

# IMAGINATION

1 | 2018

Alle Rechte vorbehalten  
[www.oegatap.at](http://www.oegatap.at)

**Hans-Geert Metzger** Die Veränderung der Vater-  
schaft – Konflikte um Aggression und Autorität

**Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber**  
Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym  
Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen.  
Teil 2 der Studienergebnisse – Veränderungen

**Eveline Schöpfer-Mader** Bemerkungen zur Wirk-  
samkeitsstudie in der ÖGATAP – Vorbereitung und  
Begleitung

**Christian Sell, Svenja Taubner, Heidi Möller**  
Praxisstudie zu Katathym Imaginativer Psycho-  
therapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener  
Psychotherapie

## Impressum

Die **Imagination** ist eine wissenschaftliche Publikation der Internationalen Gesellschaft für Katathymes Bilderleben IGKB und das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP).

**Herausgeber und Eigentümer:** ÖGATAP – Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie  
1070 Wien, Kaiserstraße 14/13  
Tel.: 01/523 38 39, Fax: 01/523 38 39-10

**Redaktionsanschrift:** ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13, E-Mail: [imagination@oegatap.at](mailto:imagination@oegatap.at)

### Redaktion:

Dr. Hermann Pötzt (Leitung)  
Dr. Michael Harrer  
Dr. Barbara Hauler  
Mag. Eveline Schöpfer-Mader  
Lic.phil. Anna Sieber-Ratti  
Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Brigitte Spreitzer

### Wissenschaftlicher Beirat:

Ulrich Bahrke, Halle  
Monika Bürgi, Basel  
Margret Flores d'Arcais-Strotmann, Amsterdam  
Jadranka Dieter, Wien  
Wilfried Dieter, Wien  
Elfriede Fidal, Wien  
Susanne Frei, Wien  
Heinz Hennig, Halle  
Hans Kanitschar, Wien  
Leonore Kottje-Birnbacher, Düsseldorf  
Wolfgang Ladenbauer, Wien  
Matthias Mende, Salzburg

Mathilde Pichler, Wien  
Claudius Stein, Wien  
Michael Stigler, Lausanne  
Harald Ullmann, Karlsruhe  
Eberhard Wilke, Malente

**Erscheinungsweise:** Viermal jährlich

**Verlag:** Facultas Verlags- und Buchhandels AG,  
1050 Wien, Stolberggasse 26, Tel.: 01/310 53 56

**Druck:** Facultas Verlags- und Buchhandels AG

**Layout und Satz:** Gerhard Krill, 1060 Wien;  
E-Mail: [grafik@krill.at](mailto:grafik@krill.at); <http://www.krill.at>

**Bezug:** Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie im Jahresmitgliedsbeitrag eingeschlossen. Abonnements und Einzelhefte können über jede Buchhandlung oder über die ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13, bezogen werden.

**Jahresabonnements:** € 34,-, Einzelpreis: € 10,-,  
Doppelnummer: € 20,-

**Inseratenannahme:** Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 1050 Wien, Stolberggasse 26  
Tel.: 01/310 53 56

**Copyright:** Alle Rechte vorbehalten. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechanischen Wiedergabe und Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet.

ISSN 1021-2329

## Offenlegung gemäß Mediengesetz, 1. Jänner 1982

**Nach § 25 (2):** **Imagination** ist zu 100 % Eigentum der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13.

**Ziele der Gesellschaft:** Ausbildung gemäß den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes vom 7.6.1990 in psychotherapeutischen Methoden.

**Vorstandsmitglieder ÖGATAP:** 1. Vorsitzender: Dr. Bernhard Brömmel; 2. Vorsitzende: Mag. Monika Pomberger-Kugler; Ausbildungsleiterin: Dr. Elisabeth Brunner-Karré; Schriftführerin: Mag. Angela Teyrowsky; Kassier: Wolfgang Schnellinger;

KandidatInnenvertretung: Mag. Barbara Paulus, Mag. Veronika Gindl; DozentInnenvertretung: Dr. Magdalena Grünewald; TherapeutInnenvertretung: Mag. Clara Bretschneider, Mag. Regina Zörer-Turetschek

**Nach § 25 (3):** keine

**Nach § 25 (8):** **Imagination** vertritt die Anliegen der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie und soll über verschiedene Therapiemethoden und vor allem deren Anwendung in der Praxis informieren.

# IMAGINATION

40. Jahrgang, Nr. 1 | 2018

**Editorial** 3

*Hans-Geert Metzger*

**Die Veränderung der Vaterschaft – Konflikte um Aggression und Autorität** 5

*Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber*

**Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Teil 2 der Studienergebnisse – Veränderungen** 23

*Eveline Schöpfer-Mader*

**Bemerkungen zur Wirksamkeitsstudie in der ÖGATAP – Vorbereitung und Begleitung** 40

*Christian Sell, Svenja Taubner, Heidi Möller*

**Praxisstudie zu Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie** 46

**Rezensionen** 97

**Nachruf: Dan Pokorny (1951–2017)** 102



# Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Bevor ich Ihnen die Arbeiten dieses Heftes kurz vorstelle, möchte ich Ihnen eine Veränderung in unserem Redaktionsteam bekannt geben. *Harald Ullmann* hat mit Anfang des heurigen Jahres seine Mitarbeit im Redaktionsteam nach mehr als 10 Jahren zurückgelegt. Wie er uns mitteilte, steht dieser Schritt in Zusammenhang mit größeren Umstrukturierungen seiner Tätigkeiten insgesamt. Harald Ullmann hat sich mit seiner frischen und kreativen Art immer wieder sehr engagiert in das Redaktionsgeschehen und die Gestaltung der Imagination eingebracht. Dafür sei ihm sehr herzlich gedankt. Ganz verloren ist er uns nicht, im wissenschaftlichen Beirat wird er weiterhin mit seinen Erfahrungen und Anregungen zur Verfügung stehen.

Als Nachfolgerin arbeitet ab jetzt *Barbara Hauler* in unserem Team mit. Barbara Hauler ist ja vielen von uns aus Seminaren, Vorträgen und Publikationen bekannt. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit!

Nun aber zu den Beiträgen in diesem ersten Heft 2018:

Der erste Artikel »Die Veränderung der Vaterschaft – Konflikte um Aggression und Autorität« stammt von *Hans-Geert Metzger* und ist der überarbeitete Vortrag vom 17. November 2017 in Wien. Darin spannt der Autor einen weiten Bogen vom Vater als signifikante Person im Rahmen der individuellen Lebensgeschichte über die erweiterte gesellschaftliche Bedeutung von Vaterschaft. Er zeigt, wie Vaterschaft ein ganzes Spektrum von Herrschaft des Patriarchats bis zur Reduktion auf die Samenzelle umfasst und wie der »schlechte Ruf« von Autorität und Aggression das Vaterbild verändert hat. Die Auswirkungen werden sehr anschaulich diskutiert und ein differenziertes Vaterbild entwickelt.

Die beiden folgenden Artikel sind Wirksamkeitsstudien und Beiträge der Psychotherapieforschung.

Der erste Beitrag von Frau *Brigitte Fiala-Baumann* und Frau *Eva Bänninger-Huber* ist der zweite Teil einer Studie zur »Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Kathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen«. Der erste Teil erschien bereits im Heft 4/2016. Nun liegen die Ergebnisse vor: Die Daten zeigen, dass KIP bei Jugendlichen eine wirkungsvolle und nachhaltige Behandlung darstellt, die Symptome haben sich maßgeblich verringert und das Beziehungsleben deutlich verbessert.

Im Anschluss daran folgt der Projektbericht der »Praxisstudie zu Kathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie« von *Christian Sell, Svenja Taubner und Heidi Möller*. Darin sind Hintergrund, Aufbau und Ergebnisse dieser naturalistischen Untersuchung zu Behandlungstechnik, moderierenden Faktoren und Wirksamkeit unserer drei Psychotherapiemethoden dargestellt.

Dem vorangestellt ist ein von *Eveline Schöpfer-Mader* verfasster Rückblick über die vielfältigen Vorbereitungen und verschiedenen Begleitmaßnahmen dieser ÖGATAP-Studie. Er zeigt wie aufwendig, vielgestaltig und anregend die Durchführung dieser Studie für uns alle war.

Am Ende dieses Heftes finden Sie noch zwei Buchrezensionen und einen Nachruf auf unseren kürzlich verstorbenen Kollegen Dan Pokorny.

Mit lieben Grüßen,

*Hermann Pötz*

# Die Veränderung der Vaterschaft – Konflikte um Aggression und Autorität

Hans-Geert Metzger

## 1. Dimensionen der Vaterschaft

Vaterschaft ist ein weitläufiges und vielschichtiges Thema. Jeder Mensch hat einen Vater, wenn auch die jeweiligen Erfahrungen sehr unterschiedlich sein werden. Aber da der Vater gemeinsam mit der Mutter am Ursprung des Lebens steht, entsteht eine einzigartige Form der Verbindung, die sich lebenslang auswirken wird. Auch die eigene Elternschaft ist eine prägende Erfahrung. Denn bei jeder Frau und bei jedem Mann fließen, wenn sie an eine eigene Elternschaft denken, die Erfahrungen mit dem Vater ein. Diese generationale Verbindung ist auch dann nicht unterbrochen, wenn das Kind einen Vater hat, der auf eine sogenannte Samenspende reduziert wurde oder bei dem andere reproduktionsmedizinische Techniken beteiligt sind.

Schon an dieser Stelle will ich einen ersten Einschub machen. Denn der Hinweis auf die Zeugung, also auf die menschliche Natur, könnte zu dem Einwand führen, ich würde biologistisch argumentieren. Aber bei Kindern spielt immer die Frage nach der Herkunft, nach ihrem Ursprung eine wesentliche Rolle. Sie wollen wissen, von wem sie abstammen. Deswegen sind so viele Kinder, die mit einer Samenspende gezeugt wurden, auf der Suche nach dem leiblichen Vater. Als Psychoanalytiker gehe ich davon aus, dass zu der Repräsentanz des Vaters mehrere Faktoren beitragen: die kindliche Vorstellungswelt wird sowohl von den biologischen Eigenheiten des Geschlechts wie auch von unbewussten Zuschreibungen *und* sozial konstruierten Rollen- und Geschlechtsmodelle geprägt.

Natürlich ist der Vater nicht auf Biologie zu reduzieren. Er spielt eine ähnlich umfassende Rolle wie die Mutter. In der Vorstellung ist er immer vorhanden und daher ist die väterliche Repräsentanz schon vom ersten Gedanken an

---

Vortrag bei der ÖGATAP in Wien am 17. II. 2017. Überarbeitete Fassung.

beteiligt, wenn sich Frau und Mann mit dem Wunsch nach einer Schwangerschaft beschäftigen.

Einen Vater zu haben oder ein Vater zu sein – das ist eine basale Erfahrung, die die Einstellung zum Leben prägt. Zugleich aber gibt es eine *zweite* Bedeutungsebene für das Verständnis von Vaterschaft, die zwar mit der persönlichen Erfahrung korrespondiert, aber doch darüber hinausgeht. Denn über die subjektive Erfahrung hinaus ist der Vater tief in kulturellen und sozialen Vorstellungen repräsentiert. Wir sprechen immer noch, wenn auch nicht mehr mit der Inbrunst vergangener Jahrzehnte, vom Gott Vater, vom Vaterland oder vom Vater Staat. Öffentliche Personen, wie zum Beispiel Unternehmer in der Frühzeit des Kapitalismus, sollten eine väterliche Verantwortung für die bei ihnen beschäftigten Arbeiter wahrnehmen.

Diese erweiterte Funktion des Vaters ist auch schon bei Sigmund Freud angelegt. Er sah einerseits in seiner klinischen Arbeit die Bedeutung des persönlichen Vaters, wenn er z. B. die ödipale Bedeutung des Vaters in der Behandlung des kleinen Hans (1909a) analysiert hat. Darüber hinaus hat er aber immer auch versucht, Vaterschaft kulturell zu verankern, indem er in »Totem und Tabu« (1912) den Mythos eines Urvaters in der Menschheitsgeschichte entwirft, der von den Söhnen zunächst bekämpft und umgebracht, nach seinem Tod aber idealisiert wird. In dieses Bild einer archaischen Väterlichkeit passt auch der Urvater Kronos in der griechischen Mythologie, der seine Söhne umbrachte, damit sie ihn nicht beerben konnten, bis sie ihn schließlich selbst beseitigten.

Die gesellschaftliche Dimension der Vaterschaft fließt in die Theorien zur Bedeutung des Vaters ein. Sowohl die Vaterschaft wie auch die gesellschaftlichen Vorstellungen von Väterlichkeit sind durch einen ausgeprägten sozialen und kulturellen Wandel gekennzeichnet. Das über viele Jahrhunderte gültige Bild des patriarchalen Vaters ist mittlerweile weitgehend partnerschaftlichen Vorstellungen gewichen. Besonders die Gewalterfahrungen im 20. Jahrhundert haben zur Erschütterung des patriarchalen Selbstverständnisses geführt. Viele Autoren sehen in der Katastrophe des Ersten Weltkrieges die entscheidende Abkehr von der Zuversicht, dass Vertreter des Patriachats in der Lage sein könnten, eine humane und friedliche Welt zu schaffen (Vgl. Verhaeghe 2015). Die Abdankung der klassischen Patriarchen, der Kaiser und Könige, die Auflösung ihrer Reiche und die Etablierung demokratischer Staaten, aber auch die erstarkende kommunistische Bewegung schufen Platz für neue soziale Ordnungen, aber sie führten auch zu Verunsicherung und zu Ängsten.

Schon Freud nahm diese Verunsicherung wahr, als er kurz vor Beginn des Ersten Weltkrieges bemerkte: »Die Autoritätssucht und innere Haltlosigkeit der Menschen können Sie sich nicht arg genug vorstellen. Die außerordentliche Vermehrung der Neurosen seit der Entkräftung der Religionen mag Ihnen ein Maßstab dafür geben« (1911, S. 109).

Es gibt aber auch eine grundsätzliche Skepsis, ob Väter zu einer selbstreflexiven, libidinös bezogenen Haltung überhaupt in der Lage sind. Sie bezieht sich auf das Festhalten am phallischen Narzissmus als Abwehr der Erfahrung früher Verletzlichkeit und Abhängigkeit. In diesem Kontext wird die historische Erfahrung der Destruktivität des Patriarchats angeführt. Vaterschaft erscheint untrennbar mit Narzissmus und mit den destruktiven Folgen des Narzissmus verbunden. Die innere Bindung an den Führer, an die Phallizität und die damit verbundenen Allmachtsvorstellungen führten unvermeidlich in die Destruktion. »Eine starke Vaterfigur und das Patriarchat sind nicht die Lösung, sondern vielmehr das Problem ... Der Narzissmus impliziert den Tod. Der primäre Narzissmus führt zu Suicid; der sekundäre Narzissmus führt zu Aggression und Mord. Das Desaster des Ersten Weltkriegs und die darauffolgenden Jahre zeugen von der Gewalt, die dem Patriarchat inhärent ist« (Verhaeghe 2015, S. 44f).

Es scheint, als sei der Autor überaus hellichtig gewesen. Denn nachdem das Primat des Patriarchats in der westlichen Welt in den vergangenen Jahrzehnten eigentlich schon überwunden schien und viele Menschen auch in anderen Kulturen auf demokratische Veränderungen drängten, gewinnen nun Autokraten, Diktatoren und destruktive Narzissten wieder eine beunruhigende politische Macht. Am stärksten ausgeprägt sind archaische Vorstellungen von männlicher Herrschaft und Gewalt in den fundamentalistischen moslemischen Bewegungen. Aber auch in den westlichen Demokratien hat die Rückkehr zu traditionellen männlichen Machtstrukturen ein verführerisches Potential.

Die Väter, so Verhaeghe, sind weder in der Lage, ihre Vollkommenheitsansprüche zu erfüllen noch können sie sich ihr Scheitern eingestehen, weder in der Vaterschaft noch in der Politik.

Der Autor schließt die Möglichkeit aus, dass Angst und Unsicherheit auch ertragen werden könnten. Er traut den Vätern diesen Reifungsprozess nicht zu: »Für gewöhnlich wird diese Möglichkeit zurückgewiesen. Eine typisch neurotische Reaktion auf den Zusammenbruch der Allmacht ist die Suche nach einem narzisstischen Ersatz in der erneuten Schöpfung eines imaginären Urvaters« (S. 58). »Die übliche neurotische Reaktion zielt darauf ab, die narzisstische Allmacht wiederherzustellen«. Eine seltenere Reaktion bestehe darin, die Einschränkung, die Unmöglichkeit, alles zu haben, »als gemeinsamen Nenner menschlichen Daseins anzuerkennen« (S. 59).

Leider schwächt der Autor seine historisch überaus schlüssige Argumentation, weil er nicht zwischen öffentlichen Vaterfiguren und konkreten Vätern und auch nicht zwischen autokratischen und demokratischen Strukturen unterscheidet. Er setzt das Patriarchat und den Vater synonym. Damit unterstellt er Männern eine kollektive, nicht behandelbare neurotische Reaktion. Er schließt Entwicklungsprozesse der Väter aus und bleibt auf den traditionellen Patriarchen und auf deren Machtansprüchen fixiert.

## 2. Vom Patriarchen zum »Samenspender«

Die soziale und kulturelle Veränderung im 20. Jahrhundert ist auch als eine Kritik an den patriarchalischen Konzepten von Männlichkeit und Väterlichkeit zu verstehen. Mit der Auflösung der Traditionen und der Kritik an begrenzenden Normen und Werten wird gerade auch das kulturell verankerte Verständnis von Väterlichkeit kritisiert.

An der Auflösung von Grenzen und Strukturen sind heute durchaus unterschiedliche gesellschaftliche Prozesse beteiligt. Insbesondere durch die Prozesse der Globalisierung, durch den weitgehend entfesselten Wirtschaftsliberalismus, durch die Infragestellung nationalstaatlicher Grenzen, aber auch durch die Ausdehnung geschlechtlicher Identitätskonzepte und deren Bedeutung für die Veränderung der Familie stellen sich neue gesellschaftliche Fragen nach dem Ausmaß struktureller Ordnung, nach Begrenzung und nach der Dynamik von Wandlungsprozessen.

Was vor nicht allzu langer Zeit im Bereich der Ökonomie, der Nationalität oder der Sexualität noch klar war, ist zunehmend infrage gestellt worden. Im Bereich der Ökonomie hat die Globalisierung zur Auflösung einengender Grenzen im Warenverkehr geführt. Daraus resultieren Arbeitsprozesse, die zu dem Leitbild des flexiblen Menschen und zu dem Abbau des Sozialstaats geführt haben. Auch digitalisierte Daten sollen jederzeit und überall verfügbar sein. Diese Prozesse haben im Kontext des technologischen Fortschritts zu einer *Ideologie einer möglichst unbegrenzten Verfügbarkeit* geführt.

Mit diesen Prozessen verändert sich auch das Verständnis der Familie. Wer Identität für ein sinnvolles Konstrukt gehalten hat, kann schon bald als hoffnungslos veraltet belächelt werden. Die Ideologie der unbegrenzten Verfügbarkeit findet sich in der Diskussion über sexuelle Identitäten und in der Reproduktionsmedizin wieder. Im Bereich der Sexualität erscheint das heterosexuelle Leitbild als zu normierend, um die Vielfalt sexueller Identitäten adäquat dazustellen. Durch die Auflösung traditioneller Familien werden neue Formen der Freiheit erwartet. Durch die Entwicklung der Reproduktionsmedizin werden biologische Grenzen aufgelöst und Kinder werden in neue familiäre Formen geboren.

Eingefrorene Eizellen, das von der Beziehung isolierte männliche Sperma, Leihmutterchaft und andere Verfahren führen dazu, dass am Anfang des Lebens die Medizintechnik statt einer intimen und libidinösen Beziehung steht. Reproduktionsmediziner sehen in der Regel nur das technisch Machbare und auch zunehmend ihre ökonomische Interessenslage. Gerade die Reproduktionsmedizin stellt ein prototypisches Beispiel für den gegenwärtigen technisch-manipulativen Umgang mit menschlicher Natur dar. Diese Manipulationen müssten in einer Narration, also einer Erzählung der Familiengeschichte, die für die Kinder nachvollziehbar ist, eingeholt werden (vgl. Metzger 2017).

Der Wunsch nach unbegrenzter Verfügbarkeit steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Credo der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung. Daher werden sie als ein gesellschaftlicher Fortschritt angesehen. Selbstbestimmung wird unmittelbar mit einem Zuwachs an Freiheiten gleichgesetzt. Allerdings wird in diesem Zusammenhang oft nicht mehr zwischen einem demokratischen und einem narzisstischen Freiheitsbegriff unterschieden. *Narzisstische Freiheit* stellt eine Form der Selbstverfügung dar, die primär auf den eigenen Vorteil achtet, diesen zu einem Gesetz erhebt und damit auch die Interessen und Grenzen anderer Menschen missachten kann. Autokraten handeln nach der Maxime, dass sie sich nicht durch die Achtung anderer Menschen einschränken lassen wollen. Unter dem Anspruch auf persönliche Freiheit wird in offener oder versteckter Form Macht ausgeübt. *Demokratische Freiheit* ist objektbezogener. Sie basiert auf Strukturen, die Willkür und Missbrauch einschränken sollen. Daher sollen Grenzen geachtet werden. Entscheidungsprozesse sind von Dialog- und Kompromissbereitschaft geprägt.

Der Wunsch nach Selbstbestimmung führt auch zu dem Ergebnis, dass Bindungsprozesse an Bedeutung verlieren und zunehmend als Behinderung angesehen werden. *Abhängigkeit* erscheint vielen Menschen nur als eine negative, zu vermeidende Erfahrung. Bindung setzt Grenzen und ermöglicht eine intime, persönliche Beziehung. Sie schließt andere, insbesondere narzisstische Befriedigungstendenziell aus. Begrenzung und Bindung sind in der Moderne, in der Welt des flexiblen, selbstbezogenen Menschen vielfach zu einem negativ besetzten Wert geworden. Dabei sind Bindungsprozesse eine Voraussetzung für den gesellschaftlichen und familiären Zusammenhalt. Bindung ist eine basale menschliche Erfahrung: Abhängigkeit ist in der frühen Kindheit eine existentielle, unvermeidliche Erfahrung, die sich in abgeschwächter Form auch in jeder Bindung wiederfindet.

Abhängigkeit und Bindung sind Voraussetzungen, um eine Beziehung, eben auch eine Vaterschaft einzugehen. Die Veränderung der Väterlichkeit befindet sich auch in einem Spannungsfeld zwischen Bindung und Vermeidung, zwischen Verantwortlichkeit und Selbstbezogenheit, also durchaus in der Verklammerung sozialer und psychischer Prozesse.

Weder das trotzige Beharren auf überkommenen Lösungen noch die grundsätzliche Infragestellung der Bedeutung des Vaters führt zu einer Lösung. Das Spektrum der Vaterschaft reicht von der Herrschaft des Patriarchen bis zur Reduktion auf das Sperma. Aber sowohl die verzweifelte Idealisierung des Patriarchen wie auch eine negative Fixierung auf den Vater greifen zu kurz. Denn sie berücksichtigen nicht die Bedürfnisse von Kindern, die sich in einem Entwicklungsprozess befinden und die dabei auf die Bereitschaft ihrer Eltern angewiesen sind, mit ihnen eine verbindliche und zugleich offene Beziehung einzugehen.

### 3. Die Erfahrung der Vaterschaft

Die Spannung um die gesellschaftliche Bedeutung der Vaterschaft wirkt natürlich auch auf die konkreten Väter zurück. Es gibt nicht mehr *den* Vater. Es gibt Männer, die ihre Rolle als Vater höchst unterschiedlich interpretieren. Zwar steht der Vater traditionell für Struktur und für Regeln. Aber es wäre verkürzt, den Vater lediglich auf eine repressive Form der Machtausübung reduzieren zu wollen.

Der britische Bluesgitarrist Eric Clapton wurde 1945 geboren. Sein Vater war ein kanadischer Soldat, der während des Krieges in England stationiert war. Die Mutter war eine 15-jährige Engländerin. Clapton lernte seinen Vater nie kennen. Er wuchs in der Familie der Mutter auf und dachte eine Zeitlang, seine Großeltern seien seine Eltern. Zugleich spürte schon früh, dass es ein Geheimnis um ihn gab. Er wurde ein gehemmter, unsicherer Jugendlicher, der erst in der Musik eine Heimat fand.

Auch wenn Clapton als Gitarrist schnell Erfolg hatte, blieb seine Unsicherheit doch spürbar. Auf der Suche nach Ersatzvätern idealisierte er ältere Musiker. Seine Mitspieler forderten ihn auf, mehr in den Vordergrund zu treten und öfters den Gesangspart zu übernehmen, was er aber scheute, weil er keine Verantwortung übernehmen wollte. Besonders belastend aber war eine schwere Alkohol- und Drogensucht, an der Clapton erkrankte. Die Sucht wird mit dem Tod zweier Freunde und der unerwiderten Liebe zu einer Frau in Verbindung gebracht. Diese Verluste konnte das vaterlos aufgewachsene Kind nicht mehr mit der Musik kompensieren. Über viele Jahre war Clapton haltlos dem Alkohol und den Drogen ausgeliefert, mit denen er vor seiner Einsamkeit und seiner Hilflosigkeit zu fliehen suchte.

Erst die Geburt seines ersten Sohnes und die dadurch geweckte Erinnerung an seine eigene, vaterlose Kindheit gaben ihm die Kraft, die Sucht aufzugeben.

»So langsam wurde mir bewusst, dass ich jetzt Vater war und allmählich mal erwachsen werden sollte ... dieses winzige, so ungeheuer verletzte Kind machte mir plötzlich klar, dass ich endlich aufhören musste, dauernd nur Mist zu bauen« (2012, S. 239f). Clapton musste immer wieder an seinen Sohn denken und an die »entsetzliche Möglichkeit, dass alles sich wahrscheinlich wiederholen würde, wenn ich es diesmal nicht hinbekam. Die Vorstellung, dass er selbst das alles einmal durchmachen müsste, war am Ende das Entscheidende. Ich musste die Kette zerreißen, ich musste ihm geben, was ich selbst nie wirklich gehabt hatte – einen Vater« (a. a. O., S. 242).

Die Biographie Eric Claptons ist ein Beispiel für einen vaterlos aufgewachsenen Jungen. Sie zeigt die Unsicherheit, die fehlende innere Struktur an haltgebender Autorität, an der vaterlos aufgewachsene Kinder oft leiden. Nun könnte man einwenden, dass uneheliche Kinder heute nicht mehr so stigmatisiert werden wie vor

siebzig Jahren. Sicher ist die soziale Akzeptanz größer geworden. Trotzdem bleibt festzuhalten, dass viele Kinder alleinerziehender Mütter vaterlos aufwachsen und darauf angewiesen sind, dass der innere Vater der Mutter, deren internalisiertes Männerbild es erlaubt, ein ausreichend gutes Vaterbild zu entwickeln. Auch fällt in vielen Fallbeispielen auf, dass es Eltern schwerfällt, ihren Kindern eine plausible Geschichte ihrer Zeugung zu erzählen, wenn dieser Prozess für sie selbst mit einem Geheimnis umgeben ist. Es sind eben nicht nur die sozialen Normen, die stigmatisieren können. Es sind auch die Scham- und Schuldgefühle der Eltern, die dazu führen, dass gescheiterte frühere Beziehungen oder missglückte Zeugungen vor den Kindern verschwiegen werden sollen.

Aus der Erfahrung abwesender Väter, auch aus der psychoanalytischen Erfahrung mit gescheiterten Vaterschaften erschließt sich unmittelbar, wie wichtig eine ausreichend gute Bevaterung für die Entwicklung des Kindes ist. Aber trotz dieser Erkenntnis ist Vaterschaft keine selbstverständliche Erfahrung mehr.

Es finden sich höchst unterschiedliche Vorstellungen. Auf der einen Seite des Spektrums steht der engagierte Vater, auf der anderen Seite verleugnen Väter ihre Bedeutung für die Entwicklung ihrer Kinder, indem sie eine übergroße Distanz halten. Dazwischen gibt es eine Vielzahl von unterschiedlichen Lösungen, die relativ unverbunden nebeneinander stehen.

Dabei lässt sich die Bedeutung des Vaters mittlerweile differenziert beschreiben. Der Vater ist nicht mehr nur der Mann, der autoritär Grenzen setzt und ansonsten dem Kind fremd bleibt. Die dichotome Zuordnung der Aufgaben von Vater und Mutter löst sich zunehmend auf. Der Vater kann im Leben seines Kindes verschiedene Bedeutungen annehmen, die von *Komplexität und Flexibilität* gekennzeichnet sind.

Das Kind trifft den Vater zunächst in dem internalisierten Vaterbild der Mutter. Aber schon während der Schwangerschaft ist es das Paar, das den Schritt zur Elternschaft gemeinsam vorbereiten kann. Aus den inneren Bildern der Eltern und aus den Erfahrungen mit der Schwangerschaft entwickeln sich erste Vorstellungen. Während der Schwangerschaft und nach der Geburt stellt der Vater einen Rückhalt für die Mutter dar, indem er Schutz und Sicherheit vermittelt. Etwa ab dem dritten Lebensmonat wird er von dem Baby als eigenständige Person erkannt. Er kann im Austausch mit der Mutter eine intensive Beziehung zu seinem Kind entwickeln. Auf der Basis der väterlichen Anerkennung und der narzisstischen Bestätigung entwickelt sich eine frühe Beziehung, die durch emotionale Zuwendung und Versorgung gekennzeichnet ist.

Am Ende seines Lebens kam Freud (1937) zu dem auch heute noch gern verwendeten Bild des Vaters, der als ein hinzukommender Dritter die frühe, körperlich bezogene Verbindung zwischen Mutter und Kind zur Kultur hin öffnet, indem er durch die Sprache ein trennendes Element einführt und damit die

Mutter-Kind-Dyade durch die Einführung gesellschaftlicher Symbole triangulär erweitert. In diesem Konzept baut er eine Dichotomie auf, in der die Mutter auf den Körper, der Vater hingegen auf den Geist bezogen ist. Aber anders, als es in diesem Bild formuliert ist, können sich die Eltern in der frühen Versorgung flexibel abstimmen, wenn auch die Mutter durch die Verbindung in der Schwangerschaft und durch das Stillen eine besondere Qualität behält.

Mit dem Vater kann sich ein Kontakt entfalten, welcher der Beziehung zur Mutter ähnlich, aber nicht gleich ist. Er kann eine große Nähe zu seinem Kind einnehmen, aber es ist eine andere Nähe zu der Mutter. Trotz aller gendertheoretischen Vorstellungen, der Körper sei sozial konstruierbar, bleibt es dabei, dass der Vater einen männlichen Körper hat, was das Kind auch durchaus wahrnimmt. In der Regel spielt er aktiver und risikoreicher. Er kann nicht die unabgegrenzte mütterliche Nähe eingehen, die sich in der Schwangerschaft und während des Stillens entwickelt hat. Ein Abstand bleibt.

Der Vater kann nicht Mutter sein, und umgekehrt. Aber Vater und Mutter können beidseitig väterliche und mütterliche Erfahrungen vermitteln.

