die Einschätzungen der Probeimaginationen ergaben. Gleichwohl behalten die allgemeinen Faktoren klinische Relevanz, da in der Versorgungspraxis nicht bei allen Patientinnen und Patienten eine Probeimagination durchgeführt wird. Dies gilt insbesondere, wenn Indikationsstellung und Behandlung durch verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten erfolgen, etwa in Hochschul- oder Ausbildungsambulanzen. In solchen Fällen können die allgemeinen Faktoren eine wichtige Grundlage für Indikationsentscheidungen bieten.

Vor diesem Hintergrund kann der IF-KIP bereits in der klinischen Praxis genutzt werden: Er erlaubt es Behandlerinnen und Behandlern, in kurzer Zeit jene Merkmale zu erfassen, die von KIP-Expertinnen und -Experten als indikationsrelevant benannt werden. Insbesondere auch in der Aus- und Weiterbildung für KIP und TP steht den Lernenden nun ein einfach anzuwendendes Instrument zur Verfügung, um Indikationsentscheidungen vorzubereiten oder abzusichern, bzw. im Einzelfall die Notwendigkeit einer Probeimagination erkennbar werden zu lassen.

Aus der Forschungsperspektive erlaubt der IF-KIP die Operationalisierung der in der Praxis gängigen KIP-Indikationskriterien für die Prozess-Ergebnis-Forschung. So ließe sich im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie zur KIP der Fragebogen nutzen, um empirisch zu prüfen, ob die im IF-KIP erfassten Fallmerkmale tatsächlich prädiktiv für einen besseren Behandlungserfolg in KIP-Behandlungen sind. Ein nächster Schritt zur systematischen Erforschung der differentiellen Wirksamkeit besteht in der prospektiven Prüfung der prädiktiven Validität des IF-KIP in einer randomisiert-kontrollierten Studie (KIP vs. psychodynamische Therapie ohne Imaginationen). In einer derzeit laufenden RCT (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04765800; vgl. auch Sell, Sachsse & Benecke, 2024) wird der IF-KIP vor Randomisierung erhoben, um zu testen, ob die IF-KIP-Merkmale den Behandlungserfolg moderieren. Zeigt sich ein signifikanter Interaktionseffekt von Treatment und IF-KIP-Score, lässt sich prüfen, ob Patientinnen und Patienten mit „typischem“ IF-KIP-Profil stärker von KIP profitieren, während solche mit „atypischem“ Profil eher von Therapie ohne Imaginationen profitieren.

Limitationen

Bislang wissen wir nicht, ob die Indikationsstellung mit Hilfe des IF-KIP tatsächlich zu besseren Therapieergebnissen führt. Die aktuellen Ergebnisse enthalten Kriterien, die von Fachpraktikern und -praktikerinnen für den Einsatz von KIP als bedeutsam angesehen werden. Die vorliegende Studie liefert Hinweise, dass wir in unserer Stichprobe den Einsatz von KIP mit einer hohen Genauigkeit durch die Beschreibungen abbilden konnten, solange eine Probeimagination durchgeführt wurde und Einschätzungen dieser vorlagen. Einerseits können wir davon ausgehen, dass Praktikerinnen und Praktiker das Verfahren nur dann anwenden, wenn sie aufgrund ihres impliziten Handlungswissens (clinical wisdom) davon ausgehen, dass sich die Methode als wirksam erweisen wird. Andererseits könnte die persönliche Nähe zur eigenen Methode die Therapeutinnen und Therapeuten auch zu übermäßig optimistischen

Einschätzungen der Erfolgsaussichten bei einigen Patientinnen und Patienten führen oder zur Vernachlässigung anderer, vielleicht sogar wirksamerer, Alternativen. Um die Frage nach der prädiktiven Validität der KIP-Indikationskriterien explizit und empirisch zu beantworten, ist eine RCT-Studie zur differentiellen Wirksamkeit von ambulanter KIP notwendig.