Trotz aller Nähe in der frühen, im Erleben des Kindes vorwiegend dyadisch geprägten Beziehung kommt es schon bald zu einer ersten Trennungserfahrung, die der Junge ausgeprägter erlebt als das Mädchen. Denn der Junge muss im Verlauf der frühen Entwicklung realisieren, dass er die frühe körperliche Verbundenheit zur Mutter, die er durch Schwangerschaft und Stillen erlebt hat, nicht aufrechterhalten kann. Die Mutter hat einen anderen Körper. Der Junge muss seinen Körper, sein Geschlecht in der Differenz zur Mutter kennenlernen und besetzen. Dabei kann nun der Vater sehr hilfreich sein, indem er dem Jungen eine erste männliche Identität im Einklang mit dem Körper vermittelt.

Für die Tochter bedeutet der Vater die erste Erfahrung mit der Differenz, mit dem aufregend fremden Dritten, der ebenfalls den Weg aus dem mütterlichen Universum unterstützen kann.

Die erste, frühe trianguläre Krise ermöglicht auch einen anderen Blick auf die Mutter und kann die erste, weitgehend dyadische Beziehung ablösen. Die frühen dyadischen Omnipotenzfantasien werden durch die trianguläre Realität begrenzt.

Auf der Grundlage der frühen Triangulierung entwickelt sich im weiteren Verlauf mit dem Vater eine Dynamik zwischen *bezogener Nähe und fordernder Distanz*. In der Dynamik zwischen Nähe und Distanz kann er ein libidinös aufregendes Spiel eingehen. Aber er sollte zugleich Regeln und Grenzen für diesen Kontakt schaffen.

Eine partnerschaftliche Nähe zu dem Kind reicht alleine nicht aus. Das Kind braucht eine innere Sicherheit, die sich durch die Vertretung von Regeln und durch eine strukturierende Anleitung entwickelt. Eric Clapton haben diese Erfahrungen gefehlt. Diese Entwicklung mündet in der ödipalen Situation, in der der Vater die inzestuöse Grenze vertritt und dadurch zugleich den schon präödi-

angelegten Weg in die Triangulierung, in die Welt des symbolischen Raumes und der Denkprozesse öffnet. Das Gefühl der Vertrautheit wird durch die Grenzsetzung unterbrochen. Diese Ambivalenz prägt seine Rolle. In der väterlichen Beziehung findet ein *Wechselspiel zwischen Nähe und Distanz* statt (vgl. Blaß 2011). Die Beziehung zu Kindern wird von der Liebe getragen und führt zugleich zu dem Paradox der Verneinung, zu der Forderung nach notwendigen Begrenzungen und der Beachtung von Regeln.

Aus dieser Struktur entwickelt sich eine lebenslang tragende Beziehung, die für den Vater wie für das Kind gleichermaßen wichtig ist. Für das Kind wird er zu einer zweiten Bezugsperson, die sich von der Mutter unterscheidet, und die es dem Kind ermöglicht, seine Vorstellungen von der Paarbeziehung der Eltern in eine trianguläre Struktur zu überführen.

Der Vater kann seinerseits in der Beziehung zu seinem Kind persönlich bereichernde Erfahrungen machen, die für ihn in dieser Form in keiner anderen sozialen oder beruflichen Situation möglich sein werden.

#### **4. Destruktive und sublimierte Aggression**

Ich möchte nun auf zwei Bereiche eingehen, die unmittelbar miteinander in Verbindung stehen, und die im väterlichen Umgang mittlerweile kritisch gesehen werden: die Aggression und die Autorität.

Neben der selbstbewussten und flexiblen Gestaltung der Vaterschaft gibt es auch schlechte Erfahrungen. Die Männer haben sich die Veränderungsprozesse der letzten Jahrzehnte nicht freiwillig ausgesucht. Sie wurden wegen ihrer Macht und Vorherrschaft von den Frauen kritisiert und sie haben ihre patriarchale Dominanz verloren. Diese Entwicklung haben die meisten Männer nicht aktiv vorangetrieben, sondern eher passiv nachvollzogen. Auf diese Veränderung reagieren viele Männer nach wie vor eher *defensiv*. Sie lassen sich oft von Frauen sagen, wie sie sich verändern sollen. Eine selbstbewusste, aktive Gestaltung der Männlichkeit fällt oft schwer.

Diese Haltung hängt meiner Meinung nach mit einer Unsicherheit über die Bedeutung und Akzeptanz der eigenen *Aggression* zusammen. Männliche Aggression hat eine weitgehende gesellschaftliche Umwertung erfahren. Sie wird meist negativ bewertet. Männer werden schnell mit Machtmissbrauch und Gewalt in Verbindung gebracht.

Aggression und Autorität sind aber auch für Männer selbst, die nicht bestimmend sein und keine Distanz zu ihren Kindern aufbauen wollen, kritische Bereiche, weil sie sich von den Auswüchsen männlicher Aggressivität abgrenzen wollen.

Aggression ist ursprünglich nicht destruktiv und nicht verletzend. Aggression stellt ein aktives Zugehen auf den Anderen dar, wenn sie in eine libidinöse Beziehung eingebunden ist. Eine sublimierte Aggression kann z. B. in einer Initiative

münden, die Beziehungen gestaltet. Auch in der psychoanalytischen Arbeit sind Konfrontationen notwendig, die dem Patienten in seiner Selbsterkenntnis weiterhelfen, wenn sie, wie Winnicott formuliert, »ohne Vergeltungsanspruch und Rachsucht, aber im Bewusstsein eigener Stärke« gegeben werden (1971, S. 169).

Babys haben bereits wenige Wochen nach der Geburt einen starken inneren Drang, die Welt zu erkunden und zugleich ihr frühes Selbst gegenüber der Umwelt zu behaupten. »Es gibt eine angeborene Tendenz nichtdestruktiver Aggression, die Durchsetzungsfähigkeit und Autonomie fördert« (Hopf 2014, S. 287f). Es gibt auch sehr frühe Wutreaktionen. Aber es ist notwendig, diese Affekte von dem Wunsch, etwas zu zerstören oder anderen Schmerz zufügen zu wollen, zu unterscheiden. Destruktivität tritt deutlich später, etwa ab dem 9. Lebensmonat auf.

Die Erfahrungen in den frühen Beziehungen des Kindes stellen eine wesentliche Grundlage für die Formung der Aggressivität dar. Ein aggressives Potential ist immer vorhanden. Es lässt sich auch nicht durch gutgemeinte pädagogische Interventionen beseitigen. Es ist in der frühkindlichen Entwicklung angelegt und es ist entscheidend für den weiteren Entwicklungsprozess, ob und in welcher Form es symbolisiert und sublimiert, also sozialisiert werden kann. Dazu sind Begrenzungen und Strukturierung notwendig, die üblicherweise dem Vater zugeschrieben werden, die aber auch von den Eltern gemeinsam vermittelt werden können.

Werden diese Begrenzungen nur unzureichend vermittelt, dann ergeben sich oft Entwicklungsverläufe, in denen die Kinder übermäßig an die frühe Beziehung zur Mutter gebunden bleiben und dadurch der väterliche Beitrag nur unzureichend repräsentiert wird. In vielen klinischen Fallbeispielen findet sich mittlerweile diese Konstellation eines Festhaltens an narzisstischen Größenvorstellungen, an Besitzansprüchen und der Unfähigkeit, innere Spannungen zu ertragen und mit ihnen produktiv umzugehen, anstatt sie aggressiv auszuagieren oder sich aus der sozialen Welt zurückzuziehen.

#### **4.1. Defensiver Rückzug**

Im *defensiven Rückzug* verharrt der Mann in einer latent depressiv geprägten Beziehung und vermeidet eine als aggressiv empfundene Männlichkeit. Aggression findet eher als eine passiv-trotzige Verweigerung statt. Patienten bleiben oft an die mütterliche Beziehung gebunden, was zu einer Entwicklungshemmung und einem indirekten Ausagieren der Aggressivität führt.

*Herr C ist verheiratet und hat drei Kinder. Seine Frau warf ihm zunehmend vor, er sei nicht männlich genug. Nun hatte er selbst Angst um seine Potenz bekommen. Er musste ein potenzförderndes Mittel nehmen, wenn es dann doch einmal zum Sex kam. Als seine Frau ihm vorwarf, er sei devot, war eine Grenze überschritten und er suchte eine Therapie auf.*

*Als der Patient 10 Jahre alt war, starb sein Vater. Er hörte die Mutter nächtelang weinen und sein Ziel war es, wo immer und wie immer es ging, sie zu unterstützen. Er wollte, so sagte er, kein Weichei sein, aber der Beste aller Helfer.*

*Bei der Sorge um die Mutter blieb aber seine Adoleszenz auf der Strecke. Er konnte sich nicht auf ein gutes internalisiertes Vaterbild stützen und so blieben die Mädchen unerreichbar. In dem Dorf, in dem er aufwuchs, stand er z. B. abends sehnsuchtsvoll vor dem Haus, in dem die Tochter des Klavierlehrers wohnte, aber er konnte sie nicht ansprechen. Als er im Studium seine Frau kennenlernte, idealisierte er sie. Aber bald stellte sich heraus, dass sie an heftigen Ängsten litt und so wurde er wieder zum Helfer, der überaus rücksichtsvoll sich nach ihren Wünschen zu richten suchte.*

*In der Psychoanalyse verstand er, wie sehr ihm der Vater real und symbolisch gefehlt hatte und wie sehr ihn diese Lücke an die Mutter gebunden hatte. Er konnte seiner Frau zunehmend entschiedener entgegen treten und er konnte vor allem akzeptieren, dass er nicht ihre Angstneurose würde heilen können. Er wollte hilfreich sein, aber nicht mehr der Beste aller Helfer. Aus dieser Einsicht heraus entwickelte sich eine selbstbewusste Männlichkeit, die auch zu einem dichteren, tieferen Austausch in der Beziehung zu seiner Frau führte.*

#### **4.2. Phallischer Narzissmus**

Eine Fixierung des *phallischen Narzissmus* zeigt sich in einer übertriebenen Selbstdarstellung und dem Bedürfnis nach ständiger Selbstbestätigung. Die Rivalität mit Männern und die emotionale Ausbeutung von Frauen sollen die eigene Unsicherheit kompensieren. Diese Haltung soll vor allen Dingen dabei helfen, die frühen Verletzungen des eigenen Körperselbst und die ungelöste Beziehung zur Mutter zu überdecken (vgl. Diamond 2017). Solche Patienten leiden an einer unsicheren männlichen Identität, die zu einer instrumentellen Einstellung in Beziehungen führt. Die unverarbeitete Aggressivität verhindert reife Beziehungen, die von Empathie und Gegenseitigkeit geprägt wären.

*Herr B hatte tiefgreifende sexuelle Ängste. Seine genitalen Empfindungen waren in der sexuellen Vereinigung schwach ausgeprägt, er war gehemmt und sein Penis erschien ihm zu klein, um eine Frau befriedigen zu können. Er hatte die feste Überzeugung, dass die Frauen innerlich an einen Mann mit einem großen Penis gebunden sind und dass sie nur mit diesem eine Befriedigung erreichen könnten. In seiner inneren Auseinandersetzung war Herr B ständig mit anderen Männern beschäftigt, die ihm übermächtig erschienen. Aufgrund dieser Überzeugung war er nicht zu einer längeren Beziehung mit einer Frau in der Lage. Frauen dienten ihm lediglich dazu, seine Ängste zu bestätigen.*

*Um das Gefühl der phallischen Minderwertigkeit zu überdecken, hatte er ein unrealistisch aufgeblähtes Größenselbst entwickelt. Hatte er zunächst einige Vaterfiguren verehrt, so wusste er nun alles besser. In seiner Vorstellung – er war ein großer*

*Theoretiker – schrieb er einzigartige Werke, mit denen er alle anderen überflügelte und wurde zum Revolutionär, der die Welt vor einer destruktiven Entwicklung, rettete, während die satten und gleichgültigen Vaterfiguren sich nur um die Verteilung ihrer Forschungsgelder und den Ausbau ihrer Machtpositionen kümmerten.*

*Herr B sollte ein Mädchen werden. Das war keine unbewusste Vorstellung der Mutter, sondern sie hatte bis zur Geburt fest daran geglaubt und auch schon einen Mädchennamen ausgesucht. Als es dann doch ein Junge war, kümmerte sich die Mutter zwar intensiv um das Kind, aber sie ignorierte sein Geschlecht. Sie erkannte ihn nicht als Jungen an. Sie habe ihn zu einem weiblicheren Verhalten animieren wollen, sagt der Patient. Er hätte sich immer dagegen gewehrt, aber er habe keine Unterstützung bei seinem Vater gefunden. Der Vater war zwar beruflich erfolgreich, aber in der Familie galt er als schwach und entwertet, so dass der Patient bis heute von ihm enttäuscht ist. Herr B hatte unbewusst gespürt, dass die Mutter mit einem anderen Männerbild lebte, das nicht der Vater repräsentierte, sondern das offenbar von einer ambivalenten Bindung an ihren eigenen Vater stammte. Sie habe andere, großartige Männer in der Gesellschaft idealisiert. Der Vater war verachtet.*

*Herr B blieb an die Idealisierungen der Mutter gebunden. Vergeblich suchte er ihre Anerkennung als Mann. Er war in seiner Entwicklung mit dem Bild eines überaus potenten, mächtigen Mannes im Inneren der Mutter konfrontiert, während er selbst lieber ein Mädchen hätte sein sollen. Herr B lebte mit der fundamentalen Kränkung, nicht der Erwartung der Mutter zu entsprechen. Sein Größenselbst sollte dazu beitragen, von der Mutter endlich gesehen zu werden.*

*Im Verlauf der Analyse gelang es ihm dann doch in einer intensiven Arbeit an der Beziehung zur Mutter, eine Beziehung zu einer Frau aufzunehmen. Er konnte mit ihr sexuell verkehren und die Ängste um seine Potenz beruhigten sich zunehmend. Er konnte für sich selbst ein Gefühl als ein Mann in der Beziehung zu einer Frau empfinden. Allerdings blieb die Enttäuschung an den Vaterfiguren davon zunächst unberührt. Immer wieder konnte das narzisstische Größenselbst explodieren, bis es schließlich gelang, die Entwertung in der Übertragungsbeziehung anzusprechen und er – trotz seiner abstrakten und theoretischen psychoanalytischen Vorträge in der Analyse – anerkennen musste, dass ich der Analytiker bin, dass er dagegen seine Kompetenzen auf seinem eigenen Gebiet hat und dass er nicht immer und überall der Größte sein muss.*

Der Patient ist von einer Vaterschaft weit entfernt. Er war in einer hasserfüllten Beziehung an die Mutter gebunden. Der Vater wurde entwertet. Der unverarbeitete Hass auf die Mutter führte zu einem manischen Kampf um die Bestätigung phallisch-narzisstischer Größe.

Nicht umsonst scheuen viele junge Männer die Erfahrung der Vaterschaft. Als Vater wird der Mann mit der generationalen Abfolge konfrontiert. Die Zeit des adoleszenten Aufbruchs und der Ungebundenheit mündet in die Verantwortung für ein Kind. Aus der Paarbeziehung wird eine Triade. Dieser Prozess bringt den

Vater auch mit der eigenen Kindheit, mit seinen Verletzungen und Enttäuschungen in Berührung. Ungelöste Bindungen an die Mutter können die Beziehung zu der neuen Generation behindern. Der Vater sollte in den ersten Lebensjahren des Kindes vorwiegend mütterliche Anteile in sich zulassen können. Dazu braucht er eine Haltung, in der Aggressionen sublimiert sind und in der er in der Lage ist, die Erfüllung eigener Bedürfnisse zurückzustellen. Ungelöste Konflikte mit dem eigenen Vater behindern den Schritt, dem Kind selbst ein Vater zu sein. Vaterschaft kann durch narzisstische Bedürfnisse, durch Neid oder durch Projektionen verstellt werden. Erst die Selbstreflexion des Vaters, der selbstkritische Umgang mit eigenen aggressiven Anteilen ermöglicht einen bezogenen Umgang mit seinem Kind.

Aggression kann aber eben durchaus unterschiedliche Entwicklungswege gehen. Sie ist nicht nur durch manifeste Gewalt, durch Krieg oder Missbrauch gekennzeichnet. Meine Patienten hatten versucht, unmittelbare Gewalt gerade zu vermeiden. Beide litten an einer Kränkung, an der fehlenden Anerkennung ihrer Männlichkeit. Der eine wollte ein Helfer der Mutter sein, der andere hatte Angst vor seiner Aggressivität. Die Aggression hatte sich aufgrund der neurotischen Konflikte andere, indirektere Wege gesucht, die sicher keine gelungene Verarbeitung darstellten, die aber einen Kompromiss bei dem Versuch, eine Beziehung einzugehen und zu gestalten, bildeten. Im Verlauf der Analyse fanden sie einen konfliktfreieren Umgang.

## **5. Autorität und Beziehung**

Autorität ist ähnlich negativ assoziiert wie Aggression. Die Begriffe sind psychodynamisch miteinander verbunden. Autorität erscheint politisch oft als anstößig, denn sie enthält immer eine hierarchische Beziehung. Sie scheint nicht vereinbar mit dem Wunschbild egalitärer Beziehungen zu sein. Deshalb haben es viele Eltern schwer mit einer Vorstellung von Autorität. Aber ob sie es nun wollen oder nicht, werden sie es nicht verhindern können, dass ihre Kinder sie in der frühen Kindheit idealisieren. Für die Kinder stellen sie in dieser Zeit eine Allmacht, ein Vorbild, also auch eine Autorität dar. Also sollte man die Vorstellung der Autorität nicht auf den Missbrauch reduzieren, sondern im Kontext der Dynamik des Entwicklungsprozesses sehen. Dann ergibt sich eine andere Perspektive:

Ein hierarchisches Gefälle zwischen Eltern und Kind ist unvermeidlich. Die Notwendigkeit elterlicher Autorität ergibt sich aus der existentiellen Abhängigkeit des Kindes sowie aus der daraus entstehenden Angst vor dem Verlassenwerden. Schon Freud hat auf das Bedürfnis nach haltgebender Autorität hingewiesen, das sich aus der »lang anhaltende(n) Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit des kleinen Menschenkindes« ergibt (1910, S. 195). Eric Clapton wusste, was ihm fehlte. Kleine

Kinder brauchen Orientierung, Strukturen und Begrenzung, sonst verharren sie in einem grenzen- und strukturlosen Entwicklungsstillstand. Die Hierarchie ergibt sich aus dem generationalen Abstand.

Aber in dem Begriff der Autorität ist eine psychodynamische Spannung, eine *schillernde Doppeldeutigkeit* enthalten: die Autorität, die in der frühen Entwicklung notwendig war, wird in der Adoleszenz infrage gestellt. Um einen neuen, eigenen Bezugsrahmen zu entwickeln, muss der Jugendliche die Eltern attackieren und bestehende Strukturen infrage stellen (vgl. Staehle 2015).

In den Konflikten der Adoleszenz löst sich der Jugendliche von den Eltern und stellt die Idealisierungen der frühen Kindheit infrage. Diese Dynamik hat Freud für so wichtig gehalten, dass er sie mit dem Prozess der kulturellen Entwicklung verknüpft hat: durch die Ablösung von der Autorität der Eltern wird »erst der für den Kulturfortschritt so wichtige Gegensatz der neuen Generation zur alten geschaffen« (1905, S. 128).

»Die Ablösung des heranwachsenden Individuums von der Autorität der Eltern ist eine der notwendigsten, aber auch schmerzlichsten Leistungen der Entwicklung. Es ist durchaus notwendig, dass sie sich vollziehe, und man darf annehmen, jeder normal gewordene Mensch habe sie in einem gewissen Maß zustande gebracht. Ja, der Fortschritt der Gesellschaft beruht überhaupt auf dieser Gegensätzlichkeit der beiden Generationen« (1909b, S. 227).

Im Gegensatz zur autoritären Haltung, die nur die Dichotomie von Unterwerfung und Widerstand kennt, sieht Freud einen dritten Weg. Kultureller Fortschritt entsteht aus Objektbeziehungen heraus und nicht aus der narzisstisch geprägten Verachtung des Vaters. Dieser Fortschritt ist nicht naturwissenschaftlich-technisch hergestellt, sondern er entwickelt sich in der Dynamik der Beziehungen (vgl. Metzger 2013, S. 118ff). Nicht die Verachtung oder Verwerfung der Autorität führt zu diesem Fortschritt, sondern der Umgang mit dem Konflikt. Aus der Spannung zwischen Tradition und Kritik kann das adoleszente Neue entstehen. An die Stelle der asymmetrischen Beziehung der frühen Kindheit kann eine gegenseitige Wertschätzung und die Anerkennung des Anderen treten.

Bei diesem Prozess sind jedoch die Jugendlichen auch auf die Erwachsenen angewiesen. Wo die Eltern herausgefordert werden, sollten sie auch als Erwachsene der Herausforderung begegnen und nicht der große Bruder oder die große Schwester sein wollen. Beide Patienten, die ich geschildert habe, hatten keinen Vater, der sich ihnen auf dem Weg zur Mutter in den Weg gestellt hätte und ihnen dadurch geholfen hätte, ihren Platz als Mann und Vater in der Gesellschaft zu finden.

Wie im Umgang mit der Aggression spielt auch hier die Haltung der Eltern eine wesentliche Rolle. Es wäre eine einseitige Sichtweise, wenn man den Machtmissbrauch, den viele Kinder in den vergangenen Jahrzehnten von ihren Vätern erfahren haben, als einziges Modell väterlicher Autorität sehen wollte. Denn auch

Väter müssen sich ihrerseits Regeln und Gesetzen unterwerfen, wenn sie diese an ihre Kinder weitergeben wollen (vgl. Borens 2006). Nur Väter, die sich narzisstisch über das Gesetz stellen und sich dadurch selbst zum Gesetz erheben wollen, werden zu dem Diktator, mit dem der Vater oft identifiziert wurde.

Autorität sollte begründet sein. Der Vater sollte in der Lage sein, seine Wünsche nach Strukturierung und Begrenzung von sadistischen oder narzisstischen Machtbedürfnissen zu unterscheiden. Die Selbstreflexion führt zu der Erkenntnis, dass ein Machtpotential immer die Verführung zum Missbrauch darstellen kann, »dass in jedem von uns ein Tyrann und ein Sklave« zu finden ist (Sennett 2008, S. 169). Autorität sollte daher nicht auf die Wünsche des Vaters, sondern auf Perspektiven außerhalb des väterlichen Machtgefüges bezogen sein. Mit dieser Haltung bietet der Vater eine Beziehung an, die für eine produktive Konfliktlösung offen ist.

Autorität ist – so gesehen – kein festgefügter Zustand, sondern ein Geschehen in der Zeit, in einem Entwicklungsprozess. Die Akzeptanz der Autorität erkennt an, dass im Augenblick ein Anderer etwas besser kann oder besser weiß. Sie enthält eine dynamische Spannung, die kommunikativ gehalten werden muss. Dabei ist das Streben nach horizontaler Gleichheit immer auch durch Machtstrebungen gefährdet. Deshalb müssen Autorität, Dominanz und Gleichheit immer wieder neu verhandelt werden.

Paul Verhaeghe hat auch gegen Autorität grundsätzliche Einwände. Allerdings verwundert mich sein Lösungsvorschlag, der auf die Kritik an patriarchaler Autorität folgt. Seiner Meinung treten das Internet und die sozialen Medien an die Stelle überkommener patriarchaler Machtstrukturen. Er geht davon aus, dass die »digitale Revolution eine vertikale patriarchale Gesellschaft durch ein horizontales Big-Brother-Netzwerk« ersetzt (2015, S. 91). »Das Internet bringt uns weitaus mehr Demokratie als wir uns vielleicht vorstellen, und zwar horizontale Demokratie anstatt des traditionellen »demokratischen Zentralismus«« (S. 89f).

Offenbar macht der Kampf gegen das Patriarchat den Autor blind für die Verwerfungen des Internet. Mit den Internetkonzernen haben sich gerade unkontrollierte Machtstrukturen etabliert, die die Vorstellungen von Demokratie weitgehend missachten. Die Internetkonzerne sind zu Machtfaktoren geworden, die staatliche Strukturen zunehmend gefährden und die eben nicht demokratisch kontrollierbar sind. Auch wird durch das schöne Bild des Big-Brother-Netzwerks verleugnet, dass jegliche Daten, die wir digital preisgeben, kontrolliert, gesammelt und ökonomisch verwertet werden, und zwar ohne unsere Möglichkeit, diese Verwertung zu kontrollieren.

Mein zweiter Einwand betrifft den Umgangsstil in sozialen Netzwerken. Es ist doch eher selten, dass Differenzen und Konflikte argumentativ ausgetragen werden könnten. Wer eine kritische Meinung öffentlich vertritt, muss eher fürchten, von einem Shitstorm attackiert zu werden.

Die Auflösung traditioneller Bindungen hat auch dazu geführt, dass rohe und unsublimierte Affekte frei von jeder Rücksichtnahme geäußert werden. Im Schutz der Anonymität werden asoziale Affekte ausagiert, die von keinem rationalen Diskurs eingeholt werden können. Gerade an diesen Prozessen wird deutlich, dass die Auflösung von Strukturen nicht notwendig zu einer Auflösung des Machtmissbrauchs führt. Machtstrukturen verschwinden nicht, indem den Männern ihre patriarchale Macht genommen wird. Die Gewalt kann auch unter anderen Vorzeichen fortgesetzt werden.

Das Bild des Big-Brother-Netzwerks erinnert an die Bruderhorde, die Freud in »Totem und Tabu« beschrieben hat. Viele Akteure des Internet kommen mir wie eine solche Bruderhorde vor, die aber einen gemeinsamen Bezugspunkt, eine innere Verbindung verloren haben, wie sie in Freuds Text die Repräsentanz des Vaters darstellt. Die scheinbare Überwindung des Vaters in der Geschichtslosigkeit des Internet wird mit narzisstischem Hochmut gefeiert, ohne dass der Verlust noch wahrgenommen wird.

Solange Macht nicht selbstreflexiv hinterfragt wird, können internalisierte Machtstrukturen nicht abgebaut werden. Die Verführung zur Macht muss in einem kritischen Diskurs eingefangen werden. Narzissmus lässt sich nur durch ödipale Strukturen begrenzen. Dazu sind Regeln und Begrenzungen nötig, die auch mit Autorität vertreten werden müssen. Dazu gehört das Inzesttabu und die generationale Schranke. Aber auch in Bereichen wie z. B. in der Reproduktionsmedizin ist es wichtig, dass Grenzen diskutiert werden. Kultureller Wandel entsteht nicht aus der Auflösung von Strukturen, sondern er entwickelt sich in der Spannung zwischen Bewahren und Verändern.

Der Umgang mit der Autorität ist ein Anzeichen für einen lebendigen Umgang zwischen den Generationen. Weder das Beharren auf autoritärer Macht noch das ängstliche Zurückweichen vor dem Konflikt sind kreative Lösungen. Autorität muss sich in der Kritik bewähren. Vaterschaft zeigt sich in einer offenen und zugleich bezogenen Beziehung, zu der auch ein offener Diskurs gehört. Die väterliche Beziehung wird von der Liebe getragen, was allerdings auch eine kritische Beurteilung nicht ausschließt.

## Literatur

- Blaß, H. (2011): Der Vater als vertrauter Fremder. Zur dichotomen Stellung des Vaters. AKJP 151, 3/2011: 369–388
- Borens, R. (2006): Unser Vater/Vater unser. In: Dammasch, F., Metzger, H. G. (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt. Brandes & Apsel
- Clapton, E. (2012): Mein Leben. Frankfurt: Fischer
- Diamond, M. (2017): Männlichkeit – ein schwer zu fassender Begriff. Uranfängliche Verwundbarkeit, Mangel und die Herausforderungen der männlichen Entwicklung. In: Dammasch, F., Metzger, H. G. (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt. Brandes & Apsel
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW V
- Freud, S. (1909a): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. GW VII
- Freud, S. (1909b): Der Familienroman der Neurotiker. GW VII
- Freud, S. (1910): Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. GW VIII
- Freud, S. (1911): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. GW VIII
- Freud, S. (1912): Totem und Tabu. GW IX
- Freud, S. (1937): Der Mann Moses und die monotheistische Religion. GW XVI.
- Hopf, H. (2014): Die Psychoanalyse des Jungen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Metzger, H. G. (2013): Fragmentierte Vaterschaften. Über die Liebe und die Aggression der Väter. Frankfurt: Brandes & Apsel
- Metzger, H. G. (2017): Künstliche Befruchtungen, neue Sexualitäten und die Bedeutung der heterosexuellen Urszene. In: Dammasch, F., Metzger, H. G. (Hrsg.): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt. Brandes & Apsel
- Metzger, H. G., Dammasch, F. (Hrsg.) (2017): Männlichkeit, Sexualität, Aggression. Zur Psychoanalyse männlicher Identität und Vaterschaft. Gießen: psychosozial
- Sennett, R. (2008): Autorität. Berlin: berlinverlag
- Staehe, A. (2015): Sohn und Vater. Der Tod des Vaters in der Adoleszenz und seine Auswirkung auf die Identitätsentwicklung des Sohnes. AKJP 3/2015
- Winnicott, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta
- Verhaeghe, P. (2015): Narziss in Trauer. Das Verschwinden des Patriarchats. Wien: Turia & Kant

## Zusammenfassung:

Seit dem Verlust der patriarchalen Selbstgewissheit sind Männer auf der Suche nach einem schlüssigen Selbstbild. Daraus resultieren verschiedene Entwürfe zur Vaterschaft: Partnerschaft ist angesagt, Autorität ist zunehmend verpönt und manchmal scheint Vaterschaft insgesamt überflüssig geworden zu sein. Offen ist insbesondere die Frage, ob strukturierende und begrenzende Funktionen im Entwicklungsprozess des Kindes notwendig sind und wie sie mit einer liebevollen Einstellung zu vereinbaren sind. Vor dieser Entwicklung ziehen sich viele Männer in ein Vermeidungsverhalten zurück, indem sie z. B. eine passiv-trotzige oder eine phallisch-narzisstische Abwehrhaltung einnehmen. Gegen diese Tendenzen wird ein differenziertes Vaterbild entwickelt. Werte wie Grenzsetzung oder Autorität

werden sowohl in Bezug auf ihre entwicklungspsychologische Bedeutung wie auch auf ihre kritische Infragestellung diskutiert.

**Schlüsselwörter:**

Bedeutung des Vaters – Entgrenzung als gesellschaftlicher und psychischer Fortschritt – haltgebende Funktion der Autorität – Abbau von Machtstrukturen.

**Autor:**

Dr. phil. Hans-Geert Metzger

Psychoanalytiker (DPV) in eigener Praxis in Frankfurt. Lehre und Forschung u. a. an der Universität Frankfurt und in der psychoanalytischen Ausbildung. Leiter des AK »Psychoanalyse des Jungen und des Mannes« in der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung

# Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen

## Teil 2 der Studienergebnisse – Veränderungen

Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber  
Universität Innsbruck

### 1. Einleitung

Der Ansatz der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren bei vielen TherapeutInnen auf großes Interesse gestoßen. Die positiven Erfahrungen mit diesem vielfältigen und kreativen Verfahren lassen vermuten, dass es sich dabei auch bei dieser PatientInnengruppe um eine sehr wirksame therapeutische Methode handelt. Bisher wurde die positive Wirksamkeit der KIP ausschließlich bei Psychotherapien mit Erwachsenen nachgewiesen (v. Wietersheim et al. 2003, Sachse et al. 2016, Sell et al. 2017). Aus diesem Grund wurde eine größere empirische Studie durchgeführt, welche den Beleg der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit dieser Therapieform bei Jugendlichen zum Ziel hatte (Fiala-Baumann 2017).

Die Studie wurde als naturalistische, prospektive Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten konzipiert. Der erste Messzeitpunkt (T<sub>1</sub>) fand zu Beginn der Behandlung, der zweite nach einem halben Jahr (T<sub>2</sub>) und der dritte nach einem Jahr (T<sub>3</sub>) statt. Eine Katamnese (T<sub>4</sub>) erfolgte ein halbes Jahr nach Abschluss der Behandlung. Eine klinische Gruppe von Jugendlichen (N=30) wurde mit einer Kontrollgruppe (N=46) nicht behandelter Jugendlicher verglichen. Die klinische Gruppe umfasste 21 Mädchen und 9 Jungen. Die häufigsten Erstdiagnosen waren Angststörungen und depressive Störungen. Sechs Mädchen litten unter Essstörungen. Das psychosoziale Funktionsniveau wurde bei 14 Jugendlichen als »mäßig«, bei 10 Jugendlichen als »leicht« und bei vier Patienten als »ernsthaft« beurteilt (siehe auch Fiala-Baumann & Bänninger-Huber 2016, S. 45). Die Behandlungen wurden zwischen 2013 und 2015 von erfahrenen KIP-TherapeutInnen in

Österreich und Südtirol durchgeführt, und zwar von 16 weiblichen Therapeutinnen und 2 männlichen Therapeuten.

Zur Einschätzung von Symptombelastung und Beziehungserleben durch die Jugendlichen und die Eltern wurden verschiedene Instrumente eingesetzt. Diese umfassten verschiedene standardisierte Fragebögen sowie halbstrukturierte Interviews. Um den Besonderheiten der therapeutischen Technik der KIP Rechnung zu tragen, wurde das KIP-spezifische Motiv der Blume ebenfalls im Längsschnitt eingestellt und ausgewertet. Das exakte methodische Vorgehen in dieser Studie sowie die Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns wurden bereits ausführlich in dieser Zeitschrift dargestellt (Fiala-Baumann & Bänninger-Huber 2016). In diesem zweiten Teil soll der Fokus nun auf den durch die Behandlung erzielten Veränderungen liegen.

## **2. Erfassung der Symptombelastung zum ersten Messzeitpunkt**

Die Symptombelastung gibt eine Einschätzung über den Grad der gesundheitlichen und seelischen Belastung der Jugendlichen. Für die Erfassung der akuten Belastung (letzte sieben Tage) wurde die »Symptom Check List« – SCL-90-S (Derogatis 1977) in der Langversion über alle Messzeitpunkte eingesetzt. Für die längerfristige Symptombelastung (letzte sechs Monate) wurde der »Fragebogen für Jugendliche – YSR/11-18« (Döpfner 1994a) benutzt. Parallel dazu wurden die Eltern (Mütter, Väter) der Patientinnen und Patienten sowie diejenigen der Kontrollgruppe zur Symptombelastung ihrer Kinder befragt. Verwendet wurde dazu der »Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – CBCL/4-18« (Döpfner 1994b). Ebenso wurden Jugendliche und Eltern sowohl der PatientInnen als auch der Kontrollgruppe mittels halbstrukturierter Interviews zur Symptombelastung befragt.

Die Fragebögen wurden entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Testmanuale ausgewertet. Vergleiche zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe erfolgten mittels Mann-Whitney-U-Tests. Dieser nicht-parametrische Test wurde auf Grund der nicht-normalverteilten Skalenwerte und der Gruppengröße gewählt. Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics 21.0–23.0 durchgeführt. Die Auswertung der halbstrukturierten Interviews erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2010).

Die Datenauswertung zeigte, dass bereits bei Studienbeginn große Unterschiede zwischen den PatientInnen und der Kontrollgruppe bestanden. Die akute körperliche und seelische Symptombelastung war bei der PatientInnengruppe in allen Bereichen signifikant höher als bei der Kontrollgruppe und betraf alle großen seelischen Belastungsbereiche, insbesondere Angst, Depressivität, Aggressivität und Zwanghaftigkeit sowie schwerere Symptome wie paranoides

Denken. Auch hinsichtlich längerfristiger körperlicher und seelischer Symptome ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe.

Diese wurden nicht nur von den Jugendlichen selbst erlebt, sondern auch die Mütter der klinischen Gruppe erlebten ihre Kinder in verschiedenen Bereichen als hoch belastet. Die Väter der klinischen Gruppe hingegen schienen eher wenig Gespür für die Probleme ihrer Kinder gehabt zu haben und erlebten die Jugendlichen etwa in den Bereichen »Soziale Probleme« und »Körperliche Beschwerden« als weniger belastet als die Jugendlichen sich selbst. Die durchwegs hohe seelische und körperliche Belastung zu Beginn der Therapie zeigte sich nicht nur in den standardisierten Fragebögen, sondern konnte durch die Ergebnisse der qualitativen Interviews untermauert werden.

### **3. Veränderungen der Symptombelastung sind feststellbar**

Die meisten Veränderungen konnten zwischen dem ersten Messzeitpunkt zu Beginn der Behandlung und Messzeitpunkt zwei nach einem halben Jahr festgestellt werden, ebenso zwischen Messzeitpunkt eins und der Katamnese. Aus Platzgründen beschränken wir uns deshalb auf die Darstellung dieser Resultate.

Als erstes gilt es festzuhalten, dass sich alle Jugendlichen im Beobachtungszeitraum hinsichtlich der akuten Symptomatik gemessen mit der SCL-90-S (Derogatis 1977) entwicklungsbedingt positiv verändert haben<sup>1</sup>. Bei den Patientinnen und Patienten konnten allerdings keine Veränderungen zwischen Messzeitpunkt eins und zwei festgestellt werden, lediglich eine Verbesserung im Bereich »Psychotizismus« zwischen Therapiebeginn und Katamnese.

Hingegen ließ sich mit Hilfe der YSR/II-18 der Trend beobachten, dass die Jugendlichen nach der Therapie in der Lage waren, ihre körperlichen Beschwerden genauer wahrzunehmen, d. h. sie lernten sich durch die Therapie besser zu spüren und sensibler auf die Signale ihres Körpers zu reagieren. Auch die Auswertung der halbstrukturierten Interviews zeigte, dass sich ein Großteil der Patientinnen und Patienten durch die Therapie besser fühlte und eher bereit war, sich mit Problemen auseinander zu setzen (siehe dazu auch die Abbildungen 1 und 2, die die Auswertung der halbstrukturierten Interviews darstellen).

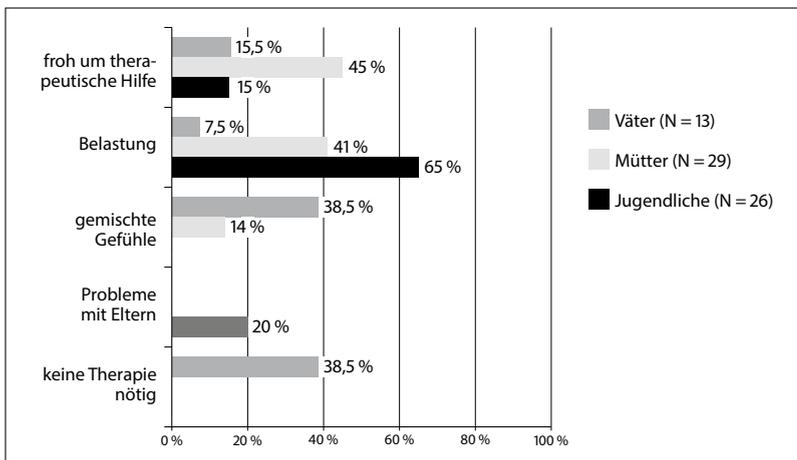
Die Mütter der klinischen Gruppe erlebten sogar noch deutlichere, statistisch signifikante Verbesserungen (gemessen mit CBCL/4-18) in den Bereichen »Sozialer Rückzug«, »Körperliche Beschwerden«, »Soziale Probleme« und bei »Internalisierenden Verhaltensweisen«. Auch gab es Hinweise auf die Wahrnehmung

---

1 Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird auf die genaue Angabe der einzelnen Werte und der statistischen Kennzahlen verzichtet. Diese können bei der Erstautorin erfragt werden.

von Verbesserungen in den Bereichen »Ängstlich-depressives Verhalten« und »Aggressives Verhalten«. Die Verbesserungen betrafen insbesondere Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt, in geringerem Ausmaß aber auch die Katamnese. Die positive Einschätzung der therapeutischen Wirkungen durch die Mütter ist unseres Erachtens auch darauf zurückzuführen, dass viele Mütter alleinerziehend waren und froh über die zusätzliche Hilfe und Unterstützung durch die Therapeutinnen und Therapeuten waren (siehe dazu auch die Abbildungen 1 und 2, die die Auswertung der halbstrukturierten Interviews darstellen).

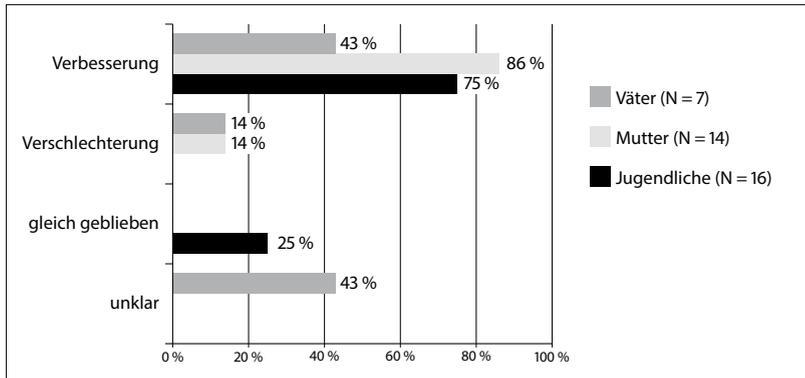
**Abbildung 1: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern zu Studienbeginn**



Sehr bemerkenswert ist die Sicht der Väter der PatientInnengruppe. Diese schätzten ihre Töchter und Söhne zu Therapiebeginn allgemein als sehr stark belastet ein. Sie konnten aber, im Gegensatz zu den Müttern, zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt keine positiven Veränderungen an ihren Kindern feststellen (gemessen mit CBCL/4-18). Wir vermuten, dass dies damit zusammenhängt, dass die Väter nicht nur real für die Kinder nicht zugänglich waren (wie bereits erwähnt waren viele Mütter alleinerziehend), sondern häufig auch innerlich abwesend waren und wenig affektiven Kontakt zu ihnen hatten. Bei der Katamnese nahmen die Väter sogar eine Verschlechterung in den Bereichen »Soziale Probleme« und »Sozialer Rückzug« wahr. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass durch die Therapie altersgemäße Ablösungsprozesse in Gang gesetzt worden sind, die zu Beziehungsproblemen zwischen den Jugendlichen und ihren Vätern führten.

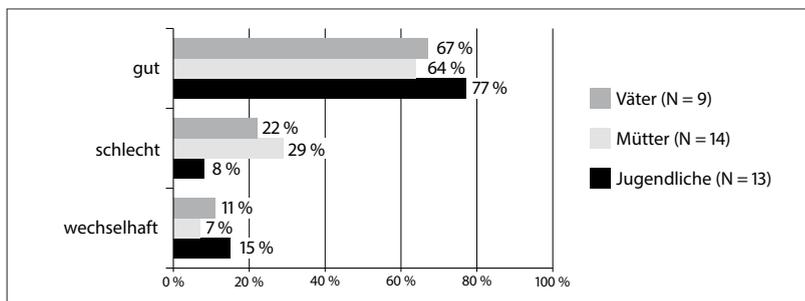
Dies würde zu einigen Aussagen der Väter zu Beginn der Therapie passen, die meinten, dass ihre Kinder keine Therapie benötigen würden und eher schlechte Gefühle gegenüber einer therapeutischen Behandlung empfanden. Einen Überblick über die Einschätzungen der Jugendlichen und ihrer Eltern in den halbstrukturierten Interviews geben die Abbildungen 1 und 2.

**Abbildung 2: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern zu Messzeitpunkt zwei**



Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Beschwerdebild zum Zeitpunkt der Katamnese (ein halbes Jahr nach Therapieende) von den Jugendlichen zu 77 % als »gut« eingeschätzt wurde, von den Müttern waren es 64 % und von den Vätern 67 %. 8 % der Jugendlichen bewerteten das Beschwerdebild ein halbes Jahr nach Therapieende als »schlecht«, ebenfalls 29 % der Mütter und 22 % der Väter (vgl. Abbildung 3).

**Abbildung 3: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern zur Katamnese**



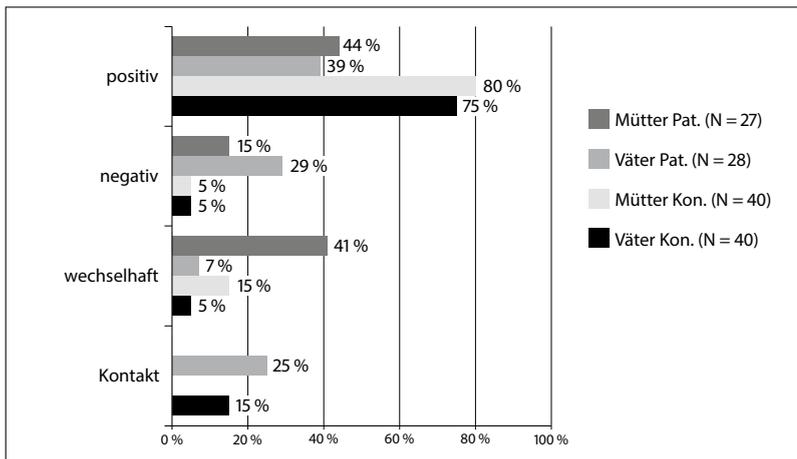
## 4. Veränderungen des Beziehungserlebens

Um das Beziehungserleben der Jugendlichen in Bezug zu ihren Eltern (Mutter, Vater) zu erfassen, wurde der Elternbildfragebogen EBF-KJ (Titze & Lehmkuhl 2010) bei allen Jugendlichen durchgeführt. Dieser Fragebogen gibt die internen Beziehungsrepräsentanzen der letzten fünf Jahre wieder und konnte deshalb nicht im Verlauf sondern nur zu Therapiebeginn von den Jugendlichen beider Gruppen ausgefüllt werden. Zusätzlich wurden wie bei der Erhebung der Symptombelastung halbstrukturierte Interviews durchgeführt, in denen die Jugendlichen nach der Art der Beziehungen zu Mutter, Vater und Peers befragt wurden (»Wie geht es dir momentan mit deiner Beziehung zu deiner Mutter / deinem Vater / deinen Freunden / in der Schule / am Arbeitsplatz?«). Auch die Mütter und Väter wurden mit folgender Frage zum Beziehungserleben interviewt: »Wie geht es Ihrer Tochter / Ihrem Sohn momentan in ihrer/seiner Beziehung zu Ihnen, zum Vater, zu den Freunden, in der Schule / am Arbeitsplatz?« Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2010).

### 4.1 Perspektive der Jugendlichen

Die Datenanalyse zeigte, dass die PatientInnen zum ersten Messzeitpunkt ihre Mütter und ihre Väter im Vergleich zur Kontrollgruppe als restriktiver, strenger und weniger Autonomie gewährend einschätzten. Von den Vätern fühlten sich die Jugendlichen der klinischen Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zusätzlich noch abgelehnter und bestrafte (gemessen mit EBF-KJ).

Abbildung 4: Beurteilung der Beziehungen zu Müttern und Vätern aus Sicht der Jugendlichen (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Studienbeginn

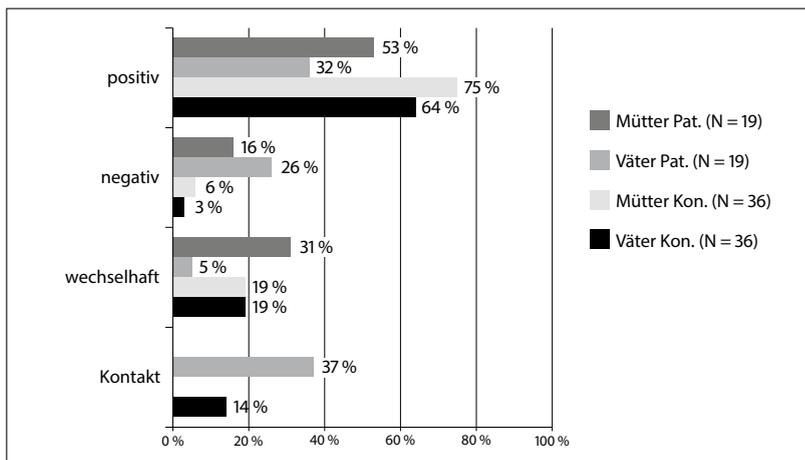


Die Beziehungen zu den Müttern wurden zu Beginn von knapp der Hälfte der PatientInnen (44 %) als »positiv« eingeschätzt: z. B.: »die Beziehung ist gut, ich habe es mit der Mama fein«, »Mama bemüht sich, gutes Verhältnis«. Von knapp der Hälfte aber wurde die Beziehung als wechselhaft (41 %) eingeschätzt: z. B.: »sehr wechselhaft, viele Konflikte und Vorwürfe«, »geht so, aber wir streiten dann wieder viel« (Abb. 4).

Die positiven Einschätzungen zu den Müttern wurden im Verlauf der Therapie besser, die wechselhaften weniger.

Die Väter wurden beim zweiten Messzeitpunkt von ihren Kindern weniger negativ aber auch weniger positiv eingeschätzt als zu Studienbeginn. Dafür wurde das Thema »Kontakt« von den PatientInnen häufiger angesprochen. Hier ging es vor allem um den Wunsch nach häufigerem und besserem Kontakt zum Vater. Diese Wünsche dürften von den Vätern allerdings kaum wahrgenommen worden sein, da die Väter das Thema »Kontakt« nicht einmal erwähnten. Wichtig an dieser Stelle ist anzuführen, dass zwar 29 von 30 Patientinnen und Patienten einen leiblichen Vater hatten, dass die meisten aber nur wenig oder gar keinen Kontakt zu ihren Vätern hatten. Die mangelnde emotionale Nähe zeigt sich unserer Ansicht auch daran, dass nur knapp die Hälfte der Väter der Patientinnen und Patienten bereit war, an der Studie teilzunehmen.

Abbildung 5: Beurteilung der Beziehungen zu Müttern und Vätern aus Sicht der Jugendlichen (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Messzeitpunkt zwei

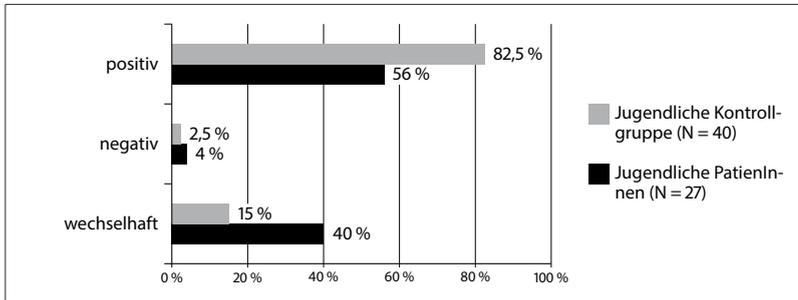


Bei der Katamnese schätzten die Jugendlichen der klinischen Gruppe beide Eltern ähnlich ein wie vor der Therapie. Möglicherweise hat das Wegfallen der Therapie wieder zu Rückschritten in der Beziehungsgestaltung zu den Eltern geführt.

Im Vergleich dazu stellten die Jugendlichen der Kontrollgruppe die Beziehung zu ihren Eltern über alle Messzeitpunkte hinweg überwiegend positiv dar. Die positiven Werte waren dabei fast doppelt so hoch wie bei der klinischen Gruppe. Vor allem die Väter schnitten bei den Jugendlichen der Kontrollgruppe viel besser ab: sie bekamen nicht nur höhere positive Bewertungen, sondern auch sehr viel weniger negative. Beim Vergleich der Kategorie »Kontakt« fiel auf, dass die Werte sich bei den Jugendlichen der Kontrollgruppe in einem Bereich um 15 % bewegen, bei der klinischen Gruppe lagen sie bei 25 %. Siehe dazu auch Abbildung 4 und 5.

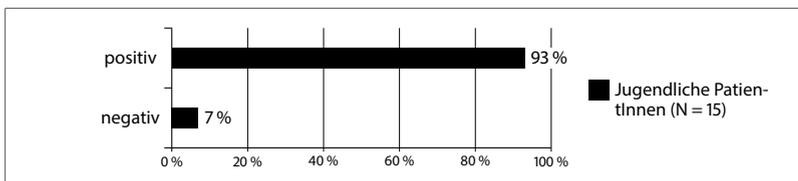
Sehr positiv ist die Verbesserung der Beziehungen innerhalb der Peer-Group zu vermerken (Abb. 6 und 7). Vor der Therapie wurden die Beziehungen zu Freundinnen und Freunden gut zur Hälfte (56 %) als positiv und knapp zur Hälfte (40 %) als wechselhaft beurteilt. Negative Einschätzungen gab es kaum.

**Abbildung 6: Beurteilung der Beziehung zu den Freundinnen und Freunden, (Vergleich Kontrollgruppe und PatientInnen) zu Studienbeginn**



Nach der Behandlung konnte eine Zunahme positiver Einschätzungen und ein Verschwinden der Kategorie »wechselhaft« beobachtet werden. Negative Einschätzungen gab es kaum mehr. Als Gründe für die positiven Einschätzungen nannten die Jugendlichen gemeinsame Unternehmungen mit anderen Jugendlichen sowie erhöhtes Vertrauen zu ihnen. Negativ eingeschätzt wurde zu viel Belastung und das Erleben von Situationen, in denen sie von den andern übersehen worden sind.

**Abbildung 7: Beurteilung der Beziehung zu Freundinnen und Freunden der PatientInnen zur Katamnese**



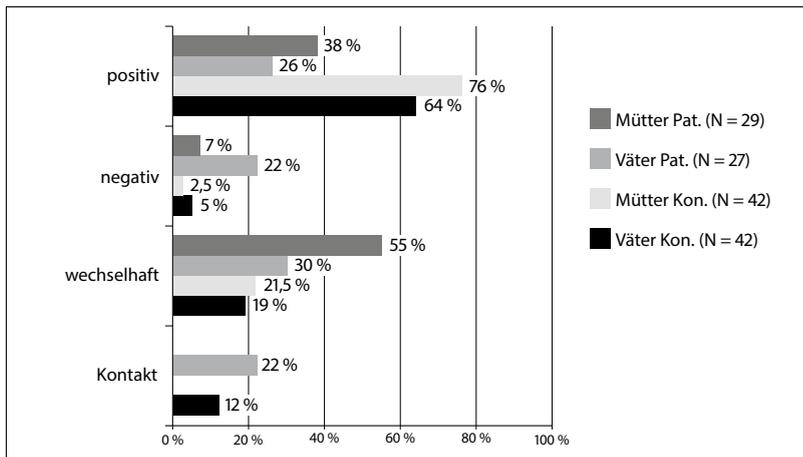
Bei der Kontrollgruppe zeigten sich ähnliche Ergebnisse über alle drei Messzeitpunkte. Ca. 80 % der Einschätzungen konnten der Kategorie »positiv« zugeordnet werden und 15 % der Kategorie »wechselhaft«. Am Ende der Therapie zeigte sich in der klinischen Gruppe eine Angleichung an die Einschätzungen der Kontrollgruppe (siehe dazu auch Abbildung 6).

#### 4.2 Perspektive der Mütter

55 % der Mütter der PatientInnengruppe schätzten vor der Behandlung ihre Beziehungen zu ihren Kindern als »wechselhaft« ein, 38 % als »positiv« (Abb. 8). Im Verlauf der Therapie nahmen die positiven Einschätzungen auf 47 % zu, die »wechselhaften« auf 47 % ab (Abb. 9). Wir vermuten, dass dies Ausdruck eines Entlastungseffekts durch die Therapie sein könnte. Das Problemthema »Kontakt« wurde im Verlauf der Therapie von den Müttern weniger häufig wahrgenommen.

Die Beziehungen der Jugendlichen zu den Vätern schätzten die Mütter der PatientInnengruppe zunächst zu 30 % als »wechselhaft«, zu 26 % als »positiv« und zu 22 % als »negativ« ein. Das Thema »Kontakt« wurde von 22 % der Mütter erwähnt (Abb. 8) Die Mütter nahmen also, ähnlich wie die Jugendlichen, das Thema Kontakt zum Vater als problematisch wahr. Wichtig war dies insbesondere zu Beginn der Therapie und nach Abschluss der Behandlung, aber wie oben schon erwähnt nicht während der Behandlung.

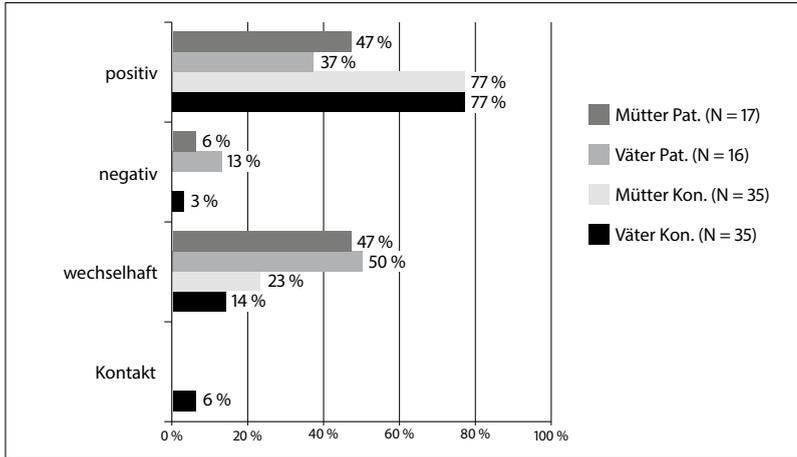
Abbildung 8: Beurteilung der eigenen und der Beziehung der Väter zu den Jugendlichen aus Sicht der Mütter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Studienbeginn



Die Mütter der Kontrollgruppe waren in ihren Einschätzungen über alle Messzeitpunkte relativ konstant. Sie gaben zu Beginn der Studie doppelt so viele positive

Einschätzungen ab wie die Mütter der klinischen Gruppe. Auch die Kategorie »wechselhaft« trat im Schnitt nur halb so häufig auf wie in der klinischen Gruppe. Zudem gab es eine größere Übereinstimmung zwischen den Einschätzungen der Väter und der Mütter und diese waren insgesamt positiver als in der klinischen Gruppe (siehe dazu auch Abbildung 8 und 9).

Abbildung 9: Beurteilung der eigenen- und der Beziehung der Väter zu den Jugendlichen aus Sicht der Mütter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Messzeitpunkt zwei



### 4.3 Perspektive der Väter

Zu Beginn der Therapie schätzten die Väter der klinischen Gruppe ihre Beziehung zu den Jugendlichen zu 46 % als »wechselhaft« und zu 31 % als »positiv« ein (Abb. 10). Im Verlauf der Therapie ließ sich eine Zunahme der positiven Einschätzungen beobachten und die Kategorie »wechselhaft« nahm bis zur Katamnese hin ab. Die Beziehung ihrer Kinder zu ihren Müttern wurde von den Vätern überwiegend positiv eingeschätzt. Damit hatten die Väter eine andere Wahrnehmung der Beziehung zu den Jugendlichen als die Jugendlichen selbst. Die Jugendlichen schätzten die Beziehung zu ihren Vätern insgesamt schlechter ein, vor allem wünschten sie sich einen häufigeren und besseren Kontakt. Die Einschätzungen der Väter der Kontrollgruppe hingegen blieben über alle Messzeitpunkte hinweg wie bei den Müttern der Kontrollgruppe relativ konstant. Es gab sehr viele positive Einschätzungen und die Kategorie »wechselhaft« war selten. Sie stimmen damit auch besser mit den Einschätzungen der Jugendlichen selbst überein.

Abbildung 10: Beurteilung der eigenen und der Beziehung der Mütter zu den Jugendlichen aus Sicht der Väter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Studienbeginn

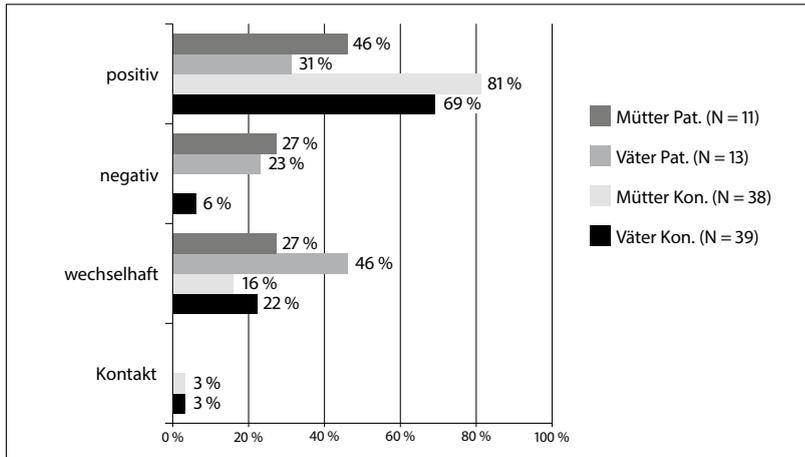
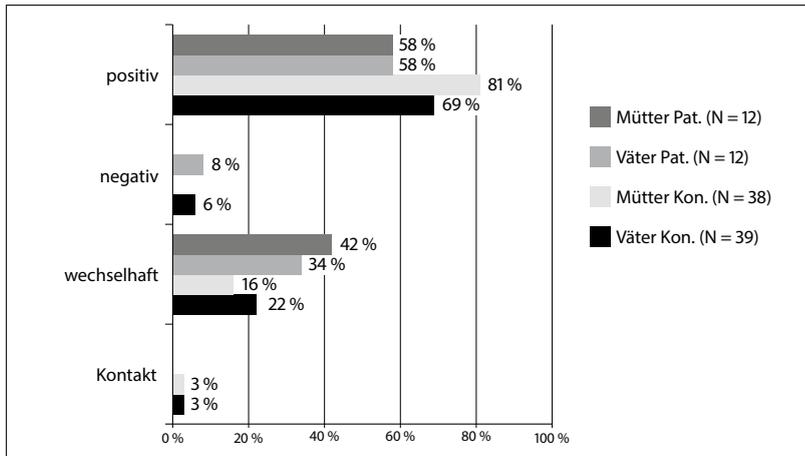


Abbildung 11: Beurteilung der eigenen und der Beziehung der Mütter zu den Jugendlichen aus Sicht der Väter (Vergleich PatientInnen und Kontrollgruppe) zu Messzeitpunkt zwei



## 5. Das Motiv »Blume« als KIP-spezifische Technik

Die KIP verfolgt unter anderem das Ziel, in der Therapie Symptome und Beziehungsprobleme zu reduzieren. Dazu werden innere und äußere kreative Prozesse vor allem über die Symbolarbeit angeregt. Um Veränderungen in diesen Bereichen erfassen zu können, wurde das Motiv »Blume« als Imagination im Verlauf verwendet.

Insgesamt konnten von fünf Jugendlichen Blumenbilder zu allen drei Messzeitpunkten gewonnen werden. Die aufgenommenen oder mitgeschriebenen Blumenimaginationen wurden zunächst transkribiert.