Weiterhin sollte die strukturelle Validität (Modellgüte) des IF-KIP erneut in einer von der Instrumentenentwicklung unabhängigen Stichprobe überprüft werden. Hierbei sollten aktuelle Patientinnen und Patienten eingeschätzt werden anstatt erinnertes. Bei erinnerten Patientinnen und Patienten ist ein Recall Bias zu erwarten, sodass möglicherweise eher prototypische Fälle beschrieben werden. Die Kovarianz der Merkmale solcher prototypischen Patientinnen könnte sich unterscheiden von der Gesamtpopulation an Patientinnen – wodurch die Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt wäre. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Einschätzungen der Items und die Information über den Einsatz von KIP von denselben Therapeutinnen stammen. Insofern handelt es sich weniger um eine echte Vorhersage, sondern eher um die Abbildung von Zusammenhängen innerhalb derselben Datenquelle. Dies kann zu einer Überschätzung der Vorhersagegenauigkeit führen (Overfitting). Ob sich die hohe Genauigkeit der logistischen Regressionsmodelle in unabhängigen Stichproben und in prospektiven Designs replizieren lässt, muss daher in zukünftigen Studien überprüft werden.

Die bisherigen Daten deuten darauf hin, dass die Durchführung von Probeimaginationen eine wichtigere Rolle bei der KIP-Indikationsstellung spielt als allgemeine Merkmale des Falls. Ob dieser Befund Bestand hat, wäre unbedingt durch zukünftige Studien mit dem IF-KIP zu prüfen, da dies Implikationen für die Praxis der KIP-Indikationsstellung haben könnte.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000367>

ESM 1. Kategoriensystem zur Indikationsstellung Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) gemäß Interviews mit Lehrtherapeutinnen und -therapeuten.

ESM 2. Vorhersage der gewählten Behandlungsmethode durch Faktorscores der allgemeinen IF-KIP Skalen.

ESM 3. Vorhersage der gewählten Behandlungsmethode durch Faktorscores der allgemeinen und imaginations-spezifischen Skalen.

ESM 4. Vorhersage der gewählten Behandlungsmethode durch Faktorscores der imaginations-spezifischen Skala.

ESM 5. Konfusionsmatrizen der Vorhersagen, ob eine psychodynamische Behandlung mit (KIP) oder ohne KB durchgeführt wurde.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg., 2023). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-3: Das Manual für Diagnostik und Behandlungsplanung*. Bern: Hogrefe.
- Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of therapy. In P. L. Wachtel & S. B. Messer (Eds.), *Theories of psychotherapy: Origins and evolution* (pp. 227–288). Washington, D. C.: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10239-006>
- Bahrke, U. & Nohr, K. (2018). *Katathym Imaginative Psychotherapie. Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien*. Stuttgart: Springer.
- Bauckhage, J. & Sell, C. (2021). When and for whom do psychodynamic therapists use guided imagery? Explicating practitioners' tacit knowledge. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24(3), 306–319. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.577>
- Boswell, J. F., Newman, M. G. & McGinn, L. K. (2019). Outcome research on psychotherapy integration. In J. C. Norcross, M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 405–431). New York: Oxford University Press.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. London: SAGE.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dieckmann, M., Dahm, A. & Neher, M. (2021) (Hrsg.). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. München: Elsevier.
- Fonagy, P. (2010). The changing shape of clinical practice: Driven by science or by pragmatics? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(1), 22–43. <https://doi.org/10.1080/02668731003590139>
- Friedrichs-Dachale, A. & Ullmann, H. (2020). Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP): Eine systematisch aufgebaute, vielseitig anwendbare Methode der psychodynamischen Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 19(2), 153–173. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/10.21706/pdp-19-2-153>
- Henkel, M., Zimmermann, J., Künecke, J., Remmers, C. & Benecke, C. (2018). Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 107–117. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000346>
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kottje-Birnbacher, L. (1992). Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 37(3), 164–173.
- Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U. & Wilke, E. (2010) (Hrsg.). *Psychotherapie mit Imaginationen*. Bern: Huber.
- Leuner, H. (1954/2012). *Katathym Imaginative Psychotherapie. Grundstufe – Mittelstufe – Oberstufe*. Bern: Huber.
- Luborsky, L. (1998). The Relationship Anecdotes Paradigm (RAP) interview as a versatile source of narratives. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The CCRT method* (pp. 102–113). New York: Basic Books.

- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. Garden City, NY: Doubleday & Company, Inc.
- Rosseeel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA). *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- R Core Team (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. R foundation for statistical computing. Verfügbar unter: <http://www.R-project.org/>
- Revelle, W. & Revelle, M.W. (2015). Package 'Psych'. *The comprehensive R archive network*. Verfügbar unter: <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/index.html>
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2010). Katathym-imaginative Psychotherapie KIP als traumazentrierte Behandlung. In L. Kottje-Birnbacher, U. Sachsse & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie mit Imaginationen* (S. 293–308). Bern: Huber.
- Sell, C., Möller, H. & Taubner, S. (2018). Effectiveness of integrative imagination- and trance-based psychodynamic therapies: Guided imagery psychotherapy & hypnotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/int0000073>
- Sell, C. & Warsitz, R.-P. (2018). Dialektik der Psychotherapieforschung: Eine Kritik gegenwärtiger Positionen zum Verhältnis von Psychoanalyse und Wirksamkeitsforschung. *Forum der Psychoanalyse*, 34:4, 419–439. <https://doi.org/10.1007/s00451-017-0286-7>
- Sell, C. & Benecke, C. (2020). Methodenintegration in der psychodynamischen Psychotherapie: Möglichkeiten, Grenzen und neue Möglichkeiten. *Psychodynamische Psychotherapie*, 19(2), 185–200. <https://doi.org/10.21706/pdp-19-2-185>
- Sell, C., Sachsse, U. & Benecke, C. (2024): Differential efficacy of guided imagery psychotherapy – Protocol for a non-inferiority trial with patient-component matching. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 70(4), 370–387. <https://doi.org/10.13109/zptm.2024.70.4.370>
- Ullmann, H., Friedrichs-Dachale, A., Bauer-Neustädter, W. & Linke-Stillger, U. (2016). *Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wampold, B. E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
- Watzke, B., Rüdell, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B. et al. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(2), 96–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072835>

Onlineveröffentlichung: 30.04.2026

Ethische Richtlinien

Eine schriftliche Einverständniserklärung liegt von allen, an der Umfrage Beteiligten vor. Das Forschungsprojekt ist von der zuständigen Ethikkommission ethisch und rechtlich beraten worden.

Open Science

Open Data: R-Skripte der Analysen sind in einem Repository des Open Science Frameworks hinterlegt: <https://osf.io/5k84q/>





Danksagung

Wir möchten allen teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten sowie den Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie (DGKIP) und Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), für ihre Unterstützung dieser Forschung herzlich danken.

Förderung

Die Universität Kassel hat für die Durchführung dieser Studie Drittmittel von der *Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie* (DGKIP) erhalten. Die DGKIP hatte keinerlei Einfluss auf das Studiendesign, die Analyse der Ergebnisse oder die Entscheidung zur Publikation der Ergebnisse.

ORCID

Christian Sell
 <https://orcid.org/0000-0002-8460-3946>
 Steffen Müller
 <https://orcid.org/0000-0002-9177-6300>
 Ulrich Sachsse
 <https://orcid.org/0009-0006-4705-8869>
 Cord Benecke
 <https://orcid.org/0000-0002-7977-5102>

Jun.-Prof. Dr. Christian Sell

Internationale Psychoanalytische
 Universität Berlin
 Stromstraße 3b
 10555 Berlin
 Deutschland
christian.sell@ipu-berlin.de