Hier muss angemerkt werden, dass es in der KIP wenig Erfahrung damit gibt, Motive standardisiert vorzugeben. Es ist zu bedenken, dass wissenschaftlich nur korrekt untersucht werden kann, wenn Veränderung anhand von standardisierten Variablen im Verlauf gemessen wird. Greco und Weber-Bertschi (2001) etwa berichteten von Erfahrungen mit dem Motiv »Tür« im Verlauf. Sie schlagen dabei einen standardisierten Ablauf vor. Das bedeutet, dass Imaginationen zu diesem Zweck (jeweils bei einer Verlaufsmessung) standardisiert vorgegeben werden können. Das würde die Zuverlässigkeit der Auswertung erhöhen und auch eine Vergleichbarkeit unter TherapeutInnen verbessern. Dieses Vorgehen wäre im Sinn des wissenschaftlichen Arbeitens und eines wissenschaftlichen Austausches unter KollegInnen hilfreich.

Die Transkripte der Blumenbilder wurden zunächst inhaltsanalytisch ausgewertet. Um einen Eindruck der Symptomatik und der Beziehungsfähigkeit der jugendlichen PatientInnen zu gewinnen wurde deduktiv vorgegangen (Mayring 2012). Das heißt, dass die Textanalyse einerseits einer theoriegeleiteten Struktur zugrundegelegt wird und andererseits der Text nach Hinweisen auf die zu untersuchenden Variablen analysiert wird. Die Texte wurden dabei wieder von zwei Personen im Konsensverfahren geratet.

Theoretisch wurde dabei Leuners (Leuner 1985) Vorstellung der Blumenimagination als »Blumentest« beachtet. Das bedeutet, dass man über dieses Motiv eine Vorstellung der Symbolisierungsfähigkeit der PatientInnen erhalten und diagnostische Einschätzungen gewinnen kann. Außerdem können Hinweise auf Ich-Funktionen und die Qualität der Objektbeziehungen erfahren werden. Speziell in der Adolescententherapie mit KIP kann das Blumenbild Hinweise auf die seelische Grundgestimmtheit und den Selbstzustand der Jugendlichen geben (Sannwald 2006). Das Blumenmotiv scheint also sehr geeignet, um einen Eindruck der jugendlichen PatientInnen auf der Symptomebene zu gewinnen.

Wie jedes Motiv kann das Blumenmotiv subjekt- und objektstufig ausgewertet werden (Dieter 2001). Das bedeutet, dass Symbole einerseits für Ich-Anteile der PatientInnen stehen können und andererseits auch Objekte, zu denen eine Beziehung besteht, darstellen können. Es ist also möglich, die Beziehungsebene

mit Hilfe der Blumenimagination zu untersuchen. Als Kategorien für die Textanalyse wurden gewählt:

1. Wie wird das *Selbst* (= die Blume) dargestellt?
2. Wie wird die *Kontaktaufnahme* zur Blume dargestellt?
3. Welche Hinweise gibt es sonst noch auf *andere Objekte*?
4. Welche *Wünsche* und/oder *Ängste* werden sichtbar?

Dabei fanden sich zu Studienbeginn im Bereich der Symptome Hinweise auf eine szenische Darstellung der Grundkonflikte (z. B. symbolische Darstellung des Traumas) sowie einen starken affektiven Ausdruck (z. B. Verwendung von starken sprachlichen Ausdrücken und grellen, kräftigen Farbbeschreibungen). Im Lauf der Therapie veränderte sich der Fokus der PatientInnen. Nach einem halben Jahr wurde mehr Distanz gewonnen und die Beschäftigung mit dem Eigenen trat nach einem Jahr in den Vordergrund.

Im Bereich des Beziehungserlebens fanden sich zu Studienbeginn vermehrt Hinweise auf nahe und symbiotische Beziehungen (z. B. zweifarbige Blumen, zwei Blumen, die ineinandersteckten), zu Messzeitpunkt zwei und drei tauchten auch Hinweise auf die Peer-Group auf (z. B. zeigten sich auch andere Blumen und Pflanzen, sowie Tiere in der Nähe der Blume). Ebenso gab es Darstellungen des eigenen Wachstums (Blumen sind in den Imaginationen konkret gewachsen) und der Veränderung der Sicht auf das Selbst (verschiedene Perspektiven wurden in den Imaginationen eingenommen).

Es zeigte sich auch, dass das Thema der Identitätssuche im Jugendalter sehr wichtig ist. Es kann vermutet werden, dass vor allem männliche Jugendliche bei fehlender Vaterfigur und symbiotischer Mutterbeziehung Probleme mit der Identitätsfindung haben (in einem Fallbeispiel von einem männlichen Jugendlichen z. B. entwickelten sich nach einer eher symbiotischen zweifarbigen Blume zu Studienbeginn, mehr männliche Symbole wie »harte Samen« und mehr Betonung der »Stängel«).

## 6. Diskussion

Die KIP ist, wie sich in der vorliegenden Studie zeigt, eine effektive und nachhaltige Methode zur Behandlung von Jugendlichen. Sie ist wirksam hinsichtlich der Symptomreduktion, erlaubt aber auch Verbesserungen in der Gestaltung und dem Erleben von Beziehungen. Auffallend ist in der vorliegenden Studie, dass in der klinischen Gruppe große Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Jugendlichen und deren Müttern und Vätern zu beobachten waren. Es zeigte sich, dass sich die jugendlichen PatientInnen von ihren Eltern ungenügend in ihren Beschwerden wahrgenommen fühlten. Aus Sicht der Jugendlichen änderte sich im Lauf der Therapie

daran nur wenig. Die Mütter hingegen stellten einen positiven Therapieeffekt fest, im Gegensatz zu den Vätern, die sogar eine Verschlechterung wahrnahmen.

Was hier im Bereich der Symptome ersichtlich wird, gibt auch indirekte Hinweise auf die Beziehung zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern. Wir können vermuten, dass diese Beziehungen durch unzureichende Kommunikation und Missverständnisse gekennzeichnet waren. Die Mütter selbst schienen unter hohem Druck und großer Belastung zu stehen, so dass die Gefahr bestand, die Jugendlichen aus dem Blick zu verlieren. Dies galt vermutlich besonders für die auffallend vielen Alleinerzieherinnen in der klinischen Gruppe, da angenommen werden kann, dass die Rolle als Alleinerzieherin in unserer Gesellschaft sehr belastend ist. Auch neue Partner lösen das Problem nicht unbedingt, sondern können die Problematik sogar verschärfen. Neue Partner werden von den Jugendlichen oft nicht mehr so leicht akzeptiert und es kommt zu zusätzlichen Konflikten, die wiederum für die neuen Partner selbst als sehr belastend empfunden werden können. Eine Therapie scheint also zunächst, wie die vorliegenden Daten zeigen, zu einer Entlastung der Mütter zu führen. Hier gilt es in der Elternarbeit die betroffenen Mütter beratend und pädagogisch zu unterstützen und wo indiziert, zu einer eigenen Therapie zu motivieren. Auch der Austausch der (getrennten) Eltern miteinander im Rahmen von begleitender Elternarbeit ist wichtig.

Väter wiederum, die getrennt von den Kindern lebten, hatten oft keinen Einblick in die Lebenswelt ihrer Kinder. Auffallend in der vorliegenden Studie ist, dass Jugendliche der PatientInnengruppe das Thema (wenig, distanzierten, keinen) Kontakt zum Vater sehr beschäftigt hat. Dabei verbesserten sich die Einschätzungen der Jugendlichen im Bereich Kontakt im Lauf der Therapie. Nach Therapieende, zum Zeitpunkt der Katamnese, manifestierte sich das Thema Kontakt bei den Jugendlichen wieder stärker. Dies zeigt die Wichtigkeit einer konstruktiven Elternarbeit mit der Arbeit an der Nachhaltigkeit über das Therapieende hinaus.

Die Väter der Patientinnen und Patienten nahmen das Thema Kontakt jedoch so gut wie gar nicht wahr. Dabei wäre die Rolle des Vaters und der Kontakt zum Kind in der Pubertät besonders wichtig, da Jugendliche in diesem Alter Autarkie, Autonomie und Identität entwickeln müssen. Hopf (2017) betont in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit des Dritten in einer Beziehung. Das Kind lernt via Vater, dass seine Mutter auch noch andere Beziehungen hat, und nicht nur die Zweierbeziehung zum Kind. Diese Fähigkeit zu triangulieren, ist die Voraussetzung für die Beziehungsfähigkeit in einer Gruppe.

Die mangelnde Fähigkeit zur Triangulierung wird in der klinischen Gruppe im anfänglich relativ schlechten Kontakt zu Freundinnen und Freunden sichtbar, die Gruppenfähigkeit war reduziert. Die Psychotherapie konnte hier zu einer deutlichen Verbesserung führen. Am Ende der Behandlung hatten sich die Werte der klinischen Gruppe an die Werte der Kontrollgruppe angeglichen bzw. diese sogar übertroffen.

Die Beziehung der PatientInnen zu den Vätern und Müttern konnte sich im Lauf der vorliegenden Studie allerdings nicht im selben Ausmaß verbessern. Die Väter der PatientInnen waren in ihren Einschätzungen den Jugendlichen gegenüber häufig unklar, vielleicht fühlten sie sich auch aufgrund der räumlichen Distanz unsicher in ihren Einschätzungen. Nach Auswertung der Studiendaten ist zu vermuten, dass vor allem die räumliche Distanz der Väter zu ihren Kindern zu einer verzerrten Wahrnehmung der Beschwerden und ihrer Beziehung zum eigenen Kind führt. Entsprechend ist es den Vätern kaum möglich, allfällige Verbesserungen durch die Therapie wahrzunehmen.

Hier wäre es ein vorrangiges Ziel der Psychotherapie, an der Beziehung zum Vater zu arbeiten. Das Ziel muss nicht automatisch eine Intensivierung des Kontakts zum Vater sein, auch nicht-gewünschter Kontakt sollte thematisiert werden. Im Fall einer belasteten Beziehung zum Vater gilt es Wege und Möglichkeiten zu suchen, den Jugendlichen realen Kontakt zu ermöglichen (z. B. Kontaktaufnahme im therapeutischen Raum oder etwa mit Besuchsbegleitung bei schwieriger Beziehung), aber auch ein realistisches Bild vom Vater zu gewinnen, wo Kontaktaufnahme kontraindiziert ist (z. B. Missbrauch). Hier könnte die Psychotherapie mit Jugendlichen neben vielen anderen bereits erwähnten Funktionen auch einen vermittelnden Aspekt übernehmen. Wichtig wäre es auch, diese »Beziehungsmaßnahmen« über das Ende einer Psychotherapie hinaus zu gewährleisten, um zu verhindern, dass die Patientinnen und Patienten in der Beziehungsgestaltung zu ihren Eltern in alte Muster verfallen. Sinnvoll wäre es daher, in weiteren Forschungsarbeiten den Fokus vermehrt auf die Elternarbeit zu richten. Vor allem die Nachhaltigkeit von begleitenden Maßnahmen sollte genauer untersucht werden.

Die KIP ermöglicht nicht nur Symptom- und Beziehungsveränderungen, sondern auch positive intrapsychische Entwicklungen. Sie bietet die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit unbewussten Konflikten auf der Symbolebene und fördert das narzisstische Erleben (Dieter, J. 2013). Die KIP ist daher kreativ, konfliktzentriert und entwicklungsfördernd. Diese Entwicklungsförderung wird in der vorliegenden Studie an der Blumenimagination im Verlauf ersichtlich. Es zeigen sich Entwicklungen weg von symbiotischen Beziehungen und mehr Wahrnehmung der Gruppe. Auch gibt es wie schon erwähnt Hinweise auf eine Förderung der Identitätsentwicklung. Es wird in einigen Imaginationen mehr (auch räumliche) Distanz gewonnen.

In diesem KIP-spezifischen Bereich wären weitere wissenschaftliche Studien wünschenswert. So könnte ein standardisierter Ablauf entwickelt werden, der die Zuverlässigkeit der Auswertung erhöht und auch die Vergleichbarkeit zwischen TherapeutInnen verbessern könnte. Natürlich sollten die gewonnenen Hinweise an noch größeren Fallzahlen überprüft werden. Vor allem längere Verläufe und geschlechtsspezifische Untersuchungen wären interessant und wichtig.

## Literatur

- Achenbach, T. (1991a): Child Behavior Checklist for ages 4–18. University of Vermont monographs of the society for research in child development
- Achenbach, T. (1991b): Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Greco, G., Weber-Bertschi, B. (2001): Wohin führen Bilder-Türen? Workshop anlässlich des Internationalen Kongress der ÖGATAP in Goldegg 2001
- Derogatis, L. R. (1977): Symptom Checklist. Deutsche Version von Franke, H. (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Dieter, W. (2001): Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode. *Imagination* 3: 5–41
- Dieter, J. (2013): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Skriptum zum Weiterbildungscurriculum für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der ÖGATAP 2013
- Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G. (1994a): Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. (1994b): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Fiala-Baumann, B. (2017): Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Dissertation am Institut für Psychologie der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck. Online verfügbar
- Fiala-Baumann, B., Bänninger-Huber, E. (2016): Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen – Teil 1 der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns. *Imagination* 4:40–64
- Hopf, H. (2017): Jobprofil für Väter. Verantwortung und Authentizität. Ludwigsburger Kreiszeitung vom 4./5. 2. 2017: 20. Zugriff am 16. 4. 2017. Verfügbar unter [www.lkz.de](http://www.lkz.de)
- Leuner, H. (1985): Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3. korrigierte und erweiterte Auflage 1994
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage 2015). Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring, P. (2012): Workshop zur Qualitativen Inhaltsanalyse. Klagenfurt 2012
- Sachse, U., Imruck, B. H., Bahrke, U. (2016): Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP. *Ärztliche Psychotherapie* 2: 87–92
- Sannwald, R. (2006): Theorie und Technik der Katathym Imaginativen Psychotherapie von Jugendlichen. In: Horn, G., Sannwald, R., Wienand, F. (2006): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt
- Sell, C., Möller, H., Taubner, S. (2017): Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Psychotherapeut* 6, Print ISSN: 0935-6185. Elektronische ISSN: 1432-2080
- Titze, K., Lehmkuhl, U. (2010): EBF-KJ. Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Horace AG
- Von Wietersheim, J., Wilke, E., Röser, M., Meder, G. (2003): Ergebnisse der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Die Effektivität der Katathym Imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. *Psychotherapeut* 48 (3): 173–178

**Zusammenfassung:**

In diesem Artikel werden die Verlaufsergebnisse einer Längsschnittstudie zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von KIP bei Jugendlichen dargestellt. Es wurden dabei qualitative und quantitative Untersuchungsinstrumente eingesetzt. Als Besonderheit wurde das KIP-tyische Motiv der »Blume« im Verlauf verwendet.

Die Daten zum Behandlungsbeginn und auch im Verlauf zeigen deutliche körperliche und seelische Belastungen der jugendlichen PatientInnen sowie eine Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen und ihren Eltern. Vor allem Unterschiede im Beziehungserleben zu Müttern, Vätern und FreundInnen werden sichtbar.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass KIP eine effektive und nachhaltige Therapieform darstellt, die eine Reduktion der Symptomatik und eine Verbesserung des Beziehungserlebens bei jugendlichen PatientInnen ermöglicht. Diese Ergebnisse werden auch im Bereich der Blumenimagination sichtbar.

**Schlüsselwörter:**

KIP – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Psychotherapieforschung

**Autorinnen:**

Brigitte Fiala-Baumann, Mag.rer.nat Dr.rer.nat.  
Klinische- und Gesundheitspsychologin  
Psychotherapeutin für KIP in freier Praxis  
A-6020 Innsbruck, Botanikerstraße 30  
Dissertantin am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck  
+43 699 10 11 90 31  
csab1250@uibk.ac.at  
praxis.fiala-baumann@hotmail.com

Eva Bänninger-Huber, Univ.-Prof. Dr.  
Professorin für Klinische Psychologie, Universität Innsbruck  
Psychotherapeutin und Leiterin der Forschungsambulanz des Instituts für Psychologie der Universität Innsbruck  
Sprecherin des universitären Forschungszentrums Emotion-Kognition-Interaktion (EMKONT)  
Past President European Chapter der Society for Psychotherapy Research (SPR)  
Institut für Psychologie  
A-6020 Innsbruck, Innrain 52  
+43 512 507 56 011  
eva.baenninger-huber@uibk.ac.at

# Bemerkungen zur Wirksamkeitsstudie in der ÖGATAP – Vorbereitung und Begleitung

Eveline Schöpfer-Mader

Nachdem die Wirksamkeitsstudie der ÖGATAP abgeschlossen, gut gelungen und in Fachzeitschriften veröffentlicht ist, kann der aktuellste Stand der Daten nun auch in der Imagination erscheinen.

Hier werden noch einmal Überlegungen und Maßnahmen der ÖGATAP rekapituliert, die bei der Durchführung der Studie von Bedeutung waren und sich quasi heuristisch ergeben haben. Denn es konnte auf keine Informationen darüber zurückgegriffen werden, was Ausbildungsvereine bei der Durchführung einer Wirksamkeitsstudie zu beachten haben. Es ging dabei um das Ziel, eine ausreichend große Stichprobe mit guten Ergebnissen zu erreichen, aber auch um das Ziel, dass ein weiterführendes Interesse an einer vereinsinternen Forschungskultur entsteht.

Für die ÖGATAP als Ausbildungseinrichtung und für alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mit den Methoden Hypnosepsychotherapie, Kathym Imaginative Psychotherapie und Autogene Psychotherapie arbeiten, ist sie als erste umfassende Wirksamkeitsstudie für diese Methoden in Österreich von großer Bedeutung.

In den letzten Jahren hat sich die Psychotherapieforschung zu einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin entwickelt. Vor diesem Hintergrund eröffnete sich die Möglichkeit, die Wirksamkeit unserer Methoden unter Verwendung der aktuellen Standards und Mittel der wissenschaftlichen Forschung umfassend zu untersuchen.

Die Wirksamkeit der drei Methoden der ÖGATAP, Hypnosepsychotherapie (HY), Kathym Imaginative Psychotherapie (KIP) und Autogene Psychotherapie (ATP), ist bereits belegt. 1992 war dies eine Bedingung für die Anerkennung als wissenschaftlich fundierte Psychotherapiemethode gemäß dem Psychotherapiegesetz. Dennoch werden weiterhin Wirksamkeitsnachweise der Psychotherapieverfahren

gefordert, wenn sie sich als Heilverfahren im Gesundheitssystem auch zukünftig bewähren wollen.

Dementsprechend wird seitens des Bundesministeriums für Gesundheit der Österreichischen Psychotherapie nahegelegt, Forschung als kontinuierlichen Begleitprozess zu initiieren bzw. durchzuführen. Denn: »Forschung garantiert die beständige Evaluierung und Weiterentwicklung der eigenen Disziplin und ist damit weiters unumgänglicher Bestandteil der *Qualitätssicherung* dieser Versorgungsleistung im Gesundheitssystem« (Kierein 2013, S. 6).

Für die Qualitätssicherung ihrer Methoden entschied die ÖGATAP die Wirksamkeit von ATP, HY und KIP anhand einer naturalistisch-prospektiven Längsschnittstudie zu evaluieren. Dies, nachdem geklärt war, dass sie als Ausbildungseinrichtung daran interessiert ist, ob und wie die erlernten Methoden in der Unterschiedlichkeit gelebter Praxis möglichst vieler KollegInnen wirksam angewendet werden. Es wurde auch eine randomisierte Studie erwogen, die sich jedoch unter den Bedingungen der freien Praxis zu diesem Zeitpunkt als schwerlich durchführbar erwies. Diese Entscheidung wurde vom Vorstand im Konsens mit der LehrtherapeutInnenversammlung und der Mitgliederversammlung gefasst. Daraufhin wurde die Universität Kassel in einem Kooperationsvertrag, in dem auch die Projektfinanzierung durch die ÖGATAP festgelegt wurde, mit der Erstellung und Durchführung der Studie unter der Leitung von Frau Prof. Dr. phil. Heidi Möller betraut.

*Die Entscheidung für eine naturalistische Studie war das Ergebnis mehrerer Überlegungen:*

Für die Untersuchung der Wirksamkeit in der ambulanten Behandlungspraxis von PsychotherapeutInnen, die ATP, HY und KIP war wichtig, eine universitäre Einrichtung zu wählen, die über ForscherInnen verfügt, die bereits Wirksamkeitsstudien durchgeführt hatten und die psychotherapeutische Praxis kannten. Für die Vertrauensbildung bei den PatientInnen und bei den TherapeutInnen wurde eine Evaluierung außerhalb der österreichischen Psychotherapie-Szene als vorteilhaft erachtet.

Ein zweiter Entscheidungsgrund war mit der Forderung verbunden, die Teilnahme solle mit geringem Aufwand verbunden sein und den Therapieprozess bestenfalls nicht stören. Bei einem größeren Aufwand für die PatientInnen bzw. einer zusätzlichen Arbeitsbelastung im Alltag der TherapeutInnen bestünde die Gefahr, dass sowohl StudienpatientInnen als auch StudientherapeutInnen bald demotiviert würden.

Für den Schutz der therapeutischen Beziehung wurde berufsethisch als essentiell wichtig erachtet, den Schutz der PatientInnendaten zu gewährleisten.

Genauso bedeutend war aber auch die Sicherheit für die TherapeutInnen, nicht individuell in ihrer Arbeitsweise – im Sinne von »sehr gut bis nicht genügend« – beurteilt zu werden oder gar mit den KollegInnen verglichen zu werden. Diesbezügliche Befürchtungen machten neben der Anonymisierung der Daten und der Ethikprüfung vertrauensbildende Maßnahmen notwendig.

*Um mit der Durchführung der Studie unter Beteiligung möglichst vieler Kolleginnen und Kollegen gut starten zu können, wurde somit folgende Vorgehensweise gewählt:*

In einem ersten Schritt stellten die Koordinatorin des Projekts Frau Prof. Dr. phil. Svenja Taubner und Herr Dr. phil. Christian Sell, der für die Durchführung des Projekts zuständig war, die geplante Studie in Wien vor. Die TherapeutInnen und die ForscherInnen besprachen miteinander Fragen, Ideen und Vorschläge zum Studiendesign und zum Durchführungsprozess. Wichtig war auch, dass sich die TherapeutInnen und die ForscherInnen persönlich kennenlernen konnten. Dieses partizipative Vorgehen machte das gemeinsam Verbindliche zum Projekt deutlich und wirkte vertrauensbildend.

In der Phase der Rekrutierung, die ein Jahr dauerte, gab es neben motivierenden Einladungsschreiben des ÖGATAP-Vorstandes und der MethodenvertreterInnen, motivierende Gespräche über das Projekt in kollegialen Intervisionsgruppen und andere individuelle Initiativen von Kolleginnen und Kollegen. Außerdem wurde die Studie bei den internationalen Seminaren der ÖGATAP und Jour Fixe Veranstaltungen in Anwesenheit von Herrn Sell vorgestellt.

Dass die Rekrutierungsphase ein Jahr dauerte, kam den Bedingungen in der freien Praxis entgegen, sodass die einzelnen TherapeutInnen auch mehrere PatientInnen in die Studie aufnehmen konnten.

Für methodenspezifische und berufsethische Fragestellungen wurde eine »fachliche Steuerungsgruppe« gebildet, die sich aus LehrtherapeutInnen aller drei Methoden zusammensetzte. Ihre erste Aufgabe war, den ForscherInnen bei der Erstellung von Items zur methodenspezifischen Unterscheidung der Arbeitsweise der StudienpsychotherapeutInnen zu helfen.

Ihre Bestrebung, die Güte der Studie weiter zu erhöhen, indem eine Kontrollgruppe mit praktizierenden Ärzten und Ärztinnen zusammengestellt wird, welche Menschen mit psychischen Störungen statt psychotherapeutisch unter anderem mit Gesprächen in geringer Frequenz und Psychopharmaka behandeln, scheiterte. Es zeigte sich, dass die meisten der rekrutierten ÄrztInnen diese PatientInnengruppe umgehend psychotherapeutischen BehandlerInnen zuwiesen. Damit mussten die Bemühungen aufgegeben werden. Die damit verbundene Vermutung in der KollegInnenschaft, dass die Bedeutung und Nutzung der Psychotherapie im Gesundheitssystem zunehme, war dennoch tröstlich.

Damit die KollegInnen für die Studiendauer motiviert bleiben, entwickelten sich gemeinsame Initiativen mit den ForscherInnen, aber auch interkollegiale:

Dabei spielte seitens der ÖGATAP neben dem Wissen um die Vielschichtigkeit der Beziehungsdynamik im therapeutischen Prozess doch auch die Hoffnung eine Rolle, dass PatientInnen die Fragebögen, die sie alle sechs Monate erhielten, eher verlässlich ausfüllen würden, wenn die TherapeutInnen eine positive Haltung zur Studie haben.

Bei den Treffen der StudientherapeutInnen wurde entschieden, dass die PatientInnen ausschließlich die Einverständniserklärung und den Eingangsfragebogen von den TherapeutInnen erhalten sollten und ihr weiterer Kontakt über Studienbelange mit den ForscherInnen der Universität Kassel stattfinden sollte. So wurde in diesem Beziehungsdreieck ein für die PatientInnen autonomer Raum geschaffen, in dem sie entscheiden konnten, ob sie in der Studie bleiben und wie sie es in der Therapie thematisieren.

Neben solchen »Nachschärfungen« der Studie erschien es vor allem wichtig, Kritik und Schwierigkeiten seitens der TherapeutInnen zu kommunizieren. Es gab dafür die Möglichkeit, Fragen individuell über E-Mail oder telefonisch an die ForscherInnen zu richten.

In den regelmäßig erscheinenden Newsletters aus Kassel wurde daraufhin neben dem Bericht über den Forschungsstand das Besprochene aufgegriffen. Die TherapeutInnen sollten über den Stand des Projektes auf dem Laufenden sein. Aus diesem Grund waren die ForscherInnen bei den internationalen ÖGATAP Seminaren persönlich präsent und berichteten über den Forschungsstand.

Interkollegial gab es das Angebot der regionalen Vernetzung durch KollegInnen, die sich als KoordinatorInnen zur Verfügung stellten, die zu Feed Back-Treffen einluden und gesammelte Fragen und Kritik mit den ForscherInnen kommunizierten.

Zur Thematisierung, was einen in den Studientherapien aktuell bewegte, wurden auch Interventionen und Supervisionen (mit einem unentgeltlichen Supervisionsangebot) genutzt.

*Diese Initiativen verfolgten auch das Ziel, das Forschungsinteresse anzuregen:*

Parallel zur Studie wurden Vorträge zu Forschungstheorien angeboten, um das Interesse an eigenen Studien anzuregen. Bei mehreren KollegInnen entstanden über die Teilnahme an der Studie eigene Forschungsfragen und -hypothesen. In den Newslettern wurde dazu aufgefordert, Fragen, die sich mit dem Material der Studie vielleicht noch zusätzlich bearbeiten ließen, Ideen für anschließende Forschung (mit quantitativer oder qualitativer Methodik) sowie Hinweise auf bereits bestehende Forschungsergebnisse mit den ForscherInnen zu diskutieren. Bei zwei

internationalen Seminaren der ÖGATAP wurden aufgrund des Interesses Workshops für die Erarbeitung von Forschungsfragen angeboten. Einige KollegInnen setzen sich nach Abschluss der Studie mit Methoden der Beforschung des Geschehens zwischen TherapeutIn und PatientIn auseinander.

Nach der Freude über die gelungene Studie gilt es nun, geeignete Voraussetzungen für Forschung »aus den eigenen Reihen« zu schaffen. Diese müssten auch berücksichtigen, dass es nicht einfach ist, sich neben dem Praxisalltag noch Zeit für Forschung zu finden.

## Literatur

Kierein, M. (2013): Qualitätssicherung in Praxis und Ausbildung der Psychotherapie (Wissenschaft und Forschung) und ihre gesetzlichen Grundlagen. In: Riess, G. (Hrsg.): Psychotherapieforschung, Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung, Tagungsband zum Workshop 2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH

### Publikationen zur Wirksamkeitsstudie der ÖGATAP

1. Effectiveness of Integrative Imagery- and Trance-Based Psychodynamic Therapies: Guided Imagery Psychotherapy and Hypnotherapy. Sell, Christian; Möller, Heidi; Taubner, Svenja. Veröffentlicht im Februar 2017 in Journal of Psychotherapy Integration. Im Internet: [https://www.researchgate.net/publication/315372006\\_Effectiveness\\_of\\_Integrative\\_Imagery\\_and\\_Trance-Based\\_Psychodynamic\\_Therapies\\_Guided\\_Imagery\\_Psychotherapy\\_and\\_Hypnotherapy](https://www.researchgate.net/publication/315372006_Effectiveness_of_Integrative_Imagery_and_Trance-Based_Psychodynamic_Therapies_Guided_Imagery_Psychotherapy_and_Hypnotherapy)
2. Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs bei Katathym Imaginativer Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie: Ergebnisse nach einem Jahr unter Praxisbedingungen. Sell, Christian; Möller, Heidi; Taubner, Svenja. In: Psychotherapeut November 2017, Volume 62, Issue 6, pp. 547–559. Springer Medizin Verlag. Im Internet: [https://www.researchgate.net/profile/Christian\\_Sell3/publication/319564884\\_Katathym\\_Imaginative\\_Psychotherapie\\_und\\_Hypnosepsychotherapie\\_Symptomreduktion\\_und\\_Prädiktoren\\_des\\_Behandlungserfolgs/links/59bad91ea6fdcca8e55de365/Katathym-Imaginative-Psychotherapie-und-Hypnosepsychotherapie-Symptomreduktion-und-Prädiktoren-des-Behandlungserfolgs.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christian_Sell3/publication/319564884_Katathym_Imaginative_Psychotherapie_und_Hypnosepsychotherapie_Symptomreduktion_und_Prädiktoren_des_Behandlungserfolgs/links/59bad91ea6fdcca8e55de365/Katathym-Imaginative-Psychotherapie-und-Hypnosepsychotherapie-Symptomreduktion-und-Prädiktoren-des-Behandlungserfolgs.pdf)
3. Behandlungstechnik in Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie: Die Therapeutenversion der ›Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden‹ (PITT). Sell, Christian; Schöpfer-Mader, Eveline; Brömmel, Bernhard; Möller, Heidi. Im Psychotherapie Forum. Im Internet: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fsoo729-017-0102-2.pdf>

## Zusammenfassung:

Die Bereitschaft der TherapeutInnen, sich für die Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Methode dieser Herausforderung zu stellen, bildet gemeinsam mit den PatientInnen das tragende Fundament dieser Studie. Vorstand und

ForscherInnen planten gemeinsam die einzelnen Schritte mit der Intention, dass sie für die Vertrauensbildung und Motivierung der StudientherapeutInnen förderlich sein sollten. Unter anderem, dass diese in kontinuierlichem Austausch mit den ForscherInnen standen, laufend über den Stand der Studie informiert wurden, in Überlegungen für das Studiendesign einbezogen wurden, ein entängstigender Raum für kollegialen Austausch geschaffen wurde, dass sie mit Fragen und Kritik auf Resonanz stießen und ein Fortbildungsangebot für eigene Forschungstätigkeiten anregen sollte. Diese Initiativen wurden von Vorstand und Forschern gemeinsam geplant. Methodenfragen wurden mit der fachlichen Steuerungsgruppe kommuniziert.

**Autorin:**

Mag. Eveline Schöpfer-Mader

Psychotherapeutin für KIP

6020 Innsbruck, Herzog-Friedrich-Straße 19

# Praxisstudie zu Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie

Eine naturalistische Untersuchung zu Behandlungstechnik, moderierenden Faktoren und Wirksamkeit – Projektbericht

Christian Sell, Svenja Taubner, Heidi Möller

## Einleitung

Die vorliegende Studie wurde von Januar 2012 bis März 2016 vom Institut für Psychologie der Universität Kassel in Kooperation mit der *Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie* (ÖGATAP) durchgeführt. Die Projektleitung hatte Frau Prof. Dr. phil. Heidi Möller (Abteilung für Theorie und Methodik der Beratung, Institut für Psychologie, Universität Kassel), die Projektkoordination erfolgte durch Frau Prof. Dr. phil. Svenja Taubner (Institut für Psychosoziale Prävention, Universitätsklinikum Heidelberg). Mit der Durchführung des Projekts war Herr Dr. phil. Christian Sell betraut. Herr Sell war während der Studiendauer Drittmittelbediensteter am Institut für Psychologie der Universität Kassel. Für seine Anstellung hat die Universität Kassel Projektmittel von der ÖGATAP erhalten. Die ÖGATAP hatte keinen Einfluss auf das Studiendesign, die Analysen, die Interpretation der Ergebnisse und die Entscheidung zur Publikation. Die Ethikkommission der Universität Kassel, sowie die lokalen Ethikkommissionen in Innsbruck und Wien beurteilten die Durchführung der Studie als ethisch unbedenklich. Die hier vorzustellenden Ergebnisse wurden zuvor bereits in zwei Artikeln in wissenschaftlichen Fachzeitschriften (peer-reviewed) veröffentlicht. Entsprechende Hinweise auf diese Artikel wurden finden sich an den relevanten Stellen.

Das übergeordnete Ziel der Studie bestand in der Evaluation der therapeutischen Wirksamkeit von drei trance- und imaginationsbasierten tiefenpsychologischen Methoden – Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP), Hypnosepsychotherapie (HY) und Autogene Psychotherapie (ATP) – anhand einer Reihe von

unterschiedlichen Ergebnismaßen. Zur Frage der differentiellen Indikation wurde zusätzlich versucht, Moderatoren des Behandlungserfolgs zu identifizieren.

Im Folgenden sollen die drei zu untersuchenden Psychotherapiemethoden zunächst kurz anhand ihrer theoretischen Verortung vorgestellt werden. Dabei wird jeweils der bisherige Stand der Prozess- und Ergebnisforschung zusammengefasst, anschließend werden die konkreten forschungsleitenden Fragestellungen abgeleitet. Nach der Vorstellung von Studiendesign, Messinstrumenten, Einschlusskriterien und den Charakteristika der durchgeführten Behandlungen, werden dann in separaten Sektionen die Ergebnisse zu moderierenden Faktoren und Wirksamkeit berichtet. Abschließend sollen die Ergebnisse insgesamt zusammenfassend betrachtet werden. Dies beinhaltet auch eine Diskussion der Limitationen der Aussagekraft der vorliegenden Studie.

Wir danken den Patientinnen und Patienten, den Therapeutinnen und Therapeuten, sowie dem Vorstand der ÖGATAP für ihre Kooperation im Rahmen der Durchführung dieser Studie. Besonderen Dank möchten wir Frau Mag. Eveline Schöpfer-Mader aussprechen. Sie hat in ihrer Zeit als Vorstandsvorsitzende der ÖGATAP durch ihren großartigen Leitungs- und Organisationseinsatz maßgeblichen Anteil daran gehabt, dass die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern der ÖGATAP und uns als Forschern so produktiv in Gang gekommen ist. Dadurch ist die Studie in dieser Form überhaupt erst möglich geworden. Bei der Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der therapeutischen Interventionen haben insbesondere folgende Personen einen inhaltlichen Beitrag bei der Erstellung der Items und bei methodenspezifischen Fragestellungen geleistet: Dr. Bernhard Brömmel, Dr. Barbara Burian-Langegger, Dr. Wilfried Dieter, Dr. Magdalena Grünewald, Dr. Doris Hönlgl, Dr. Mathilde Pichler, Dr. Michael Rosner, Dr. Franz Sedlak, Dr. Brigitte Bischof, Dr. Michael Harrer, Dr. Hans Kanitschar, Eva Pollani MSc und Mag. Wolfgang Oswald. Weiterhin danken wir Prof. Dr. Johannes Zimmermann und Prof. Dr. Morten Moshagen für ihre Beratung in Fragen der Datenauswertung, sowie Dr. Johannes C. Ehrenthal für seine hilfreichen Anmerkungen zu verschiedenen Teilen des Textes.

## 2 Untersuchungsgegenstand & Erkenntnisinteresse

Die Wirksamkeit tiefenpsychologischer Therapien kann für eine Vielzahl von Settings und Störungen als gut belegt angesehen werden (Ehrenthal, Dinger & Nikendei, 2014; Leichsenring & Rabung, 2011; Shedler, 2012), darunter Depression, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen (Barber, Muran, McCarthy & Kneefe, 2013). Allerdings finden sich unter dem Verfahren Tiefenpsychologie eine Reihe von Therapieformen, die sich zwar als »psychoanalytisch begründet« verstehen lassen, welche jedoch behandlungstechnische Besonderheiten aufweisen, deren Bedeutung für das

Therapieergebnis noch weitgehend unverstanden ist. Naturalistische Forschung erscheint als Methodologie der Wahl, um die spezifischen Effekte dieser verschiedenen Varianten psychodynamischer Therapie wie sie in verschiedenen Gesundheitsversorgungssystemen Anwendung finden zu untersuchen. Behandlungstechnische Besonderheiten innerhalb von psychodynamischen Verfahren haben in früheren Studien sehr wenig Aufmerksamkeit erfahren und stellen eine Lücke im bisherigen Wissen über diese Verfahren dar. Im Sinne der empirisch gestützten Weiterentwicklung psychodynamischer Psychotherapie erscheint es bedeutsam, diese Lücke schrittweise zu schließen, damit eigenständige Weiterentwicklungen und Abwandlungen vom bekannten Vorgehen in ihrer spezifischen Bedeutsamkeit erfasst werden können. Zu den genannten Verfahren gehören solche Methoden welche systematisch auf geführte Imagination und Trancen zurückgreifen. Drei solcher Verfahren, die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP), die Hypnosepsychotherapie (HY) und die Autogene Psychotherapie (ATP) sollen hier untersucht werden.

Die spezifischen Auswirkungen der Anwendung von Imaginationen und Trancen auf Prozess und Ergebnis der Therapie in diesen Verfahren sind bislang nur vereinzelt systematisch untersucht worden (Übersicht bei Stigler & Pokorny, 2012). Wir gehen davon aus, dass der Anschluss dieser Verfahren an die gegenwärtigen Paradigmen der Psychotherapieforschung gleichermaßen ein Gewinn für die Verfahren wäre, wie auch eine Bereicherung des Wissens über die Wirkweise tiefenpsychologischer Psychotherapie im Allgemeinen.

## **2.1 Therapiemethoden und Stand der Forschung**

KIP, HY und ATP zählen zu den staatlich anerkannten wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in Österreich. Laut dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit sind sie den Methoden mit psychodynamisch-tiefenpsychologischer Orientierung zuzuordnen. Alle drei Verfahren werden in Österreich seit 1969 durch die *Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie* (ÖGATAP) vertreten und gelehrt. Katathymes Bilderleben und Autogenes Training als therapeutische Techniken werden in der Schweiz und in Deutschland ebenfalls gelehrt und finden stationär wie ambulant Anwendung – in Deutschland in der Regel im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapien. Die für die Hypnosepsychotherapie charakteristische Integration von Hypnoanalyse und neueren Ansätzen findet sich in dieser Ausprägung nur in Österreich.

KIP, HY und ATP werden im Rahmen der österreichischen Gesundheitsversorgung sowohl als Kurzzeit- (< 25 Sitzungen), als auch als Langzeittherapie (> 50 Sitzungen) eingesetzt. Die mittlere Behandlungsdauer liegt laut der Selbstauskunft der Fachgesellschaft für alle drei Verfahren bei ca. 50 Sitzungen im Einzelsetting. Die Stundenfrequenz beträgt in der Regel eine Sitzung pro Woche, kann aber im

Bedarfsfall sowohl verringert, als auch auf 2x/Woche gesteigert werden. In der ATP und der KIP werden zudem häufig ambulante Therapiegruppen angeboten (für die KIP wurden Gruppentherapien nicht in die Studie miteinbezogen).

### 2.1.1 *Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)*

Pichler (2011) definiert die KIP als »eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapiemethode, bei der Imaginationen einen zentralen Stellenwert im therapeutischen Geschehen einnehmen« (S. 109). Das technische Vorgehen in der Behandlung basiert maßgeblich auf den Arbeiten Hanscarl Leuners (1994) zum Katathymen Bilderleben. Dieter (2001) fasst es wie folgt zusammen: »In einem leichten Entspannungszustand wird der Patient zu Imaginationen (Tagträumen) angeregt, die dem Therapeuten unmittelbar berichtet werden und die zum Gegenstand einer dialogischen Untersuchung, Erforschung und Intervention werden« (S. 15). Eine Behandlung im Rahmen der KIP besteht charakteristischerweise zum einen aus Stunden, in denen Imaginationen zu vorgegebenen Motiven stattfinden (»Erlebnisraum«; Kottje-Birnbacher 1992), und zum anderen aus Stunden, in denen die Imaginationen therapeutisch aufgearbeitet werden sollen (»Verarbeitungsraum«, ebd.). Diese Nachbereitung soll sich an psychodynamischen Grundprinzipien orientieren und die Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand umfassen (Pichler 2011).

Größere kontrolliert-randomisierte (RCT-)Studien gibt es für ambulante KIP-Behandlungen bislang nicht. Es wurden allerdings zwei naturalistische Wirksamkeitsstudien vorgelegt. Wietersheim, Wilke, Röser und Meder (2003) haben in einer deutschen Stichprobe (N = 66) große Effekte für die Verbesserung somatischer Symptome, depressiver Symptome und der Lebenszufriedenheit gefunden, sowie mittlere Effekte für die Verbesserung von Angstsymptomen. Ebenfalls in einer deutschen Stichprobe (N = 25) fanden Sachsse, Imruck und Bahrke (2016) sehr große Effekte für eine Reduktion der Symptombelastung und große Effekte für die Verbesserung interpersoneller Probleme, Depressions- und Angstsymptomen. Weiterhin liegt eine Reihe von Prozess- und Einzelfallstudien vor (z. B. Wilke 1982; Stigler & Pokorny 2001; Übersicht bei Stigler & Pokorny 2012), sowie einzelne Studien für spezifische psychosomatische Syndrome, sowie Essstörungen. Esplen, Garfinkel, Olmsted, Gallop und Kennedy (1998) etwa konnten zeigen, dass in der Behandlung von Bulimia nervosa Kurzzeit-KIP-Behandlungen signifikant effektiver waren als eine wöchentliche Gesprächsgruppe.

### 2.1.2 *Hypnosepsychotherapie (HY)*

Analog zur KIP beschreibt Kanitschar (2009) die HY als ein »integratives tiefenpsychologisches Verfahren« (S. 1). Dieses wird erläutert, als eine Methode, welche

ebenfalls in der therapeutischen Arbeit psychodynamischen Grundannahmen verpflichtet ist, in der aber dennoch »alle bekannten Anwendungsformen und Techniken psychotherapeutischer Hypnose Platz haben« (ebd.). Es sollen demnach auch solche hypnosetherapeutischen Techniken integriert werden, welche nicht genuin tiefenpsychologisch sind. Der historischen Entwicklung nach fußt das Verfahren auf der tiefenpsychologischen Hypnoanalyse nach Watkins und Fromm (Watkins 1992) und wurde später durch ericksonsche, hypnosystemische und hypnobehaviorale Ansätze (Robertson 2012) ergänzt. In Unterscheidung zur weiter verbreiteten Hypnotherapie nach Milton Erickson (Erickson & Rossi 1981) versucht die HY also Techniken aus verschiedenen hypnosetherapeutischen Traditionen mit einer explizit tiefenpsychologischen Grundhaltung zu verbinden. Die systematische Induktion von und Arbeit mit hypnotischen Trancen beim Patienten – verstanden als entspannte Wachzustände, welche sich u. a. durch eine auf wenige Inhalte fokussierte Aufmerksamkeit und eine erhöhte Suggestibilität auszeichnen – stellt dabei ein zentrales Element dar (Harrer 2008). Nach einer »Anfangsphase«, in der neben der Diagnose- und Indikationsstellung v. a. die hypnotischen Fähigkeiten des Patienten erarbeitet werden, zielt die eigentliche »Arbeitsphase« der Therapie auf drei »Interventionsmodi« ab: die Aktualisierung und den Aufbau von Ressourcen, Konfliktbearbeitung und korrigierende emotionale Erfahrung, sowie Zukunfts- und Lösungsorientierung (Kanitschar 2009).

Der Großteil der bisherigen Forschung zu klinischer Hypnose allgemein stammt aus dem medizinischen Bereich. RCT- und naturalistische Wirksamkeitsstudien in ausreichender Zahl finden sich zu Schmerztherapie und Stressreduktion im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen (Hagl 2013). Hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlung psychischer Störungen zeigte die Metaanalyse von Revenstorf (2006) große bis sehr große Effekte bei Patienten mit Angststörungen, chronischen Schmerzsyndromen und einigen Formen von Abhängigkeitserkrankungen – sowohl auf allgemeinen, als auch auf störungsspezifischen Ergebnismaßen. In einer neueren Metaanalyse berichtet Hagl (2014), dass neuere Hypnoseforschung keine klinischen Studien zu trancebasierter Einzelpsychotherapie umfasste. HY als Methode in der oben beschriebenen Form wurde bislang weder durch naturalistische noch durch RCT-Wirksamkeitsstudien untersucht.

### *2.1.3 Autogene Psychotherapie (ATP)*

Die ATP wird von Sedlak (2012) als tiefenpsychologisch fundierte Methode charakterisiert und zwar insofern, als dass sie »Äußerungen des Unbewussten durch Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten aufgreift« (S. 12). Das Verfahren wird von Bischof (2012) in drei Therapieelementen, namentlich Grundstufe, Mittelstufe und (analytische) Oberstufe, beschrieben. Die Grundstufe basiert dabei auf dem Erlernen und Üben des Autogenen Trainings (Schultz 1930). Auf Basis der

so erworbenen Grundfähigkeit des Patienten zum »seelisch-körperlichen Spannungsausgleich« (Sedlak 2012, S. 12), wird in der Mittelstufe mit der Problemkonfrontation begonnen. Im Fokus stehen die während des Autogenen Trainings oft bildhaft aufsteigenden, problembesetzten Gedanken und Gefühlen. In der analytischen Oberstufe schließlich, sollen diese Inhalte dann nach tiefenpsychologischen Prinzipien benannt und »durchgearbeitet« werden.

Zur ATP als eigenständiger Psychotherapie im oben beschriebenen Sinne liegen bislang keine Wirksamkeitsnachweise vor. Das Autogene Training nach Schultz hingegen, welches die ATP in eine tiefenpsychologische Psychotherapie integriert hat, wurde relativ umfangreich beforscht. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit des Autogenen Trainings wurden in einer Metastudie von Linden (1994), in einer Metaanalyse mit neueren RCT-Studien von Stetter und Kupper (2002), sowie einer Aktualisierung letzterer durch Bregenzer (2015) zusammengetragen. Die hier zusammengefassten Studien beziehen sich durchweg auf das Autogene Training als Entspannungsverfahren wie es in ambulanten Gruppen oder als begleitende Therapie in somatischen, psychosomatischen und Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt wird. Die ATP im oben beschriebenen Sinne ist bislang nicht im Rahmen größerer prospektiver Gruppenstudien untersucht worden. Zum Autogenen Training berichten die Autoren einheitlich mittlere bis große Effekte bei der Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, der Stimmung und der kognitiven Leistungsfähigkeit. Weiterhin wurden mittelgroße Effekte bei der symptomatischen Verbesserung somatoformer Störungen, Asthma bronchiale, Spannungskopfschmerz, funktioneller Hypertonie, koronarer Herzerkrankung, Schlafstörungen, Angststörungen, sowie leichter bis mittelgradiger Depressionen gefunden.

## **2.2 Forschungsfragen und Hypothesen**

### *2.2.1 Moderatoren des Behandlungserfolgs*

Zur Frage nach Prädiktoren des Behandlungserfolgs oder besonders geeigneten Gruppen von Patientinnen und Patienten liegt zu KIP, HY und ATP eine Reihe von konzeptuellen, oft auf Einzelfallanalysen basierten Arbeiten vor. Ein prominenter Fokus in allen drei Verfahren ist dabei die These, dass die Arbeit mit Imaginationen und Trancen einen wichtigen Wirkfaktor darstellt. Stigler und Pokorny (2001) konnten anhand einer inhaltsanalytischen Untersuchung des in einer KIP-Therapie verwendeten Vokabulars zeigen, dass während der Imaginationen mehr und deutlich positivere Emotionen aktiviert sind als in den verbalen Sitzungsphasen. Weiterhin erscheinen Therapeutin oder Therapeut sowie Patientin oder Patient während der Imaginationen empathischer und kongruenter auf einander eingestimmt. Diese Arbeit mit Imaginationen oder Trancen wird von einigen Autorinnen und Autoren in engem Zusammenhang mit Prozessen der

Symbolisierung und Mentalisierung gesehen. Pichler (2011) etwa schreibt, dass »[d]urch die Imaginationen [...] eine Umsetzung unbewusster oder vorbewusster Inhalte in ›innere Bilder‹ ermöglicht« wird (S. 113), welche dann in einem weiteren Schritt verstanden und bearbeitet werden können. Dies wird ebenfalls durch empirische Befunde aus der Prozessforschung gestützt: Pokorny und Stigler (2006) konnten in einer späteren Studie anhand einer Clusteranalyse zeigen, dass die Eigenschaften der in der KIP imaginierten Objekte im Zusammenhang stehen mit jenen der realen Beziehungspersonen, über die die Patienten im Verarbeitungsraum sprechen. Diesen Prozess der Symbolisierung von psychischen Inhalten stellt Dieter (2001) in den Kontext der Forschung zur Mentalisierungstheorie. Diese legt nahe, dass die Fähigkeit mit Symbolen zu arbeiten zusammenhängt mit der Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, eigene und fremde Gefühle zu erleben und über ihre Bedeutung nachzudenken (Allen, Fonagy, Bateman 2011). Bislang liegen jedoch keine empirischen Befunde vor, inwiefern diese Disposition tatsächlich einen positiven Einfluss auf das Ergebnis von KIP-, HY- oder ATP-Behandlung hat.

Ebenso wenig liegen für HY, KIP oder ATP bislang Daten darüber vor, inwieweit sich das Ausmaß pathologischer Persönlichkeitszüge der Patientinnen und Patienten auf die Erfolgsaussichten der Behandlung auswirkt. Die konzeptuelle Literatur, besonders zu KIP und HY, weist darauf hin, dass die Verfahren ein Behandlungsangebot machen, von dem strukturell gestörte Patientinnen und Patienten spezifisch profitieren können. Die Methoden seien »in besonderer Weise auch für Störungen mit Beeinträchtigung der Ich-Struktur (z. B. Persönlichkeitsstörungen)« geeignet (Dieter 2001, S. 115; für HY vgl. Zindel 2001). Ergebnisstudien hierzu liegen bislang nicht vor. Die Befundlage bei tiefenpsychologischer Therapie von Persönlichkeitsstörungen (Übersicht bei Leichsenring 2013) zeigt übereinstimmend, dass allgemein eine gute Wirksamkeit bei diesen Störungen angenommen werden kann, die Veränderung bei komorbider Persönlichkeitsstörung aber deutlich langsamer erfolgt als bei Patientinnen und Patienten, die nur eine Achse-I-Störung haben (Tyrer & Simmonds 2003).

Vorbereitend für die Testung von Psychological Mindedness und Persönlichkeitspathologie als Moderatoren des Behandlungserfolgs soll zunächst die Hypothese geprüft werden, dass sich die Symptombelastung der Patienten nach einem Jahr Behandlung in KIP, HY oder ATP statistisch signifikant verbessert. Diese Hypothese knüpft an die bisherige Befundlage in Bezug auf die Wirksamkeit von tiefenpsychologischen Verfahren an. Die Reduktion der Symptombelastung innerhalb des ersten Jahres einer Psychotherapie erscheint für den Nachweis moderierender Faktoren geeignet, da sie sich als eine gleichsam universelle – über alle Psychotherapiemethoden hinweg stabil beobachtbare – Verbesserung durch Psychotherapie darstellt (vgl. Ogles 2013).

In den konzeptuellen Arbeiten zu allen drei Verfahren, wie auch in den Ergebnissen der KIP-Prozessforschung, wird als spezifische Besonderheit im

therapeutischen Vorgehen der explizite Fokus auf Prozesse der Symbolisierung und Mentalisierung deutlich. Das Konzept der Psychological Mindedness (Appelbaum 1973) wurde vorgeschlagen, um die Bereitschaft, Gefühle zuzulassen und über eigene wie fremde Gedanken und Gefühle nachzudenken auf einen Begriff zu bringen. Mit Allen, Fonagy und Bateman (2011) verstehen wir Psychological Mindedness als »Mentalisierungsfähigkeit oder [...] Disposition zu mentalisieren« (S. 91). Aufgrund des spezifischen Fokus beider Methoden auf Symbolisierungs- und Mentalisierungsprozesse wird also vorhergesagt, dass Psychological Mindedness in einem positiven Zusammenhang steht mit dem Ausmaß der Symptomreduktion. Zur Frage nach den Auswirkungen von pathologischen Persönlichkeitszügen lassen bisherige Forschungsergebnisse vermuten, dass Patientinnen und Patienten mit starken strukturellen Defiziten deutlich langsamer von der Behandlung profitieren werden. Wir formulieren daher die Hypothese, dass das Ausmaß pathologischer Persönlichkeitszüge – innerhalb der hierfür betrachteten 12 Monate – in negativem Zusammenhang mit der therapeutischen Veränderung steht. Für beide Moderatoren wird angenommen, dass beide Variablen jeweils einen Effekt auf die Symptomveränderung haben, auch, wenn für die jeweils andere Variable kontrolliert wird.

### *2.2.2 Wirksamkeit und Verlauf der Veränderungen*

Die zweite Fragestellung der vorliegenden Studie bezieht sich auf die Erfassung langfristiger therapeutischer Veränderung durch KIP, HY und ATP mittels einer Reihe verschiedener Ergebnismaße; inklusive Selbst- und Fremdbeobachtung. An vorangegangene Forschung zu den Methoden oder ihren Varianten anknüpfend wurden das globale Funktionsniveau, die Symptombelastung und -schwere, sowie die Lebenszufriedenheit als Indikatoren dafür ausgewählt, inwieweit eine psychische Störung sich direkt negativ auf das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten auswirkt. Zudem wurden interpersonelle Probleme und Persönlichkeitsorganisation erfasst. Dies erscheint notwendig, da psychodynamische Methoden zwar zum einen an der Symptomreduktion arbeiten, zum anderen aber auch weiterreichende Ziele wie Persönlichkeitsentwicklung und die Veränderung interpersoneller Muster verfolgen. Den Empfehlungen von Siefert und DeFife (2012) folgend soll dies auch in der Wahl der Ergebnismaße berücksichtigt werden. Da neben der Persönlichkeitspathologie der Patientinnen und Patienten auch ihre Psychological Mindedness als Moderator des Behandlungserfolgs diskutiert wird (s. 2.2.1), wurde letztere auch als Ergebnismaß erfasst, um zu prüfen, ob die therapeutische Arbeit mit KIP, HY und ATP diese Disposition auch verbessern kann. Als gesundheitsökonomische Maße wurden darüber hinaus Krankenstandstage, Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte erfasst.

### **3. Studiendesign & Methoden**

#### **3.1 Studiendesign und Ablauf der Erhebung**

Die Studie ist eine prospektive, multimodale und multimethodale Längsschnittstudie mit naturalistischem Ein-Gruppen-Design. Die Studienteilnehmer waren Patientinnen und Patienten, welche im Rahmen der österreichischen Gesundheitsversorgung psychotherapeutische Hilfe aufsuchten. Laut Studiendesign sollten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer für 30 Monate in der Studie verbleiben – unabhängig von der Dauer der Behandlung. Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn der Behandlung und dann alle sechs Monate, so dass sich insgesamt sechs Messzeitpunkte ergeben. Eine individuelle Datenerhebung am Ende jeder Behandlung erwies sich als nicht durchführbar, da das Forschungsteam keine Möglichkeit hatte, zeitnah vom Abschluss der einzelnen Behandlungen zu erfahren. Von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten erfolgte eine Fremdbeurteilung der Patientinnen und Patienten zu Beginn und am Ende der Behandlung.

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte in Kooperation mit der ÖGATAP und niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich. Während einer Rekrutierungsphase von einem Jahr wurden Patientinnen und Patienten welche eine neue Therapie begannen von ihrer Therapeutin oder ihrem Therapeuten auf die Studie angesprochen, ausführlich aufgeklärt und erhielten einen Eingangsfragebogen. Ihre Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Studie teilten die Patientinnen und Patienten direkt der Studienleitung mit, den Therapeutinnen und Therapeuten war nicht bekannt, ob sich ihre Patientinnen und Patienten für oder gegen die Teilnahme entschieden hatten. Jene Patientinnen und Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, erhielten alle 6 Monate einen weiteren Verlaufsfragebogen per Post von der Studienleitung zugesandt. Die Rücksendung erfolgte jeweils im verschlossenen Umschlag an die Studienleitung, ohne Umweg über die Psychotherapeuten.

Unsere Bemühungen eine Kontrollgruppe aus vergleichbaren Patientinnen und Patienten zu gewinnen, die sich nicht in psychotherapeutischer, sondern in allgemeinärztlicher Behandlung befinden, erbrachten leider nicht genügend Teilnehmer. Trotz verschiedener Versuche, an niedergelassene Hausärzte heranzutreten, und trotz des Angebots einer finanziellen Aufwandsentschädigung, konnten nur 12 Ärzte für die Teilnahme gewonnen werden, welche insgesamt weniger als 10 Patienten rekrutieren konnten – deutlich zu wenige für eine repräsentative Kontrollgruppe. Entsprechend bleibt die Untersuchung in Bezug auf ein Außenkriterium für den Erfolg der Behandlungen auf Angaben zur klinischen Signifikanz der Ergebnisse beschränkt.

### 3.2 Messinstrumente

Der Eingangsfragebogen für die Patientinnen und Patienten zu Beginn der Behandlung (T<sub>1</sub>) umfasste diagnostische Maße (PHQ, ADP-IV), klinische Ergebnismaße (BSI, IIP, IPO-r6, FLZ<sup>M</sup>, PMS), gesundheitsökonomische Maße, sowie Fragen zu soziodemographischen Informationen. Alle Patientinnen und Patienten die ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme gaben, erhielten direkt vom Forschungsteam einen kürzeren Verlaufsfragebogen (BSI) alle sechs Monate nach Beginn der Behandlung (T<sub>2</sub>–T<sub>5</sub>). 30 Monate nach Beginn der Behandlung (T<sub>6</sub>) erhielten die Patientinnen und Patienten einen Fragebogen zum Therapieende, welcher erneut die oben genannten klinischen Ergebnismaße und gesundheitsökonomischen Fragen enthielt. Die Therapeutinnen und Therapeuten schätzten zu Beginn und am Ende der Behandlung die Symptomschwere (CGI-S) und das globale Funktionsniveau (GAF) ihrer Patientinnen und Patienten ein. Als Maß für Adhärenz wurden die Therapeutinnen und Therapeuten darüber hinaus gebeten, zu Beginn der Behandlung anzugeben, welche Interventionen und therapeutischen Techniken sie einzusetzen planen, und am Ende der Behandlung, welche Interventionen und Techniken tatsächlich eingesetzt wurden (CPPS; PIT).

#### *Diagnostische Instrumente (Patienteneinschätzung)*

*PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ)*. Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ; Spitzer, Kroenk & Williams 1999; deutsche Version: Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog 2002) ist die Selbstauskunftsversion des PRIME-MD. Es handelt sich um ein Screening-Instrument für eine Reihe von psychischen Störungen gemäß der Achse I des DSM-IV. Die vollständige Version wie sie hier eingesetzt wurde enthält 78 Items verschiedener Skalierung die direkt von den DSM-IV-Kriterien abgeleitet wurden. Einige der durch den PHQ erfassten Störungen haben einen subklinischen Grenzwert, d. h. sie umfassen weniger Symptome als für die korrespondierende DSM-IV-Diagnose notwendig wären. Nichtsdestotrotz wurden die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version des PHQ, einschließlich der Kriteriumsvalidität, als gut beurteilt (Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe 2004). Die interne Konsistenz lässt sich nur für die Subskalen Depressivität und Somatisierung sinnvoll berechnen. In der vorliegenden Stichprobe waren die Werte gut: Cronbach's  $\alpha = .87$  für Depressivität und Cronbach's  $\alpha = .79$  für Somatisierung.

*Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV)*. Der ADP-IV (Schotte, De Doncker, Vankerckhoven, Vertommen & Cosyns 1998; deutsche Version: Doering et al. 2007) ist ein 94-Item Selbstauskunftsfragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen gemäß der Achse II des DSM-IV. Jedes Item umfasst sowohl Eigenschafts- (Trait) als auch Einschränkungskarakteristika

(distress/impairment) eines DSM-IV-Kriteriums. Die Versuchsperson gibt zunächst auf einer siebenstufigen Skala (Range: 1–7) an, wie typisch eine bestimmte Persönlichkeitseigenschaft für sie ist (Beispielitem: »Es ist typisch für mich, dass meine Haltung gegenüber anderen zwischen offener Feindseligkeit und reumütigen Versprechungen, mich zu bessern wechselt.«). Wenn eine Eigenschaft als typisch ( $\geq 5$ ) eingeschätzt wurde, schätzt die Versuchsperson in einem zweiten Schritt auf einer dreistufigen Skala (Range: 1–3) ein, ob diese Eigenschaft bei ihr oder anderen bereits zu Schaden oder Leid geführt hat. Der ADP-IV bietet sowohl die Möglichkeit zur kategorialen, als auch zur dimensional Diagnostik. Für die Beschreibung der Stichprobe wurde anhand der im Manual beschriebenen Cut-offs jede DSM-IV-Persönlichkeitsstörung als entweder vorhanden oder nicht vorhanden diagnostiziert. Für die Moderatoranalyse wurde ein dimensionaler Score aus der Summe aller Trait-Items gebildet, um auch pathologische Persönlichkeitszüge von Patienten abzubilden, bei denen der Cut-off-Wert für die Vergabe einer Persönlichkeitsstörung nicht erreicht wird (vgl. Renn, Höfer, Schüßler, Rumpold, Smrekar, Janecke & Doering 2008). Dieser Gesamtsummenscore wird als allgemeines Maß für pathologische Persönlichkeitszüge verstanden. Zur Validität des ADP-IV: Der Fragebogen erreichte mittlere Übereinstimmungen mit SKID-Diagnosen und Expertenratings (Doering et al. 2007). Es wurde gezeigt, dass der ADP-IV eine sehr hohe Sensitivität als Screening-Instrument hat, allerdings nur eine geringe Spezifität (Renn, Höfer, Schüßler, Rumpold, Smrekar, Janecke & Doering 2008). Die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) für die einzelnen Subskalen lag im vorliegenden Datensatz zwischen akzeptabel (0,66) und gut (0,85).

### *Klinische Ergebnismaße (Patienteneinschätzung)*

*Brief Symptom Inventory (BSI)*. Das BSI (Derogatis 1993; deutsche Version: Franke 2000) ist ein Selbsteinschätzungsinstrument für Patientinnen und Patienten mit dem die aktuell wahrgenommene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Beschwerden gemessen wird (Itembeispiel: »Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Verletzlichkeit in Gefühlsdingen?«). Es handelt sich um die Kurzform der weit verbreiteten Symptom-Checkliste-90-R. Anhand von 53 fünfstufig skalierten Items (Range: 0–4) werden Beschwerden aufgrund von Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, sozialer Unsicherheit, paranoidem Denken und Psychotizismus erfasst. Als globales Maß für die Symptombelastung wurde der Global Severity Index (GSI) als arithmetisches Mittel der Einzelitems berechnet. Die Validität des BSI, auch hinsichtlich der Korrespondenz zur etablierten Langform, kann insgesamt als gut angesehen werden, die Test-Retest-Reliabilität liegt bei  $r_{xx} = .90$  (Franke 2000). In den vorliegenden Messungen ergaben sich für die interne Konsistenz sehr gute Werte: Cronbach's  $\alpha_{T1} = 0,97$ , Cronbach's  $\alpha_{T2} = 0,97$ , Cronbach's  $\alpha_{T3} = 0,98$ . Zur Definition von

klinischen und nicht-klinischen Wertebereichen wurden die folgenden Stichproben herangezogen: Im Testmanual wird eine deutsche Stichprobe von  $N = 600$  Erwachsenen beschrieben, die sich selbst als weder körperlich noch psychisch krank beschrieben – diese wurde hier als nicht-klinische Normstichprobe verwendet. Der mittlere GSI lag bei  $M = 0,31$  ( $SD = 0,23$ ). Für die klinische Normstichprobe wurde anstatt der im Manual beschriebenen US-amerikanischen Stichprobe ambulanter Psychatriepatientinnen und -patienten eine neuere deutsche Stichprobe von Geisheim und Kollegen (2002) verwendet. Diese umfasst  $N = 1252$  ambulante Psychotherapiepatientinnen und -patienten, für die ein mittlerer GSI von  $M = 1,14$  ( $SD = 0,67$ ) berichtet wird. Der Cut-off-Punkt zwischen der klinischen und der nicht-klinischen Population liegt bei  $c = .73$ .

*Inventar interpersoneller Probleme (IIP)*. Das IIP (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor 1988; deutsche Version: Horowitz, Strauß & Kordy 2000) ist ein 64-Item Selbstauskunftsfragebogen. Auf einer fünfstufigen Skala (Range: 0–4) geben die Versuchspersonen an, inwieweit sie bestimmte Schwierigkeiten in Beziehungen zu anderen erleben (Beispielitem: »Es fällt mir schwer jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll«). Der Mittelwert über alle Items wurde berechnet und als globales Maß für interpersonelle Probleme interpretiert. Die Konstruktvalidität des IIP ist gut belegt (Gurtman 1996; Horowitz, Strauß & Kordy 2000) und es wurde als sensitiv für Veränderungen durch Psychotherapie ausgewiesen (Huber, Henrich, Klug 2007). Siefert und DeFife (2012) benennen das IIP als eines von zehn Maßen welche speziell dafür geeignet sind, die Veränderungsdimensionen auf welche psychodynamische Therapien abzielen zu erfassen. Die mittlere Test-Rest-Reliabilität liegt bei  $r_{xx} = .86$ . Die interne Konsistenz in der vorliegenden Stichprobe reichte von akzeptabel bis sehr gut ( $.77 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .96$ ). Der Wertebereich der nicht-klinischen Population wurde anhand der Stichprobe von Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher und Strauß (1999) definiert. Diese Stichprobe galt zum Zeitpunkt ihrer Erfassung als repräsentativ für die deutsche Bevölkerung im Alter von 14 bis 92 ( $N = 2798$ ). Der IIP-Gesamtscore für diese Stichprobe liegt bei  $M = 1.29$  ( $SD = .52$ ). Der Wertebereich der klinischen Population wurde definiert durch eine Kombination aus vier klinischen Stichproben (neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, psychosomatische Störungen) derselben Autoren (ebd.). Gewichtete Mittelwerte und Varianzen wurden berechnet:  $N_{\text{Total}} = 565$ ,  $M_w = 1.76$  ( $SD_w = .54$ ). Der Cut-off-Punkt zwischen der klinischen und der nicht-klinischen Population liegt bei  $c = 1.53$ .

*Kurzversion des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation (IPO-16)*. Das IPO-16 (Zimmermann et al. 2013) ist ein 16-Item Selbstauskunftsfragebogen, welcher auf dem Inventar zur Persönlichkeitsorganisation (IPO; Lenzenwegger, Clarkin, Kernberg & Foelsch 2001) basiert, welches wiederum auf Kernbergs Theorie der Persönlichkeitsorganisation fußt. Auf einer fünfstufigen Skala (Range: 1–5) geben die Versuchspersonen an, inwieweit eine bestimmte Aussage auf sie zutrifft

(Beispielitem: »Es fällt mir schwer, Menschen zu vertrauen, da sie sich so oft gegen mich wenden oder mich betrügen.«). Die dreifaktorielle Struktur des IPO konnte für das IPO-16 repliziert werden (Zimmermann et al. 2013). Der Gesamtmittelwert ist als allgemeines Maß für Persönlichkeitspathologie interpretierbar. Trotz seiner relativen Kürze weist das IPO-16 insgesamt gute psychometrische Eigenschaften auf (ebd.). Die Test-Retest-Reliabilität liegt bei  $r_{xx} = .85$ . Die interne Konsistenz war in der vorliegenden Stichprobe gut (Cronbach's  $\alpha_{T1} = .84$ ; Cronbach's  $\alpha_{T6} = .85$ ). Der Wertebereich der nicht-klinischen Population wurde anhand der repräsentativen deutschen Normstichprobe (Zimmermann, Benecke, Hörz-Sagstetter & Dammann 2015) definiert:  $N = 2502$ ,  $M = 1.87$  ( $SD = .62$ ). Der Wertebereich der klinischen Population basiert auf einer ambulanten Psychotherapiestichprobe wie sie von Zimmermann und Kollegen (2013) beschrieben wurde:  $N_{Total} = 1036$ ,  $M = 2.10$  ( $SD = .59$ ). Der Cut-off-Punkt zwischen der klinischen und der nicht-klinischen Population liegt bei  $c = 2.00$ .

*Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ<sup>M</sup>)*. Der FLZ<sup>M</sup> (Henrich & Herschbach 2000) ist ein 32-Item Selbstausskunftsforschungsbogen. Er besteht aus zwei Modulen (mit jeweils acht Items zu verschiedenen Aspekten des jeweiligen Bereichs): »Allgemeine Lebenszufriedenheit« (ALZ; Beispielitems: »Einkommen/Finanzen«, »Familie/Kinder«) und gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit (Gesundheit; Beispielitems: »Körperliche Verfassung/Fitness«, »Unabhängigkeit von Unterstützung/Pflege«). Die Versuchspersonen schätzen jedes Items zweimal ein, einmal für die subjektive Bedeutsamkeit eines Aspekts und einmal für die aktuelle Zufriedenheit mit diesem Aspekt in ihrem Leben. Beide Angaben werden dann zu einem gewichteten Zufriedenheitswert zusammengefasst. Die Summe dieser gewichteten Werte für jedes Modul wird als globales Maß für allgemeine und gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit verstanden (Range:  $-96 - 160$ ). Der FLZ<sup>M</sup> hat gute psychometrische Eigenschaften, inklusive Sensitivität für Veränderung durch Psychotherapie (ebd.). Die Test-Retest-Reliabilität liegt bei  $r_{xx} = .87$  für ALZ und  $r_{xx} = .85$  für Gesundheit (ebd.). In der vorliegenden Stichprobe reichte die interne Konsistenz der Skalen von fragwürdig bis gut für ALZ ( $.66 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .84$ ) und von akzeptabel bis gut für Gesundheit ( $.79 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .86$ ). Der Wertebereich der nicht-klinischen Population wurde anhand von Henrich and Herschbach's (2000) repräsentativer Stichprobe der deutschen Bevölkerung definiert:  $N_{ALZ} = 2534$ ,  $M_{ALZ} = 60.49$  ( $SD = 37.31$ ),  $N_{Gesundheit} = 2218$ ,  $M_{Gesundheit} = 74.39$  ( $SD = 41.54$ ). Der Wertebereich der klinischen Population wurde anhand einer Stichprobe stationärer psychosomatischer Patientinnen und Patienten definiert, welche Ende der 1990er Jahre in Deutschland erhoben wurden (G. Henrich, persönliche Kommunikation, 6. Februar 2016; Henrich & Herschbach 2000):  $N_{ALZ} = 1044$ ,  $M_{ALZ} = 9.49$  ( $SD = 33.66$ ),  $N_{Gesundheit} = 1027$ ,  $M_{Gesundheit} = -6.60$  ( $SD = 35.76$ ). Diese einzig verfügbare Stichprobe ist suboptimal, da sie stationäre statt ambulante Patientinnen und Patienten umfasst und damit sehr wahrscheinlich zu

einer Überschätzung des Unterschieds zwischen klinischer und nicht-klinischer Population führt. Der Cut-off-Punkt zwischen der klinischen und der nicht-klinischen Population liegt bei  $c = 34.99$  für ALZ und bei  $c = 33.90$  für Gesundheit.

*Psychological Mindedness Scale (PMS-D)*. Die PMS (Conte, Ratto & Karasu 1996; ins Deutsche Übersetzt von: Hamburger, Taubner & Huber 2012) ist ein 45-Item Selbstauskunftsfragebogen zur Messung der Psychological Mindedness. Psychological Mindedness (psychologische Sensibilität) wurde erstmals von Appelbaum (1973) als Konzept eingeführt und bezeichnet das Interesse und die Fähigkeit einer Person, über die eigenen Gefühle, Gedanken und Handlungen zu reflektieren. Das Konzept wurde später mit der Mentalisierungstheorie verknüpft und Allen, Fonagy und Bateman (2011) bezeichnen Psychological Mindedness als Disposition zur Mentalisierung. In der PMS-D schätzen die Versuchspersonen auf einer vierstufigen Skala (Range: 1–4) ein, inwieweit eine bestimmte Aussage auf sie zutrifft (Beispielitem: »Ich bin neugierig, aus welchen Gründen Menschen sich so verhalten, wie sie es tun«). Conte, Ratto und Karasu (1996) berichten gute psychometrische Eigenschaften für die PMS-D, die Test-Retest-Reliabilität liegt bei  $r_{xx} = .92$ . In späteren Studien erwies sich die ursprüngliche 5-Faktoren-Struktur der Skala als schlecht exakt zu replizieren. Die alternativen Faktorenlösungen wurden jedoch als konzeptuell ähnlich eingeschätzt (Shill & Lumley 2002). Die Summe aller (teilweise negativ kodierten) Itemwerte wird als allgemeines Maß für Psychological Mindedness interpretiert (ebd., Range: 45–180). In der vorliegenden Stichprobe ergaben sich gute interne Konsistenzen für T1 (Cronbach's  $\alpha_{T1} = .86$ ) und T6 (Cronbach's  $\alpha_{T6} = .86$ ). Im Fall der PMS-D konnten die Wertebereiche für die klinische und nicht-klinische Population nicht anhand von vorangegangenen Studien definiert werden, da die mittleren Werte in einer nicht-klinischen Stichprobe US-amerikanischer College-Studentinnen und -Studenten (Shill & Lumley 2002;  $N = 397$ ,  $M = 130.02$ ,  $SD = 10.83$ ) sich nicht signifikant von ambulanten Psychiatriepatientinnen und -patienten (Conte, Ratto & Karasu 1996;  $N = 116$ ,  $M = 131.78$ ,  $SD = 14.16$ ) unterschied. Als Kriterium für klinisch bedeutsame Veränderungen in der Psychological Mindedness wurde daher  $+2SD$  vom Mittelwert zu T1 als Cut-off-Punkt verwendet.

### *Soziodemografische Informationen & gesundheitsökonomische Ergebnismaße*

Zusätzlich zur Abfrage von soziodemographischen Informationen wurde abgefragt, wie häufig die Patientinnen und Patienten im vergangenen Jahr Ärzte besucht hatten oder medizinische Eingriffe wie Operationen oder Endoskopien vornehmen ließen. Weiterhin wurden Krankenstandstage, Medikation, Krankenhausaufenthalte und vorangegangene stationäre wie ambulante Psychotherapie abgefragt. Da für diese Einzelitems keine Reliabilitätsmaße zur Verfügung stehen, konnte der Reliable Change Index als Kriterium für Responder nicht berechnet werden. Die

Methode der prozentuellen Verbesserung ( $\geq 50\%$  Verbesserung zu  $M_{T1}$  und  $\geq 25\%$  individuelle Verbesserung zu  $T1$ ) wurde stattdessen verwendet (Hiller, Schindler & Lambert 2012).

### *Klinische Ergebnismaße (Therapeuteneinschätzung)*

*Clinical Global Impression – Severity (CGI-S)*. Die CGI-S (Guy 1976) ist eines von zwei Items der Clinical Global Impression (CGI). Die Therapeutinnen und Therapeuten werden gebeten, die Schwere der Psychopathologie der Patientinnen und Patienten auf Basis aller verfügbaren Informationen und der Gesamtheit ihrer eigenen klinischen Erfahrung auf einer siebenstufigen Skala (Range: 1–7) einzuschätzen. Das zweite Item der CGI fragt nach dem Ausmaß der allgemeinen therapeutischen Verbesserung der Patientinnen und Patienten. Es wurde hier nicht verwendet, da keine Vorteile gegenüber einer Prä-Post-Messung mit dem Schweregrad-Item gezeigt werden konnte (Forkmann et al. 2011). Hinsichtlich der Validität korreliert die CGI-S mittelstark bis stark mit aufwendigeren störungsspezifischen Maßen für Depression und Angststörungen, sowie psychotischen Störungen (Bandelow, Baldwin, Dolberg, Andersen & Stein 2006). Die Interrater-Reliabilität wurde als gut berichtet:  $ICC_{1,1} = .89$  (Honer et al. 1995, zitiert nach Johnson 2010). Da für die CGI-S keine adäquaten Normstichproben vorliegen, wurde  $+2$  SD vom Mittelwert zu  $T1$  als Cut-off-Punkt für klinisch bedeutsame Veränderungen gesetzt.

*Global Assessment of Functioning (GAF)*. Die globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) ist die Achse V im DSM-IV-TR (APA, 2000, deutsche Version: Saß, Wittchen, Zaudig & Houben 2003). Die Therapeutinnen und Therapeuten werden gebeten, ihren Gesamteindruck der sozialen, beruflichen und psychologischen Funktionsfähigkeit ihrer Patientinnen und Patienten wiederzugeben. Die GAF umfasst eine numerische Skala (Range: 1–100), sowie eine ausführliche Anleitung zum Einschätzen des Funktionsniveaus. Die Skala wurde wiederholt aufgrund von Problemen der konvergenten wie prädiktiven Validität kritisiert (Aas 2010). Für die vorliegende Studie wurde sich aufgrund der Kürze der Skala, sowie der weiten Verbreitung und einfachen Anwendung dennoch für die GAF entschieden. Zudem wurde in der Regel eine akzeptable bis gute Interrater-Reliabilität berichtet:  $IIC_{1,1} = .84$  (Honer et al. 1995, zitiert nach Johnson 2010) – zumindest bei erfahrenen Klinikern (Söderberg, Tungenström & Armelius 2005).  $+2$  SD vom Mittelwert zu  $T1$  wurde als Cut-off-Punkt für klinisch bedeutsame Veränderungen gesetzt.

### *Instrumentenentwicklung & Adhärenzmessung*

*Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS) – Therapist Form*. Die CPPS (Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge & Blais 2005) ist ein Messinstrument zur

Erfassung von therapeutischen Techniken und Interventionen in Psychotherapien. Es liegt eine Patientenversion, eine Therapeutenversion und eine Fremdbeobachtungsversion vor. Für die vorliegende Studie wurde lediglich die Therapeutenversion zu Beginn und am Ende der Behandlungen eingesetzt. Die CPPS umfasst 20 siebenstufige Items: Zehn Items beschreiben therapeutische Techniken und Interventionen die typisch für ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen sind und zehn Items beschreiben ein typisch psychodynamisch-interpersonelles Vorgehen. Die CPPS hat eine gute Reliabilität und ist gut in der Lage, zwischen psychodynamischen und nicht-psychodynamischen Therapieformen zu unterscheiden (ebd.). Als globales Maß dafür, inwieweit eine gegebene Psychotherapie Elemente der beiden Richtungen enthält, wird das arithmetische Mittel der beiden Subskalen berechnet. Die von Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge und Blais, (2005) bekannte gute interne Konsistenz der beiden Subskalen konnte in der aktuellen Stichprobe bestätigt werden:  $.82 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .88$ .

Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden (PIT) – Therapeutenversion. Da KIP, HY und ATP einerseits psychodynamische Therapiemethoden sind, andererseits aber auch imaginations- und trancebasierte Techniken verwenden die im klassisch-psychodynamischen Vorgehen nicht enthalten sind, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie eine Erweiterung der CPPS für imaginations- und trance-basierte psychodynamische Methoden entwickelt, die PIT (Sell, Schöpfer-Mader, Brömmel & Möller 2017). Die PIT wurde für den kombinierten Einsatz mit der CPPS entwickelt und erweitert die CPPS um 6 KIP-spezifische, 7 HY-spezifische und 4-ATP-spezifische Items. Die interne Konsistenz der einzelnen Subskalen lag in der vorliegenden Stichprobe zwischen akzeptabel und sehr gut:  $.78 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .92$ .

CPSS und PIT sollen gemeinsam Aussagen darüber erlauben, inwieweit die Therapeutinnen und Therapeuten in den untersuchten Behandlungen ihre jeweiligen Methoden verfahrenstreu angewandt haben und wie typisch ihre Interventionen für verschiedene therapeutische Orientierungen sind. Als Baseline dienen hier zum einen die zu Beginn der Behandlungen geplanten Techniken und zum anderen die von Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge und Blais (2005) publizierten prototypischen Ratings. Hier wurden erfahrene psychodynamische und KVT-Therapeuten gebeten, CPPS-Ratings für prototypische Sitzungen in ihrem jeweiligen Verfahren abzugeben.

### 3.3 Einschlusskriterien & Stichprobe

Neben der informierten Einwilligung der Patientinnen und Patienten waren die Einschlusskriterien wie folgt: Alter zwischen 18 und 65 Jahren und gemäß dem diagnostischen Urteil der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten sollte keine psychotische Erkrankung, keine Suchterkrankung und keine schwere

neurologische Erkrankung im Vordergrund stehen. Eine F-Diagnose nach ICD-10 und ausreichende Deutschkenntnisse zum Verständnis der Fragebögen mussten gegeben sein. Als wichtige Besonderheit in Österreich ist zu nennen, dass Psychotherapien über eine Mischung aus Privatzahlungen (bei Bezuschussung durch die GKV in Höhe von 21.80 € pro Therapiestunde), privaten Zusatzversicherungen und einem festen, pro Bundesland begrenztem, Kontingent an GKV-finanzierten Therapiestunden finanziert werden (Dittrich 2012). Es ist daher zu erwarten, dass die Stichprobe – im Vergleich etwa zu Studien in Deutschland – in Richtung eines höheren sozioökonomischen Status verschoben sein wird.

**Tabelle 1** stellt die soziodemographischen und klinischen Merkmale der Stichprobe zu T<sub>1</sub> dar. Die Gesamtstichprobe zu Beginn der Behandlungen (T<sub>1</sub>) umfasste 353 Patientinnen und Patienten, 177 für KIP, 123 für HY und 53 für ATP. Durch Dropouts wurde die Stichprobe nach 6 Monaten (T<sub>2</sub>) auf 209 Patientinnen und Patienten (115 für KIP, 68 für HY, 29 für ATP), nach 12 Monaten (T<sub>3</sub>) auf 169 Patientinnen und Patienten (94 für KIP, 56 für HY, 19 für ATP), nach 18 Monaten (T<sub>4</sub>) auf 146 Patientinnen und Patienten (82 für KIP, 48 für HY, 16 für ATP), nach 24 Monaten (T<sub>5</sub>) auf 129 Patientinnen und Patienten (73 für KIP, 41 für HY, 15 für ATP) und nach 30 Monaten auf 109 Patientinnen und Patienten (61 für KIP, 36 für HY, 12 für ATP) reduziert – vgl. Kap. 6.2 für Dropout-Analysen und Vergleich der Stichproben.

Die Patientinnen und Patienten sind zu T<sub>1</sub> zu 93,7% österreichische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger und im Mittel 37.2 (SD=13,1) Jahre alt. 70.3% sind weiblich, 28.7% männlich. 27.3% gaben als höchsten Schulabschluss ein Hochschulstudium an, 28.7% die Matura, 18.7% einen Fachschul- und 19.0% einen Pflichtschulabschluss. Lediglich 1% der Patientinnen und Patienten gaben an keinen Schulabschluss zu haben. 53.0% sind verheiratet oder leben in fester Partnerschaft, 30.0% sind ledig und 14.0% sind geschieden oder leben getrennt.

Tabelle 1: Informationen zu den Behandlungen, Patienteninformationen und klinische Merkmale der Stichprobe zu T<sub>1</sub>

	KIP	HY	ATP
Informationen zu den Behandlungen			
N (Patienten)	177	123	53
N (Therapeuten)	51	21	9
Anzahl der Sitzungen pro Behandlung (M, SD)	63 (45.43)	53 (44.63)	20 (11.76)
Frequenz der Sitzungen (wöchentlich, zweiwöchentlich)	88.1% / 9.0%	69.3% / 28.4%	72.4% / 24.1%
Anzahl der Sitzungen mit Imaginationen / Trancen pro Behandlung (M, SD)	10 (8.01)	34 (34.55)	6 (.88)
Anzahl der noch andauernden Behandlungen zu T <sub>6</sub> (n, %)	23 (13.0%)	4 (3.3%)	0 (0%)

	KIP	HY	ATP
<b>Patienteninformationen</b>			
Alter (M, SD)	37.0 (13.64)	37.46 (12.34)	47.80 (13.73)
Geschlecht (n, % weiblich)	117 (66.1 %)	94 (76.4 %)	33 (63.5 %)
<b>Diagnosen (n, %)</b>			
Somatoforme Störung (PHQ)	53 (29.9 %)	32 (26.0 %)	17 (32.1 %)
Depressive Störung (PHQ)	87 (49.2 %)	52 (42.3 %)	15 (28.3 %)
Angststörung (PHQ)	57 (32.2 %)	51 (41.4 %)	16 (30.2 %)
Essstörung (PHQ)	19 (10.7 %)	13 (10.5 %)	4 (7.6 %)
V.a. Alkoholmissbrauch (PHQ)	34 (19.2 %)	15 (12.2 %)	6 (11.3 %)
Cluster-A-Persönlichkeitsstörung (ADP-IV)	4 (2.3 %)	5 (4.1 %)	0 (0 %)
Cluster-B-Persönlichkeitsstörung (ADP-IV)	24 (13.6 %)	11 (8.9 %)	2 (3.8 %)
Cluster-C-Persönlichkeitsstörung (ADP-IV)	24 (13.6 %)	16 (13.0 %)	2 (3.8 %)
Chronische körperliche Erkrankung	76 (44.4 %)	50 (41.7 %)	24 (45.3 %)
<b>Andere Behandlungen (n, %)</b>			
Aktuelle psychiatrische Medikation	102 (57.6 %)	75 (61.0 %)	28 (54.4 %)
Vorangegangene Psychotherapie	108 (62.8 %)	70 (58.8 %)	18 (34.0 %)

Gemäß den mittels PHQ-D ermittelten Diagnosen (vgl. Tab. 1), kommen depressive Störungen mit 46.3 % in der Stichprobe am häufigsten vor. 36.0 % erfüllen die Kriterien einer Angst- oder Panikstörung, 28.3 % die einer somatoformen Störung. Bei 16.3 % ist von einem Alkoholmissbrauch zu sprechen, bei 10.6 % von einer Essstörung. Laut Selbstbericht im ADP-IV erfüllten insgesamt 23.7 % der Patientinnen und Patienten die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV-R, wobei die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung mit 8.6 % und die Borderline-Störung mit 10.1 % am häufigsten sind. 42.0 % der Patientinnen und Patienten in der Stichprobe gaben an, aufgrund zumindest einer chronischen somatischen Erkrankung regelmäßig in Behandlung zu sein. Der Bevölkerungsdurchschnitt laut Österreichischer Gesundheitsbefragung (Klimont & Baldaszeti 2015) liegt bei 36,0 %. Die mittlere Gesamtanzahl der (nicht-psychotherapeutischen) Arztbesuche pro Jahr liegt bei der hier untersuchten Patientengruppe mit 12,1 (SD = 12,0) deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 6,8 (ebd.), ebenso wie die mittleren Krankenstandstage pro Jahr mit 23,1 (SD = 62,3) gegenüber einem Bevölkerungsdurchschnitt von 17,3 (ebd.).

### 3.4 Durchführung der Behandlungen

Die Patientinnen und Patienten in der vorliegenden Stichprobe wurden insgesamt von 81 Studientherapeutinnen und Studientherapeuten (51 für KIP, 21 für HY und

9 für ATP) behandelt. Gemäß den Prinzipien naturalistischer Forschung wurden die Therapeutinnen und Therapeuten gebeten, die Behandlungen gemäß ihrer üblichen Praxis durchzuführen. Dadurch finden sich in der Stichprobe Behandlungen unterschiedlicher Länge, Sitzungsfrequenz und, im Falle der ATP, sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien. Die mittlere Sitzungsanzahl lag bei 63 (SD = 45.43) für KIP, 53 (SD = 44.63) für HY und 20 (SD = 11.76) für ATP. KIP-Behandlungen waren zu 88.1 % wöchentlich und zu 9.0 % zweiwöchentlich; HY-Behandlungen waren zu 69.3 % wöchentlich und zu 28.4 % zweiwöchentlich; ATP-Behandlungen waren zu 72.4 % wöchentlich und zu 24.1 % zweiwöchentlich. Eine durchschnittliche KIP-Behandlung umfasste 10 Sitzungen (SD = 8.01) mit begleiteter Imagination, eine durchschnittliche HY-Behandlung umfasste 34 Sitzungen (SD = 35.55) mit hypnotischen Trancen, eine durchschnittliche ATP-Behandlung umfasste 6 (SD = .88) Sitzungen mit autogenen Imaginationen. Nach Beendigung der Studie nach 30 Monaten dauern 23 (13.0 %) KIP-Behandlungen, 4 (3.3 %) HY-Behandlungen und keine ATP-Behandlung weiterhin an. Als Besonderheit der ATP-Behandlungen ist zu nennen, dass 24 der 53 zu T1 begonnenen Therapien Gruppenpsychotherapien im Rahmen der ATP-Grundstufe waren. Nach 30 Monaten waren 3 der 12 in der Stichprobe verbleibenden ATP-Patientinnen und -Patienten ausschließlich gruppentherapeutisch behandelt worden.

#### **4. Ergebnisse I: Moderatoren des Behandlungserfolgs<sup>1</sup>**

Um mögliche Moderatoren des Behandlungserfolgs im Sinne der differentiellen Indikation zu identifizieren, wurde die Veränderung in der Symptombelastung innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der Behandlung betrachtet. Mittels regressionsanalytischer Verfahren (Moderatoranalysen) wurde geprüft, ob die therapeutische Veränderung in den einzelnen Methoden unterschiedlich ausfällt, je nachdem, wie groß die Psychological Mindedness der Patienten ist und in welchem Ausmaß sie pathologische Persönlichkeitszüge aufweisen.

##### **4.1 Datenauswertung**

Die statistische Datenanalyse wurde mit *IBM SPSS Statistics Version 19.0.0* durchgeführt. Das Signifikanzniveau für alle statistischen Analysen wurde auf  $\alpha = .05$  festgelegt. Es erfolgte eine explorative Datenanalyse und bei insgesamt drei

---

1 Die hier berichteten Ergebnisse wurden, mit freundlicher Genehmigung von Springer Nature, entnommen aus: Sell, C., Möller, H. & Taubner, S. (2017). Katathym Imaginativer Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie: Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Psychotherapeut*, 62, 547–559.

Merkmalsträgern wurde jeweils ein Ausreißer ( $z$ -Wert  $> 2.5$ ) auf Ebene der globalen Skalenskennwerte entsprechend der Empfehlungen von Fidell and Tabachnick (2003) manuell adjustiert.

Da die ATP-Stichprobe besonders zu den späteren Messzeitpunkten sowohl auf Patientinnen- und Patienten- wie auch auf Therapeutinnen- und Therapeutenseite relativ geringe Fallzahlen aufwies, musste die Auswertungsstrategie für diese Stichprobe dahingehend angepasst werden. Daher wird die ATP-Stichprobe im Folgenden sowohl für die Auswertungsstrategien als auch für die Ergebnisse separat von den KIP- und HY-Stichproben behandelt.

### *Auswertungsstrategie für KIP- und HY-Daten*

Die Veränderungen im Gesamtwert der Symptombelastung (BSI) über die drei Messzeitpunkte sowie der Einfluss der Prädiktoren Therapiemethode (KIP, HY), Psychological Mindedness (PMS-D) und pathologische Persönlichkeitszüge (ADP-IV-Gesamtscore) wurden im Rahmen eines hierarchischen linearen Wachstumsmodells mit Hilfe der vollen Maximum-Likelihood-Methode (ML) geschätzt. Alle Prädiktoren wurden für die Analyse Grand-Mean-zentriert. Einige Therapeutinnen und Therapeuten brachten mehrere Patientinnen oder Patienten in die Studie ein; entsprechend wurde durch Aufnahme einer 3. Modellebene für Therapeuteneffekte kontrolliert. Den Empfehlungen von Tasca und Gallop (2009a) folgend wurde das Modell schrittweise aufgebaut. Zur Beurteilung der Anpassungsgüte (Model-Fit) wurden *Akaiikes Informationskriterium* (AIC) und das *Schwarz-Bayes Kriterium* (SBC) herangezogen. Als Maß für die Effektgröße relativ zu einem Base-Model wurde  $\sim R^2$  berechnet. Die Veränderung in der Symptombelastung zwischen den einzelnen Messzeitpunkten wurde zusätzlich durch Post-hoc-Tests (Šidák) über die modellbasiert geschätzten Randmittelwerte geprüft. Die Differenzen dieser Randmittel wurden anhand der gepoolten Streuung des BSI ( $SD_{BSI, pooled} = .69$ ) standardisiert und als Effektmaß  $d$  interpretiert (Feingold 2009).

Es wurde a priori eine Poweranalyse durchgeführt, um die Sensitivität der geplanten statistischen Tests bei dem gegebenen  $n_{T3} = 150$ ,  $\alpha = .05$  und  $1 - \beta = .90$  zu prüfen. Die Poweranalyse ergab, dass ein Effekt mindestens bei  $d \geq .24$  liegen muss, um im statistischen Sinne entdeckt werden zu können.

### *Auswertungsstrategie für ATP-Daten*

Um die Veränderung im Gesamtwert der Symptombelastung (BSI) anhand von Psychological Mindedness (PMS-D) und pathologischen Persönlichkeitszügen (ADP-IV-Gesamtscore) vorherzusagen, wurde eine Moderatoranalyse durchgeführt. Im ersten Schritt einer hierarchischen multiplen Regression wurde die Symptombelastung nach einem Jahr ( $T_3$ ) mittels der Symptombelastung zu

Beginn der Therapie ( $T_1$ ) vorhergesagt. Die im zweiten Schritt in die Regression aufgenommenen Variablen sagen entsprechend das Regressionsresiduum von Schritt 1, also die Veränderung von  $T_1$  zu  $T_3$  vorher. Alle Prädiktoren wurden für die Analyse Grand-Mean-zentriert. Als Effektgrößen wurden die standardisierten Regressionsgewichte ( $\beta$ ) verwendet. Eine Kontrolle für Therapeuteneffekte ist hier nicht möglich.

## 4.2 Ergebnisse

### *Ergebnisse für KIP- und HY-Daten*

Um die Veränderung in der Symptombelastung nach einem Jahr zu prüfen, und zur Testung möglicher Prädiktoren des Behandlungserfolgs, wurde schrittweise ein hierarchisches lineares Wachstumsmodell (ML) mit den folgenden Spezifikationen aufgebaut und getestet: 1. Ebene: Symptombelastung (BSI GSI) zu 3 Messzeitpunkten, 2. Ebene: Patientin oder Patient, 3. Ebene: behandelnde Therapeutin oder behandelnder Therapeut. **Tabelle 2** zeigt die einzelnen geschätzten Modelle im Vergleich. Als Grundlage für spätere Schätzungen der Anpassungsgüte der Modelle, wurde zunächst ein Base Model berechnet, in welchem die Symptombelastung über alle Messzeitpunkte hinweg lediglich auf Basis des (Random) Intercepts vorhergesagt wurde, um die totalen Between- und Within-Varianzanteile zu schätzen. Für dieses Modell ergab sich für die Varianz zwischen den einzelnen Behandlungen  $\tau_{00} = .27$ , die totale Residualvarianz (innerhalb einer Behandlung) beträgt  $\delta_{2\text{Base}} = .21$  (AIC: 1180.12 / SBC: 1193.47). Die Intraklassenkorrelation (ICC) lag bei  $r_{IC} = .562$ . 56.2% der Varianz in der Symptombelastung lassen sich also Unterschieden zwischen den Patient-Therapeut-Paaren zurechnen.

Im zweiten Schritt wurde die lineare Komponente (Messzeitpunkt: 0, 6, 12 Monate) in das Modell aufgenommen (Unconditional Linear Model) um zu testen, ob über die drei Messzeitpunkte eine Veränderung in der Symptombelastung vorliegt. Dabei wurde ein Random Slope für die linear gestufte Variable Messzeitpunkt in das Modell aufgenommen, um Varianz in den Verläufen der einzelnen Patienten mitmodellieren zu können. Dieses Modell verbesserte den Model-Fit laut AIC und SBC im Vergleich zum Base Model ( $\sim R^2 = .32$ ). Alternative Modelle mit quadratischem, bzw. piecewise-linearem Trend erbrachten keine weiteren signifikanten Verbesserungen des Model-Fits. Es wurde ein vorhersagekonformer Haupteffekt für die Variable Messzeitpunkt gefunden ( $\gamma_{10} = -.209$  (SE = .023);  $t(200) = -9.06$ ;  $p < .001$ ). Die Symptombelastung der Patientinnen und Patienten verringerte sich im Laufe der drei Messzeitpunkte. Die Varianz der Ausgangswerte ( $T_1$ ) war signifikant von null verschieden ( $\tau_{00} = .302$ ; SE = .035; Wald  $Z = 8.67$ ;  $p < .001$ ), die Behandlungen begannen also bereits mit unterschiedlicher Symptombelastung. Die Steigung variierte nicht signifikant zwischen den

Behandlungen ( $\tau_{10} = .019$  (SE  $< .012$ ); Wald  $Z = 1.60$ ;  $p = 0.11$ ), es konnte also kein Hinweis auf unterschiedliche Verläufe gefunden werden. Um zu prüfen, zwischen welchen Messzeitpunkten signifikante Veränderungen stattfanden, wurden Šidák-Post-hoc-Tests über die durch das Modell geschätzten Randmittelwerte gerechnet. Dabei ergab sich für die Differenz von T<sub>1</sub> ( $M_E = 1.04$ ) zu T<sub>2</sub> ( $M_E = .72$ ) ein signifikanter Unterschied ( $p < .001$ ;  $d = .47$ ) und ebenso für die Differenz von T<sub>1</sub> zu T<sub>3</sub> ( $M_E = .65$ ;  $p < .001$ ;  $d = .58$ ). Für die Differenz von T<sub>2</sub> zu T<sub>3</sub> konnte kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden ( $p = .34$ ;  $d = .10$ ). Die Symptombelastung der Patienten verringerte sich also innerhalb der ersten 6 Monate nach Behandlungsbeginn statistisch signifikant und blieb bis 12 Monate nach Behandlungsbeginn auf diesem Niveau. Zwischen dem 7. und dem 12. Monat nach Beginn der Behandlung konnte keine weitere, statistisch bedeutsame Symptomreduktion nachgewiesen werden.

Um zu prüfen, ob Unterschiede im Ausmaß der Symptomreduktion zwischen KIP und HY vorliegen, wurden die Variable Therapiemethode (KIP, HY) und deren Interaktionsterm mit dem Messzeitpunkt ins Modell aufgenommen (Conditional Linear Model I). Es ergab sich keine Verbesserung des Model-Fits. Die Variable Therapiemethode ( $\gamma_{13} = .014$ ; SE =  $.077$ );  $t(346) = .19$ ;  $p = .85$ ) und der Interaktionsterm von Messzeitpunkt und Therapiemethode ( $\gamma_{14} = -.031$ ; SE =  $.049$ );  $t(193) = -.63$ ;  $p = .53$ ) waren keine signifikanten Prädiktoren der Symptombelastung, es wurden also keine Hinweise auf unterschiedliche Ausgangsbelastungen oder unterschiedliche Symptomveränderung in beiden Therapiemethoden gefunden. Hierzu ist wichtig, dass mit der gegebenen Teststärke der Studie lediglich Effekte  $\geq .24$  nachweisbar wären. **Abbildung 1** zeigt den Verlauf der gemittelten Symptombelastung getrennt für KIP-, HY- und ATP-Behandlungen.

Im letzten Schritt wurde die Veränderung in der Symptombelastung durch die Prädiktoren Psychological Mindedness (PMS-D) und pathologische Persönlichkeitszüge (ADP-IV-Gesamtscore) vorhergesagt. Beide Variablen und ihr jeweiliger Interaktionsterm mit dem Messzeitpunkt wurden gemeinsam ins Modell aufgenommen, um ihren jeweils spezifischen Prädiktionswert ermitteln zu können. Da beide Prädiktorvariablen mit der Eingangsbelastung der Patientinnen und Patienten korreliert waren, wurde zusätzlich die Symptombelastung zu T<sub>1</sub> und ihre Interaktion mit dem Messzeitpunkt ins Modell aufgenommen (Conditional Linear Model II). **Abbildung 2** zeigt für KIP- und HY-Daten den Verlauf der gemittelten Symptombelastung für Patientinnen und Patienten mit niedriger ( $-1SD$ ), mittlerer (MW) und hoher ( $+1SD$ ) Psychological Mindedness, **Abbildung 3** zeigt für KIP- und HY-Daten den Verlauf für Patientinnen und Patienten mit niedrigem ( $-1SD$ ), mittlerem (MW) und hohem ( $+1SD$ ) Anteil an pathologischen Persönlichkeitszügen.

Für das Model ergab sich – wie aufgrund der Autoregression zu erwarten – ein immenser Anstieg des Model-Fits ( $\sim R^2 = .79$ ). Es wurde, wie angenommen, kein

Haupteffekt für Psychological Mindedness ( $\gamma_{15} = -.014$  (SE  $< .042$ );  $t(440) = -.32$ ,  $p = .75$ ) und Persönlichkeitspathologie ( $\gamma_{17} < .001$  (SE =  $.001$ );  $t(437) = .35$ ,  $p = .73$ ) gefunden. Der Interaktionsterm aus Psychological Mindedness und Messzeitpunkt war ein signifikanter Prädiktor für die Symptombelastung in vorhersagekonformer Richtung ( $\gamma_{16} = -.228$ ; SE =  $.078$ ;  $t(229) = -2.91$ ;  $p < .01$ ): Je höher die Psychological Mindedness der Patientinnen und Patienten zu T<sub>1</sub> war, desto stärker ging ihre Symptombelastung im Laufe der drei Messzeitpunkte zurück – bei statistischer Kontrolle für pathologische Persönlichkeitszüge, Therapiemethode und Eingangsbelastung. Für die Interaktion von Messzeitpunkt und struktureller Belastung wurde ebenfalls ein vorhersagekonformer Effekt gefunden ( $\gamma_{18} = .001$ ; SE =  $.001$ ;  $t(207) = 3.43$ ;  $p < .01$ ): Die Symptombelastung verringerte sich umso stärker, je geringer die strukturelle Belastung der Patientinnen und Patienten war – bei Kontrolle Psychological Mindedness, Therapiemethode und Ausgangsbelastung. Das Ausmaß der Persönlichkeitspathologie hat einen negativen Einfluss auf die Symptomreduktion – wenn für den Einfluss der Ausgangsbelastung kontrolliert wird.

### *Ergebnisse für ATP-Daten*

Im ersten Schritt einer hierarchischen multiplen Regression wurde die Symptombelastung (BSI) zu T<sub>3</sub> durch die Symptombelastung durch die Symptombelastung (BSI) zu T<sub>1</sub> und das Intercept vorhergesagt. Das Regressionsresiduum (die Veränderung von T<sub>1</sub> zu T<sub>3</sub>) wurde dann im zweiten Schritt durch Psychological Mindedness (PMS-D) und pathologische Persönlichkeitszüge (ADP-IV-Gesamtscore) vorhergesagt. Die Ergebnisse werden in **Tabelle 3** dargestellt. Die Hinzunahme der Moderatoren ergab keine signifikante Verbesserung des Model-Fits: Veränderung in  $F(2, 15) = 1.869$ ;  $p = .19$ ;  $\Delta R^2 = .19$ ). Weder Psychological Mindedness ( $B = -.89$  (SE =  $.52$ );  $\beta = -.39$ ;  $t(15) = -1.710$ ,  $p = .05$ ), noch das Ausmaß pathologischer Persönlichkeitszüge ( $B < -.01$  (SE  $< .01$ );  $\beta = -.19$ ;  $t(15) = -.828$ ,  $p = .42$ ) waren signifikante Prädiktoren der Veränderung in der Symptombelastung. Für die ATP-Daten konnten keine Moderatoren des Behandlungserfolgs identifiziert werden.

Tabelle 2: Schätzungen der hierarchischen linearen Wachstumsmodelle (ML) zur Vorhersage der Symptombelastung (BSI GSI) für KIP- und HY-Behandlungen

Modell	Parameter	b	SE	t	df	P	~R <sup>2</sup>	Modell-Fit (AIC/SBC)
<i>Base Model</i>							--	1180,12 / 1193,47
Intercept	$\gamma_{00}$	0,889	0,036	24,92	287	< 0,001		
<i>Unconditional linear Model</i>							0,32	1101,78 / 1124,03
Messzeitpunkt	$\gamma_{10}$	-0,209	0,023	-9,06	200	< 0,001		
<i>Conditional linear Model I</i>							0,32	1116,52 / 1129,85
Therapiemethode	$\gamma_{13}$	0,014	0,077	0,19	346	0,85		
Therapiemethode* Messzeitpunkt	$\gamma_{14}$	-0,031	0,049	-0,63	193	0,53		
<i>Conditional linear Model II</i>							0,79	235,42 / 248,71
PMS-D	$\gamma_{15}$	-0,014	0,042	-0,32	440	0,75		
PMS-D* Messzeitpunkt	$\gamma_{16}$	-0,228	0,078	-2,91	229	< 0,01		
ADP-IV Gesamt	$\gamma_{17}$	< 0,001	0,001	0,35	437	0,73		
ADP-IV Gesamt* Messzeitpunkt	$\gamma_{18}$	0,001	0,001	3,43	207	< 0,01		
BSI GSI zu T1	$\gamma_{19}$	0,942	0,020	47,07	436	< 0,001		
BSI GSI zu T1* Messzeitpunkt	$\gamma_{110}$	-0,414	0,038	-10,91	203	< 0,001		

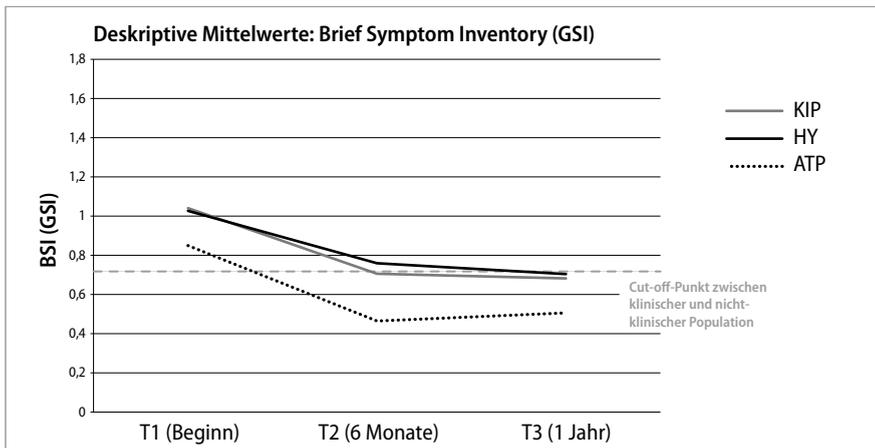
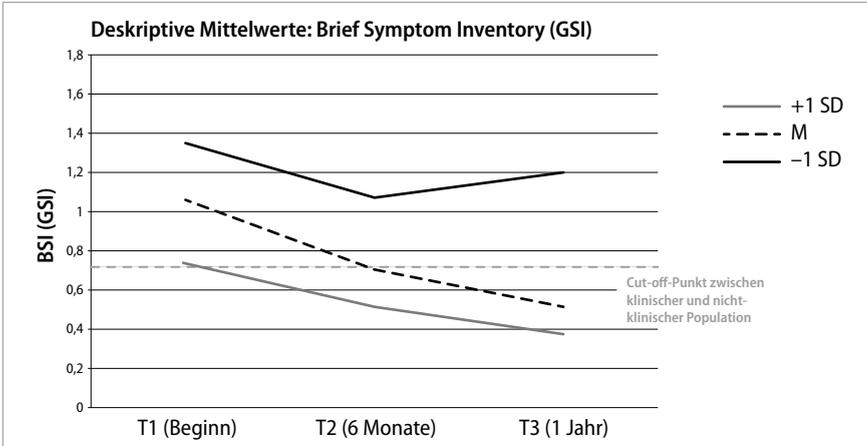
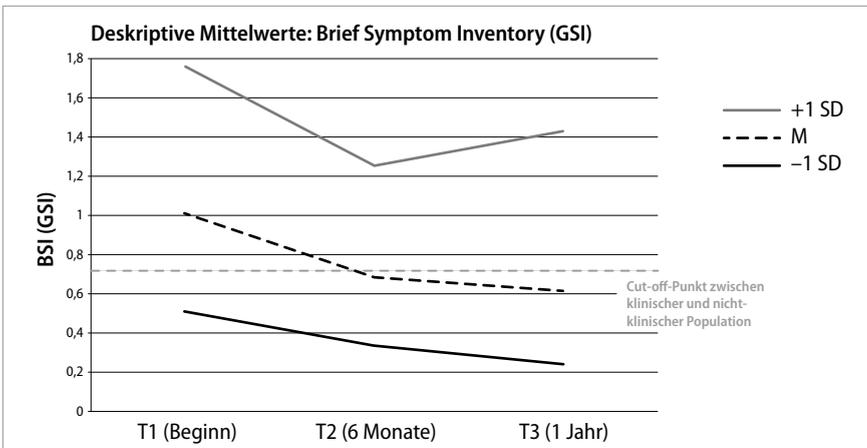


Abbildung 1: Symptombelastung (BSI GSI) für KIP-, HY- und ATP-Behandlungen



**Abbildung 2:** Symptombelastung (BSI GSI) für KIP- und HY-Patientinnen und Patienten mit niedriger (-1SD), mittlerer (M) und hoher (+1SD) Psychological Mindedness (PMS-D)



**Abbildung 3:** Symptombelastung (BSI GSI) für KIP- und HY-Patientinnen und Patienten mit niedrigem (-1SD), mittlerem (M) und hohem (+1SD) Anteil an pathologischen Persönlichkeitszügen (ADP-IV Gesamtscore)

**Tabelle 3:** Hierarchische multiple Regressionsanalyse zur Vorhersage der Symptombelastung (BSI GSI) zu T<sub>3</sub> durch Symptombelastung (BSI GSI) zu T<sub>1</sub>, Psychological Mindedness (PMS-D) und pathologischen Persönlichkeitszügen (ADP-IV Gesamtscore) für ATP-Behandlungen

Variable	b	SE	β	t	P	F	ΔR <sup>2</sup>
Schritt 1: Haupteffekt						15.440	.48***
Intercept	-.28	.24	--	-1.129	.28		
BSI GSI (T1)	.93	.24	.69	3.929	<.01		
Schritt 2: Moderatoren						1.869	.19
PMS-D	-.89	.52	-.39	-1.710	.05		
ADP-IV Gesamt	<-.01	<.01	-.19	-.828	.42		

Anmerkungen: n=19.; \*\*\* = p < .001.

### 4.3 Diskussion

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse Psychological Mindedness und das Ausmaß pathologischer Persönlichkeitszüge als Moderatoren des Behandlungserfolgs in KIP- und HY-Behandlungen aus. Für ATP-Behandlungen konnten keine Moderatoren identifiziert werden.

Die Hypothese, dass eine spezifische Bedeutung der imaginations- und trancebasierten Methoden darin liegt, dass eine hoch ausgeprägte Psychological Mindedness die Behandlungsaussichten verbessert ließ sich für KIP und HY bestätigen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Patientinnen und Patienten, die es leichter haben über eigene und fremde Gefühlen nachzudenken und sich damit auseinanderzusetzen besser von einer therapeutischen Arbeit mit inneren Bildern und hypnotischen Trancen profitieren können als Patientinnen und Patienten ohne diese Disposition. Ebenfalls bestätigen ließ sich die Hypothese, dass sich eine starke Persönlichkeitspathologie negativ auf den Behandlungserfolg in KIP und HY auswirkt. Wie erwartet, finden sich zwischen KIP und HY keine Unterschiede im Ausmaß der Symptomreduktion. Für Fragen der Therapieplanung erscheint relevant, dass sich Patientinnen und Patienten mit mittlerer bis hoher Psychological Mindedness sowie Patientinnen und Patienten mit niedriger bis mittelstarker Persönlichkeitspathologiebelastung nach einem Jahr Behandlung im Mittel bereits im Wertebereich der nicht-klinischen Population befinden. Sie unterscheiden sich offenbar qualitativ von jenen Patientinnen und Patienten mit niedriger Psychological Mindedness, bzw. hohem Anteil an pathologischen Persönlichkeitszügen.

Die Tatsache, dass für ATP-Behandlungen keine Moderatoreffekte nachgewiesen werden konnten spricht nicht unbedingt dafür, dass diese nicht vorliegen. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Teststärke gering und kleine bis mittelgroße

Effekte können mit den vorliegenden Daten nicht nachgewiesen werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss die Frage nach Moderatoren des Behandlungserfolgs bei ATP-Behandlungen offen bleiben.

## 5 Ergebnisse II: Wirksamkeit & Verlauf der Veränderung<sup>2</sup>

Um die therapeutische Wirksamkeit von KIP, HY und ATP zu prüfen, wurde eine Reihe verschiedener Ergebnismaße eingesetzt. Die Patientinnen und Patienten schätzten Symptombelastung, interpersonelle Probleme, Persönlichkeitsorganisation, Lebenszufriedenheit, Psychological Mindedness, sowie gesundheitsökonomische Maße zu Beginn der Behandlung (T<sub>1</sub>) und 30 Monate später (T<sub>6</sub>) ein. Die Symptombelastung wurde zu Beginn der Behandlung und dann alle sechs Monate von den Patientinnen und Patienten eingeschätzt (T<sub>1</sub>–T<sub>6</sub>). Die Therapeutinnen und Therapeuten schätzten die Symptomschwere und das globale Funktionsniveau ihrer Patientinnen oder Patienten zu Beginn und am Ende der Behandlung ein. Die Verfahrenstreue (Adhärenz) der Behandlungen wurde mittels CPPS und PIT von Seiten der Therapeutinnen und Therapeuten eingeschätzt.

### 5.1 Datenauswertung

Im Anschluss an eine explorative Datenanalyse wurden Single-Missing-Items mit Hilfe des EM-Algorithmus imputiert. Zur Adhärenzprüfung wurden Šidák-korrigierte multiple Vergleiche über die deskriptiven Mittelwerte der einzelnen CPPS- und PIT-Skalen für die drei Methoden berechnet.

Wie bereits in Kap. 4 erfordert die verhältnismäßig kleine ATP-Stichprobe für die weitergehende Auswertung auch hier eine andere Strategie als jene für die KIP- und HY-Behandlungen – da einige komplexere Berechnungen aufgrund zu geringer Fallzahl nicht lege artis durchführbar sind. Entsprechend wird im Folgenden stets angegeben, auf welche Stichproben sich ein Abschnitt bezieht.

#### *Auswertungsstrategie für KIP- und HY-Daten*

Mittels einer Reihe von Mehrebenenanalysen wurde die Veränderung von T<sub>1</sub> zu T<sub>6</sub> bei allen Ergebnismaßen berechnet, sowie der Verlauf der Veränderung über alle sechs Messzeitpunkte für die Symptombelastung (BSI). Den Parameterschätzungen

---

2 Die hier berichteten Ergebnisse für KIP und HY sind entnommen aus: Sell, C., Möller, H. & Taubner, S. (2017). Effectiveness of Integrative Imagination- and Trance-Based Psychodynamic Therapies: Guided Imagery Psychotherapy & Hypnotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*.

wurde die volle Maximum Likelihood-Methode (ML) sowie eine autoregressive Kovarianzstruktur, AR(1), zu Grunde gelegt. In allen Analysen lag der Messzeitpunkt auf Ebene 1, die individuellen Patientinnen und Patienten auf Ebene 2 und die jeweiligen Therapeutinnen und Therapeuten auf Ebene 3. Den Empfehlungen von Tasca und Gallop (2009a; 2009b) folgend wurden alle Modelle sequentiell aufgebaut: Zunächst wurde ein Base-Model (random-intercept-only model) getestet und Wachstumsterme, sowie Kovariaten (»Anzahl der Sitzungen« und »Therapie zu T6 bereits abgeschlossen?«) wurden in nachfolgenden Schritten aufgenommen. Alle Prädiktoren wurden grand-mean zentriert.  $\sim R^2$ -Werte wurden jeweils für das Full-Model relativ zum jeweiligen Base-Model berechnet. Gemäß Feingold (2009) wurde die Effektgröße  $d$  aus den modellbasiert geschätzten Randmittelwerten anhand der Standardabweichung zu T1 berechnet. Die Effektgröße wurde dann anhand der Formel von Morris and DeShon (2002) für die Pretest-Posttest-Korrelation korrigiert.

Das Vorgehen zur Prüfung der klinischen Signifikanz der Veränderungen folgt den Empfehlungen von Jacobson und Truax (1991). Für jedes Ergebnismaß wurde ein Cut-off-Punkt zwischen klinischer und nicht-klinischer Population anhand von entsprechenden Stichproben aus der Literatur definiert (vgl. Kap. 3.2). Der Reliable Change Index wurde für jeden Merkmalsträger auf jedem Ergebnismaß berechnet. Hierfür wurde der Standardmessfehler des BSI anhand der im Manual angegebenen Streuung und Reliabilität geschätzt. Es wurde ein Konfidenzintervall von 95% festgelegt. Der Status aller einzelnen Patientinnen und Patienten wurde dann definiert als »klinisch signifikant verbessert« (reliable change und Patient liegt im nicht-klinischen Bereich), »verbessert« (reliable change, aber Patient liegt weiterhin im klinischen Bereich), »unverändert« (kein reliable change) oder »verschlechtert« (reliable change in negativer Richtung).

### *Auswertungsstrategie für ATP-Daten*

Um die therapeutischen Veränderungen von T1 zu T6 zu erfassen wurde eine Reihe von t-Tests für adjustierte Mittelwerte durchgeführt. Dabei wurde statistisch für »Anzahl der Sitzungen« kontrolliert. Anders als bei KIP- und HY-Behandlungen war eine Kontrolle für weiterhin andauernde Therapien nicht notwendig, da alle Behandlungen zu T6 bereits beendet waren. Die Effektgröße  $d$  wurde aus den deskriptiven Mittelwerten anhand der Standardabweichung zu T1 berechnet. Die Korrektur der Effektgröße erfolgte dann anhand der Formel von Morris and DeShon (2002) für die Pretest-Posttest-Korrelation. Angaben zur klinischen Signifikanz der Veränderungen konnten, anders als bei KIP- und HY-Daten, nicht erfolgen, da der von Jacobson und Truax (1991) angegebene Mindeststichprobenumfang unterschritten wurde. Um den Verlauf der Veränderung in der Symptombelastung (BSI) zu erfassen, und zu ermitteln zwischen welchen

Messzeitpunkten Veränderungen stattgefunden haben, wurden – da aufgrund der geringen Stichprobengröße zu den späteren Messzeitpunkten kein Wachstumsmodell geschätzt werden konnte – ebenfalls t-Tests für adjustierte Mittelwerte – kontrolliert für »Anzahl der Sitzungen« – durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde gemäß Šidák korrigiert.

## 5.2 Ergebnisse

### *Allgemeine Ergebnisse für KIP-, HY- und ATP-Behandlungen*

Dropout-Analyse und Vergleich der Stichproben. Die Dropout-Raten von 35 % bis 45 % zwischen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub>, und von dort an noch einmal 46.9 % bis zu T<sub>6</sub>, entsprechen in etwa denen vergleichbarer naturalistischer Studien mit ambulanten Behandlungen (z. B. Ward, Wood & Awal 2013). Die Daten lassen in begrenztem Umfang Hypothesen über die Ursachen der Dropouts zu: Zum hohen Dropout zwischen T<sub>1</sub> und T<sub>2</sub> ist zu sagen, dass die Patientinnen und Patienten den Eingangsfragebogen (T<sub>1</sub>) direkt von ihren behandelnden Therapeutinnen oder Therapeuten erhielten, während die nachfolgenden Erhebungen rein postalisch durch das Forschungsteam administriert wurden. Es ist zu vermuten, dass für die Patientinnen und Patienten mit dem ersten Fall eine höhere Verbindlichkeit verbunden war als mit der rein postalischen Erhebung. Weiterhin zeigen die Daten, dass für jene Patientinnen und Patienten die die Therapie zu T<sub>2</sub> bereits beendet hatten, die Dropout-Rate mit 39 % mehr als doppelt so hoch ist wie für die zu diesem Zeitpunkt weiterhin laufenden Behandlungen. Dies legt die Hypothese nahe, dass die Patientinnen und Patienten generell nach dem Ende der Behandlung weniger bereit waren, weiterhin an der Studie teilzunehmen. Ebenfalls wurden Hinweise darauf gefunden, dass Unzufriedenheit mit der Behandlung mit Studiendropouts in Verbindung steht: Für jene Patientinnen und Patienten, die zu T<sub>2</sub> als Grund für das Therapieende Unzufriedenheit mit der Therapie angegeben hatten (22 %), ist die Dropout-Rate mit 66 % mehr als dreifach erhöht.

Um zu prüfen, ob die Dropouts zu systematischen Verzerrungen der Stichprobe geführt haben, wurden die Patientinnen und Patienten in der Stichprobe zu T<sub>1</sub> mit den zu T<sub>6</sub> in der Stichprobe verbliebenden Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Eingangsmessungen verglichen. Weder für KIP-<sup>3</sup> noch für

---

3 *Dropout-Analyse KIP*: Alter<sub>T1</sub>:  $t(236) = .933$ ,  $p = .35$ ; Geschlecht<sub>T1</sub>:  $\chi^2(2) = 1.821$ ,  $p = .18$ ; BSI GSI<sub>T1</sub>:  $t(236) = .19$ ,  $p = .85$ ; IIP Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(236) = .236$ ,  $p = .81$ ; IPO-16 Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(236) = .718$ ,  $p = .47$ ; FLZ<sup>M</sup> ALZ<sub>T1</sub>:  $t(236) = .401$ ,  $p = .69$ ; FLZ<sup>M</sup> Gesundheit<sub>T1</sub>:  $t(236) = .028$ ,  $p = .98$ ; PMS-D Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(236) = .96$ ,  $p = .34$ ; Arztbesuche<sub>T1</sub>:  $t(236) = .113$ ,  $p = .91$ ; Krankenstandstage<sub>T1</sub>:  $t(236) = .298$ ,  $p = .77$ ; Krankenhaustage<sub>T1</sub>:  $t(236) = .864$ ,  $p = .39$ ; CGI-S<sub>T1</sub>:  $t(236) = .811$ ,  $p = .42$ ; GAF<sub>T1</sub>:  $t(236) = .931$ ,  $p = .35$ .

HY-Behandlungen<sup>4</sup> wurden statistisch signifikante Unterschiede festgestellt. Das Verhältnis von KIP- und HY- und ATP-Behandlungen ( $\chi^2(3) = 0,94$ ,  $p = 0,63$ ), sowie von KIP- HY- und ATP-Therapeutinnen und -Therapeuten ( $\chi^2(3) = 0,28$ ,  $p = 0,87$ ) unterlag ebenfalls keiner statistisch signifikanten Veränderung. Insgesamt zeigen die untersuchten Variablen für KIP und HY keine Gruppenunterschiede zwischen Dropout- und Completer-Patientinnen und -Patienten. Wir interpretieren dies als Hinweis darauf, dass die Ergebnisse hinsichtlich dieser Variablen nicht systematisch durch Dropouts verzerrt wurden. Bezüglich aller Belastungsvariablen waren die KIP- und HY-Patienten zu T1 ebenfalls nicht statistisch signifikant verschieden,<sup>5</sup> es wurden also keine Hinweise gefunden, dass die Stichproben in den beiden Verfahren sich hinsichtlich der Belastung zu Therapiebeginn unterscheiden. Für ATP-Behandlungen hingegen wurden statistisch signifikante Unterschiede zwischen Dropout- und Completer-Patientinnen und -Patienten gefunden.<sup>6</sup> Die nach 30 Monaten noch in der Stichprobe verbleibenden Patientinnen und Patienten waren zu Beginn der Behandlung hinsichtlich ihrer Symptombelastung (BSI GSI) und ihrer Persönlichkeitsorganisation (IPO-16 Gesamt) signifikant geringer belastet als die Dropout-Patientinnen und -Patienten. Weiterhin haben die ATP-Completer im Mittel eine höhere Psychological Mindedness (PMS-D Gesamt) als die Dropouts. Anders als für KIP- und HY-Behandlungen hatten die Dropouts für die ATP-Behandlungen die Stichprobe also systematisch verzerrt: Solche Patientinnen und Patienten die eingangs (T1) bereits geringer belastet waren sind mit höherer Wahrscheinlichkeit zu T6 noch in der Stichprobe als eingangs stärker belastete Patientinnen und Patienten.

- 
- 4 *Dropout-Analyse HY*: Alter<sub>T1</sub>:  $t(157) = 1,085$ ,  $p = .28$ ; Geschlecht<sub>T1</sub>:  $\chi^2(2) = .008$ ,  $p = .93$ ; BSI GSI<sub>T1</sub>:  $t(157) = 1,39$ ,  $p = .17$ ; IIP Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(157) = 0,891$ ,  $p = .37$ ; IPO-16 Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(157) = .401$ ,  $p = .69$ ; FLZ<sup>M</sup> ALZ<sub>T1</sub>:  $t(157) = .06$ ,  $p = .95$ ; FLZ<sup>M</sup> Gesundheit<sub>T1</sub>:  $t(157) = .83$ ,  $p = .41$ ; PMS-D Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(157) = .899$ ,  $p = .37$ ; Arztbesuche<sub>T1</sub>:  $t(157) = .116$ ,  $p = .91$ ; Krankenstandstage<sub>T1</sub>:  $t(157) = .188$ ,  $p = .85$ ; Krankenhaustage<sub>T1</sub>:  $t(157) = .224$ ,  $p = .82$ ; CGI-S<sub>T1</sub>:  $t(157) = .456$ ,  $p = .65$ ; GAF<sub>T1</sub>:  $t(157) = .330$ ,  $p = .74$ .
- 5 *Vergleich der KIP- und der HY-Stichprobe zu T1*: Somatoforme Störungen<sub>PHQ, T1</sub>:  $\chi^2(1) = 0,55$ ,  $p = 0,46$ ; Depressive Störungen<sub>PHQ, T1</sub>:  $\chi^2(1) = 1,38$ ,  $p = 0,24$ ; Angst- u. Panikstörungen<sub>PHQ, T1</sub>:  $\chi^2(1) = 2,70$ ,  $p = 0,10$ ; Alkoholabusus<sub>PHQ, T1</sub>:  $\chi^2(1) = 2,61$ ,  $p = 0,11$ ; Essstörungen<sub>PHQ, T1</sub>:  $\chi^2(1) < 0,01$ ,  $p = 0,96$ ; Persönlichkeitsstörungen<sub>ADP-IV, T1</sub>:  $\chi^2(1) = 0,34$ ,  $p = 0,56$ ; Chronische somatische Erkrankungen<sub>T1</sub>:  $\chi^2(1) < 0,03$ ,  $p = 0,86$ ; Arztbesuch<sub>T1</sub>:  $z(298) = 1,71$ ,  $p = 0,09$ ; Krankenstandstage<sub>T1</sub>:  $t(298) = 0,64$ ,  $p = 0,52$ ; BSI GSI<sub>T1</sub>:  $t(298) = 0,23$ ,  $p = 0,82$ ; PMS-D<sub>T1</sub>:  $t(298) = 0,55$ ,  $p = 0,58$ ; ADP-IV-Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(298) = 1,27$ ,  $p = 0,21$ .
- 6 *Dropout-Analyse ATP*: Alter<sub>T1</sub>:  $t(59) = .949$ ,  $p = .35$ ; Geschlecht<sub>T1</sub>:  $\chi^2(2) = .023$ ,  $p = .93$ ; BSI GSI<sub>T1</sub>:  $t(59) = 2,879$ ,  $p < .01$ ; IIP Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(59) = 1,892$ ,  $p = .06$ ; IPO-16 Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(59) = 2,566$ ,  $p < .05$ ; FLZ<sup>M</sup> ALZ<sub>T1</sub>:  $t(59) = -.979$ ,  $p = .33$ ; FLZ<sup>M</sup> Gesundheit<sub>T1</sub>:  $t(59) = -1,855$ ,  $p = .07$ ; PMS-D Gesamt<sub>T1</sub>:  $t(59) = 2,313$ ,  $p < .02$ ; Arztbesuche<sub>T1</sub>:  $t(59) = .120$ ,  $p = .91$ ; Krankenstandstage<sub>T1</sub>:  $t(59) = .608$ ,  $p = .55$ ; Krankenhaustage<sub>T1</sub>:  $t(59) = 1,038$ ,  $p = .30$ ; CGI-S<sub>T1</sub>:  $t(59) = .723$ ,  $p = .47$ ; GAF<sub>T1</sub>:  $t(59) = -.214$ ,  $p = .83$ .
-

Adhärenzprüfung. Da keine der drei Therapiemethoden in manualisierter Form vorliegt, wurden die CPPS und die PIT als Indikatoren für die Verfahrenstreue (Adhärenz) verwendet. **Tabelle 4** enthält deskriptive Statistiken für die therapeutischen Techniken und Interventionen welche – laut Therapeutenurteil am Ende der Behandlung – in KIP-, HY- und ATP-Behandlungen eingesetzt wurden. Multiple Vergleiche (Šidák-Korrektur) zeigen, dass sowohl KIP- ( $t(78) = 12.656$ ;  $p < .001$ ), als auch HY-Therapeutinnen und Therapeuten ( $t(59) = 3.259$ ;  $p < .01$ ) im Mittel mehr psychodynamische Interventionen als KVT-Interventionen eingesetzt haben. Für ATP-Therapeutinnen und Therapeuten fand sich dieser Unterschied nicht ( $t(26) = .822$ ;  $p = .42$ ). Wie in den jeweiligen geplanten Behandlungen nutzten KIP-Therapeutinnen und -Therapeuten mehr KIP-Interventionen als HY- oder ATP-Interventionen ( $t(139) = 8.707$ ;  $p < .001$ ), HY-Therapeutinnen und -Therapeuten mehr HY-Interventionen als KIP- oder ATP-Interventionen ( $t(139) = 2.385$ ;  $p < .05$ ) und ATP-Therapeutinnen und -Therapeuten mehr ATP-Interventionen als KIP- oder HY-Interventionen ( $t(87) = 7.466$ ;  $p < .001$ ). Es erscheint erwähnenswert, dass HY-Behandlungen eklektischer waren als KIP- und ATP-Behandlungen: HY-Therapeutinnen und -Therapeuten nutzten mehr KVT-Techniken als KIP- ( $t(139) = 9.815$ ;  $p < .001$ ) oder ATP-Therapeutinnen und -Therapeuten ( $t(87) = 3.892$ ;  $p < .001$ ), aber weniger als in den idealen KVT-Sitzungen

Tabelle 4: Eingesetzte Interventionen und therapeutische Techniken [Range: 0–6]

Art der Therapie	Eingesetzte Interventionen und Techniken (CPPS & PIT)				
	Psycho- dynamische Technik	KVT- Technik	KIP- Technik	HY- Technik	ATP- Technik
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
KIP-Behandlungen (diese Stichprobe; n = 80)	4.39 (.70)	1.98 (.98)	4.63 (2.01)	0.97 (1.74)	0.41 (0.75)
HY-Behandlungen (diese Stichprobe; n = 61)	5.03 (.93)	4.00 (1.46)	3.93 (1.39)	4.71 (1.13)	1.98 (1.50)
ATP-Behandlungen (diese Stichprobe; n = 28)	3.18 (1.83)	2.88 (0.62)	0.83 (0.85)	1.78 (1.18)	3.76 (1.12)
Ideale KVT-Sitzung (Hilsenroth et al.; 2005, n = 13)	3.05 (.61)	4.75 (.61)	–	–	–
Ideale psychodynamische Sitzung (Hilsenroth et al., 2005; n = 30)	5.04 (.57)	1.43 (.61)	–	–	–
Geplante KIP-Behandlung (diese Stichprobe; n = 177)	4.86 (.62)	2.14 (.89)	5.29 (0.75)	1.47 (1.48)	1.27 (1.21)
Geplante HY-Behandlung (diese Stichprobe; n = 123)	4.95 (.67)	4.01 (1.17)	4.55 (1.00)	5.19 (0.71)	3.61 (1.57)
Geplante ATP-Behandlungen (diese Stichprobe; n = 53)	3.63 (1.20)	3.15 (0.87)	1.58 (1.36)	2.30 (1.37)	4.38 (1.19)

angegeben ( $t(71) = 1.810$ ;  $p < .05$ ). Weiterhin wurden in HY-Behandlungen signifikant mehr Nicht-HY-Techniken eingesetzt als in KIP- ( $t(139) = 10.895$ ;  $p < .001$ ) oder ATP-Behandlungen ( $t(87) = 10.884$ ;  $p < .001$ ). Insgesamt sprechen die Daten zur Adhärenzprüfung dafür, dass in den Behandlungen aller drei Methoden die jeweiligen methodenspezifischen Techniken tatsächlich prominent verwendet wurden. Weiterhin konnten KIP- und HY-Behandlungen ihrer Behandlungstechnik nach als vorrangig tiefenpsychologisch ausgewiesen werden, während in ATP-Behandlungen insgesamt weniger allgemeine Techniken zum Einsatz kamen als in den anderen beiden Methoden.

### *Spezifische Ergebnisse für KIP- und HY-Daten*

*Therapeutische Veränderung nach 30 Monaten.* Für die KIP-Behandlungen zeigten die Mehrebenenanalysen für alle Ergebnismaße eine statistisch signifikante Veränderung nach 30 Monaten – bei statistischer Kontrolle für »Anzahl der Sitzungen« und »Therapie zu T6 bereits abgeschlossen?«. **Tabelle 5** fasst die Ergebnisse zusammen: Die Belastung der Patientinnen und Patienten nahm signifikant ab in Bezug auf Symptombelastung (BSI GSI:  $t(52) = 5.515$ ;  $p < .001$ ;  $d = .78$ ), interpersonelle Probleme (IIP Gesamt:  $t(52) = 2.842$ ;  $p < .01$ ;  $d = .39$ ), Persönlichkeitsorganisation (IPO-16 Gesamt:  $t(49) = 3.744$ ;  $p < .001$ ;  $d = .50$ ), allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ<sup>M</sup> – ALZ:  $t(51) = 3.164$ ;  $p < .01$ ;  $d = .64$ ), gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit (FLZ<sup>M</sup> – Gesundheit:  $t(58) = 6.735$ ;  $p < .001$ ;  $d = .63$ ), Psychological Mindedness (PMS-D Gesamt:  $t(55) = 2.185$ ;  $p < .05$ ;  $d = .71$ ), Arztbesuche im letzten Jahr ( $t(44) = 3.534$ ;  $p < .001$ ;  $d = .48$ ), Krankenstandstage im letzten Jahr ( $t(44) = 1.997$ ;  $p < .05$ ;  $d = .27$ ), Krankenhaustage im letzten Jahr ( $t(44) = 2.316$ ;  $p < .05$ ;  $d = .12$ ), Symptomschwere (Therapeuteneinschätzung, CGI-S:  $t(107) = 11.605$ ;  $p < .001$ ;  $d = 1.76$ ) und globales Funktionsniveau Therapeuteneinschätzung, GAF:  $t(112) = 13.806$ ;  $p < .001$ ;  $d = 1.46$ ).

Die klinische Signifikanz der Veränderungen in KIP-Behandlungen stellt sich wie folgt dar: Laut der patienteneingeschätzten klinischen Ergebnismaße haben zwischen 18% und 36.7% der Patientinnen und Patienten eine positive Veränderung erfahren, zwischen 63.3% und 75.4% blieben nach 30 Monaten unverändert und zwischen 0% und 9.8% haben sich verschlechtert. Auf den gesundheitsökonomischen Maßen erfuhren zwischen 19.7% und 65.5% eine positive Veränderung, zwischen 10.9% und 67.2% blieben unverändert und zwischen 13.1% und 27.1% verschlechterten sich. Laut der therapeuteneingeschätzten klinischen Ergebnismaße veränderten sich zwischen 59.2% und 74.6% der Patientinnen und Patienten positiv, zwischen 20.5% und 38.4% blieben unverändert und zwischen 2.4% und 4.9% verschlechterten sich.

Für die HY-Behandlungen ergaben die Mehrebenenanalysen eine statistisch signifikante Veränderung nach 30 Monaten für alle Ergebnismaße bis auf die Anzahl

der Krankenhaustage – bei statistischer Kontrolle für »Anzahl der Sitzungen« und »Therapie zu T6 bereits abgeschlossen?«. Die Ergebnisse sind in **Tabelle 6** zusammengefasst: Die Patientinnen und Patienten verbesserten sich in Bezug auf BSI GSI ( $t(45) = 4.428$ ;  $p < .001$ ;  $d = .88$ ), IIP Gesamt ( $t(45) = 3.510$ ;  $p < .001$ ;  $d = .67$ ), IPO-16 Gesamt ( $t(28) = 5.623$ ;  $p < .001$ ;  $d = .95$ ), FLZ<sup>M</sup> – ALZ ( $t(44) = 4.716$ ;  $p < .010$ ;  $d = .83$ ), FLZ<sup>M</sup> – Gesundheit ( $t(40) = 4.310$ ;  $p < .001$ ;  $d = .81$ ), PMS-D Gesamt ( $t(30) = 2.177$ ;  $p < .05$ ;  $d = .46$ ), Arztbesuche im letzten Jahr ( $t(24) = 3.379$ ;  $p < .01$ ;  $d = .47$ ), Krankenstandstage im letzten Jahr ( $t(23) = 1.767$ ;  $p < .05$ ;  $d = .26$ ), CGI-S ( $t(75) = 11.233$ ;  $p < .001$ ;  $d = 1.58$ ), und GAF ( $t(73) = 11.273$ ;  $p < .001$ ;  $d = 1.38$ ). Die Anzahl der Krankenhaustage im letzten Jahr ( $t(18) = 1.374$ ;  $p = .09$ ) verringerte sich nicht signifikant.

Zur klinischen Signifikanz der Veränderungen in HY-Behandlungen ist zu sagen, dass laut der patienteneingeschätzten Ergebnismaße zwischen 25 % und 52.7 % der Patientinnen und Patienten eine positive Veränderung nach 30 Monaten berichteten, zwischen 44.4 % und 75.0 % unverändert blieben und zwischen 0 % und 11.1 % sich verschlechterten. Gemäß der gesundheitsökonomischen Maße erfuhr zwischen 22.2 % und 61.3 % der Patientinnen und Patienten eine Verbesserung, zwischen 16.7 % und 58.8 % blieben unverändert und zwischen 16.1 % und 23.3 % verschlechterten sich. Laut der therapeuteneingeschätzten Ergebnismaße verbesserten sich zwischen 58.8 % und 82.5 % der Patientinnen und Patienten, zwischen 12.5 % und 41.3 % blieben unverändert und zwischen 0 % und 5 % verschlechterten sich.

*Verlauf der Veränderung in der Symptombelastung.* Um genauer zu bestimmen, zwischen welchen Messzeitpunkten die oben beschriebene therapeutische Veränderung stattfindet, konnten für die Symptomreduktion (BSI GSI) Mehrebenenanalysen über alle sechs Messzeitpunkte (T1–T6; alle sechs Monate) herangezogen werden – erneut mit statistischer Kontrolle für »Anzahl der Sitzungen« und »Therapie zu T6 bereits abgeschlossen?«. Die Ergebnisse werden in **Tabelle 7** dargestellt. Für KIP-Behandlungen waren sowohl ein linearer Term ( $t(273) = 3.458$ ;  $p < .001$ ), als auch ein quadratischer Term ( $t(265) = 1.879$ ;  $p < .05$ ) statistisch signifikant. Die Symptomreduktion folgt demnach einer quadratischen Wachstumskurve. Šidák-Post-hoc-Tests über die modellbasiert geschätzten Randmittelwerte ergaben, dass die mittlere Symptombelastung zunächst zwischen T1 und T2 ( $t(304) = 3.319$ ;  $p < .001$ ;  $d = .52$ ) und dann erneut zwischen T3 und T6 ( $t(284) = 2.471$ ;  $p < .01$ ;  $d = .56$ ) signifikant gesunken ist. Zwischen den dazwischenliegenden Messzeitpunkten wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden.

Für HY-Behandlungen wurden vergleichbare Ergebnisse gefunden: linearer Effekt ( $t(123) = 4.751$ ;  $p < .001$ ), quadratisches Polynom ( $t(132) = 3.559$ ;  $p < .001$ ). Šidák-Post-hoc-Tests zeigten signifikante Differenzen zwischen den modellbasiert geschätzten Randmitteln von T1 und T2 ( $t(112) = 2.867$ ;  $p < .01$ ;  $d = .51$ ) und erneut

zwischen T2 und T6 ( $t(95) = 1.953$ ;  $p < .05$ ;  $d = .55$ ). Dazwischen wurden wiederum keine weiteren signifikanten Unterschiede gefunden.

Für KIP- und HY-Behandlungen gleichermaßen weisen die Ergebnisse damit zum einen auf eine schnelle initiale Verbesserung innerhalb der ersten sechs Monate nach Therapiebeginn hin und zum anderen auf eine zweite, langsamere Veränderung, welche bis mindestens 30 Monate nach Therapiebeginn andauern kann. Dieser Verlauf wird in **Abbildung 4** illustriert, in der die deskriptiven Mittelwerte in der Symptombelastung (BSI GSI) von T1 bis T6 dargestellt werden.

### Spezifische Ergebnisse für ATP-Daten

*Therapeutische Veränderung nach 30 Monaten.* Für die ATP-Daten ergaben t-Tests für adjustierte Mittelwerte (bei statistischer Kontrolle für »Anzahl der Sitzungen«) 30 Monate nach Beginn der Behandlung eine statistisch signifikante Verbesserung auf allen klinischen Ergebnismaßen mit Ausnahme der Psychological Mindedness. Die Daten zu den gesundheitsökonomischen Items waren aufgrund zu vieler fehlender Werte nicht auswertbar. **Tabelle 8** fasst die Ergebnisse zusammen: Die Belastung der Patientinnen und Patienten nahm signifikant ab in Bezug auf Symptombelastung (BSI GSI:  $t(11) = 2.480$ ;  $p < .005$ ;  $d = .65$ ), interpersonelle Probleme (IIP Gesamt:  $t(11) = 2.916$ ;  $p < .01$ ;  $d = .93$ ), Persönlichkeitsorganisation (IPO-16 Gesamt:  $t(11) = 2.091$ ;  $p < .05$ ;  $d = .61$ ), allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ<sup>M</sup> – ALZ:  $t(11) = 1.844$ ;  $p < .05$ ;  $d = .53$ ), gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit (FLZ<sup>M</sup> – Gesundheit:  $t(11) = 3.235$ ;  $p < .01$ ;  $d = .90$ ), Symptomschwere (Therapeuteinschätzung, CGI-S:  $t(27) = 1.838$ ;  $p < .05$ ;  $d = .58$ ) und globales Funktionsniveau (Therapeuteinschätzung, GAF:  $t(27) = 4.140$ ;  $p < .001$ ;  $d = .95$ ). Für Psychological Mindedness findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen T1 und T6 (PMS-D Gesamt:  $t(11) = -.108$ ;  $p = .91$ ;  $d = -.03$ ).

*Verlauf der Veränderung in der Symptombelastung.* Im schrittweisen Vergleich der Messzeitpunkte T1 bis T6 in Bezug auf die Symptombelastung ergaben geplante Kontraste (Šidák-Korrektur) mit t-Tests für adjustierte Mittelwerte eine signifikante Verbesserung von T1 zu T2 ( $t(28) = 1.749$ ;  $p < .05$ ;  $d = .64$ ). Weitere signifikante Verbesserungen hin zu späteren Messzeitpunkten fanden sich, anders als bei KIP- und HY-Behandlungen, nicht. Der Verlauf der deskriptiven Mittelwerte für die Symptombelastung ist in **Abb. 4** dargestellt.

**Tabelle 5:** Veränderung in klinischen Ergebnismaßen nach 30 Monaten in KIP-Behandlungen: Mehrebenenanalysen (ML, kontrolliert für »Anzahl der Sitzungen« und »Therapie zu T6 bereits abgeschlossen«)

	Veränderung nach 30 Monaten				Reliable Change und klinisch signifikante Veränderung					
	Beginn (T1/Prä) M (SD)	30 Monate (T6) M (SD)	p	~R <sup>2</sup>	d	+++ (n, %)	++ (n, %)	+	o	- (n, %)
<b>Klinische Ergebnismaße (Patientenbericht)</b>										
BSI GSI [Range: 0–4]	1.05 (.72)	.51 (.49)	<.001	.52	.78	19 (31.7 %)	3 (5.0 %)	38 (63.3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
IIP Gesamt [Range: 0–4]	1.37 (.58)	1.15 (.53)	<.01	.36	.39	13 (21.3 %)	2 (3.3 %)	44 (72.1 %)	2 (3.3 %)	2 (3.3 %)
IPO-16 Gesamt [Range: 1–5]	2.11 (.58)	1.74 (.44)	<.001	.50	.50	12 (19.7 %)	3 (4.9 %)	46 (75.4 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
FLZ <sup>M</sup> – ALZ [Range: –96–160]	24.81 (34.90)	43.50 (31.37)	<.01	.32	.64	12 (19.7 %)	2 (3.3 %)	44 (72.1 %)	3 (4.9 %)	3 (4.9 %)
FLZ <sup>M</sup> – Gesundheit [Range: –96–160]	31.58 (36.40)	63.03 (37.18)	<.001	.47	.63	19 (31.1 %)	1 (1.6 %)	41 (67.2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
PMS Gesamt [Range: 45–180]	138.35 (14.17)	142.22 (14.59)	<.05	.09	.71	1 (1.6 %)	10 (16.4 %)	44 (72.1 %)	6 (9.8 %)	6 (9.8 %)
<b>Gesundheitsökonomische Ergebnismaße</b>										
Arztbesuche im letzten Jahr	11.13 (8.87)	6.41 (7.00)	<.001	.14	.48	27 (49.1 %)	9 (16.4 %)	6 (10.9 %)	13 (23.6 %)	13 (23.6 %)
Krankenstandstage im letzten Jahr	21.25 (49.07)	7.61 (16.37)	<.05	.19	.27	21 (35.6 %)	1 (1.7 %)	21 (35.6 %)	16 (27.1 %)	16 (27.1 %)
Krankhaustage im letzten Jahr	3.07 (11.66)	0.77 (1.91)	<.05	.13	.12	12 (19.7 %)	0 (0 %)	41 (67.2 %)	8 (13.1 %)	8 (13.1 %)
<b>Klinische Ergebnismaße (Therapeutenbericht)</b>										
CGI-S [Range: 1–7]	4.54 (.82)	3.04 (1.55)	<.001	.51	1.76	46 (37.7 %)	45 (36.9 %)	25 (20.5 %)	6 (4.9 %)	6 (4.9 %)
GAF [Range: 1–100]	54.28 (11.48)	71.34 (14.93)	<.001	.63	1.46	46 (36.8 %)	28 (22.4 %)	48 (38.4 %)	3 (2.4 %)	3 (2.4 %)

*Anmerkungen:* ~R<sup>2</sup>-Werte sind für das Full-Model relativ zum jeweiligen Base-Model (Random-Intercept-only Model); d-Werte sind die Differenz zwischen modellbasiert geschätzten Randmitteln, standardisiert anhand der SD zu T1, korrigiert für die Pretest-Posttest-Korrelation (Morris & DeShon 2002).  
 Ergebnismaße (Patientenbericht): h<sub>T1</sub> = 177; h<sub>T6</sub> = 61; Ergebnismaße (Therapeutenbericht): h<sub>T1</sub> = 177; h<sub>T6</sub> = 131.  
 +++ = »klinisch signifikant verbessert«; ++ = »verbessert«; + = »unverändert«; o = »verschlechtert«.

**Tabelle 6:** Veränderung in klinischen Ergebnismaßen nach 30 Monaten in HY-Behandlungen: Mehrebenenanalysen (ML, kontrolliert für »Anzahl der Sitzungen« und »Therapie zu T6 bereits abgeschlossen«)

	Veränderung nach 30 Monaten				Reliable Change und klinisch signifikante Veränderung				
	Beginn (T1/Prä) M (SD)	30 Monate (T6) M (SD)	p	$\sim R^2$	d	++ (n, %)	+	0	-
<b>Klinische Ergebnismaße (Patientenbericht)</b>									
BSI GSI [Range: 0–4]	1.03 (.74)	.52 (.51)	<.001	.34	.88	12 (33.3%)	7 (19.4%)	17 (47.2%)	0 (0%)
IIP Gesamt [Range: 0–4]	1.35 (.59)	1.00 (.59)	<.001	.22	.67	17 (47.2%)	0 (0%)	16 (44.4%)	3 (8.3%)
IPO-16 Gesamt [Range: 1–5]	1.99 (.52)	1.72 (.53)	<.001	.52	.94	8 (22.2%)	1 (2.8%)	27 (75.0%)	0 (0%)
FLZ <sup>M</sup> – ALZ [Range: –96–160]	29.97 (35.35)	59.39 (46.07)	<.001	.33	.83	11 (30.6%)	0 (0%)	24 (66.7%)	1 (2.8%)
FLZ <sup>M</sup> – Gesundheit [Range: –96–160]	31.74 (44.91)	62.10 (53.83)	<.001	.38	.81	9 (25.0%)	1 (2.8%)	26 (72.2%)	0 (0%)
PMS Gesamt [Range: 45–180]	139.08 (13.10)	140.47 (13.62)	<.05	.06	.46	0 (0%)	12 (33.3%)	20 (55.6%)	4 (11.1%)
<b>Gesundheitsökonomische Ergebnismaße</b>									
Arztbesuche im letzten Jahr	13.50 (15.28)	7.75 (10.91)	<.01	.14	.47	14 (45.2%)	5 (16.1%)	7 (22.6%)	5 (16.1%)
Krankenstandstage im letzten Jahr	19.99 (40.20)	8.42 (15.94)	<.05	.18	.26	15 (12.2%)	3 (10.0%)	5 (16.7%)	7 (23.3%)
Krankhaustage im letzten Jahr	5.39 (16.07)	0.78 (1.51)	=.09	.11	n.s.	8 (23.5%)	0 (0%)	20 (58.8%)	6 (17.6%)
<b>Beginn (T1/Prä) Ende (Post)</b>									
	M (SD)	M (SD)							
<b>Klinische Ergebnismaße (Therapeutenbericht)</b>									
CGI-S [Range: 1–7]	4.43 (1.06)	2.64 (1.46)	<.001	.57	1.58	36 (45.0%)	30 (37.5%)	10 (12.5%)	4 (5.0%)
GAF [Range: 1–100]	58.98 (12.37)	76.19 (13.28)	<.001	.62	1.38	28 (35.0%)	19 (23.8%)	33 (41.3%)	0 (0%)

Anmerkungen:  $\sim R^2$ -Werte sind für das Full-Model relativ zum jeweiligen Base-Model (Random-Intercept-only Model); d-Werte sind die Differenz zwischen modellbasiert geschätzten Randmitteln, standardisiert anhand der SD zu T1, korrigiert für die Pretest-Posttest-Korrelation (Morris & DeShon, 2002).

Ergebnismaße (Patientenbericht):  $n_1 = 123$ ;  $n_6 = 36$ ; Ergebnismaße (Therapeutenbericht):  $n_1 = 123$ ;  $n_6 = 81$ .

++ = »klinisch signifikant verbessert«; + = »verbessert«; 0 = »unverändert«; - = »verschlechtert«.

**Tabelle 7:** Deskriptive Statistiken und Veränderung in der Symptombelastung (BSI GSI) über sechs Messzeitpunkte. KIP- und HY-Behandlungen: Mehrebenenanalysen (ML, kontrolliert für »Anzahl der Sitzungen« und »Therapie zu T6 bereits abgeschlossen«); ATP-Behandlungen: t-Tests für adjustierte Mittelwerte (kontrolliert für »Anzahl der Sitzungen«)

	Beginn (T1/ Prä)		6 Monate (T2)		12 Monate (T3)		18 Monate (T4)		24 Monate (T5)		30 Monate (T6)		p (linear)	p (quad.)	~R <sup>2</sup>	Šidák Post-hoc-Tests	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)							
KIP																	
BSI GSI [Range: 0–4]	1.05 (.72)	.71 (.54)	.69 (.64)	.58 (.56)	.60 (.60)	.51 (.49)	.60 (.60)	.51 (.49)	.60 (.60)	.51 (.49)	.60 (.60)	.51 (.49)	< .001	< .05	.32	T1 > T2; T3 > T6	
HY																	
BSI GSI [Range: 0–4]	1.03 (.74)	.76 (.64)	.70 (.66)	.66 (.64)	.57 (.59)	.52 (.51)	.66 (.64)	.57 (.59)	.52 (.51)	.66 (.64)	.57 (.59)	.52 (.51)	< .001	< .001	.52	T1 > T2 > T6	
ATP																	
BSI GSI [Range: 0–4]	.85 (.60)	.47 (.59)	.51 (.81)	.30 (.29)	.31 (.43)	.37 (.63)	.30 (.29)	.31 (.43)	.37 (.63)	.30 (.29)	.31 (.43)	.37 (.63)	–	–	–	T1 > T2	

Anmerkungen: ~R<sup>2</sup>-Werte sind für das Full-Model relativ zum jeweiligen Base-Model (Random-Intercept-only Model)

KIP:  $\eta_{11} = 177; \eta_{12} = 115; \eta_{13} = 94; \eta_{14} = 82; \eta_{15} = 73; \eta_{16} = 61;$

HY:  $\eta_{11} = 123; \eta_{12} = 68; \eta_{13} = 56; \eta_{14} = 48; \eta_{15} = 41; \eta_{16} = 36;$

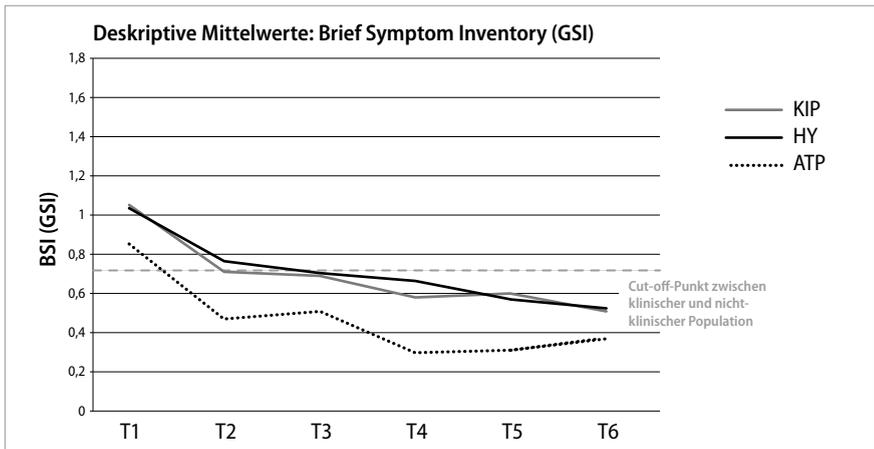
ATP:  $\eta_{11} = 53; \eta_{12} = 29; \eta_{13} = 19; \eta_{14} = 16; \eta_{15} = 15; \eta_{16} = 12.$

**Tabelle 8:** Veränderung in klinischen Ergebnismaßen nach 30 Monaten in ATP-Behandlungen: t-Tests für adjustierte Mittelwerte (kontrolliert für »Anzahl der Sitzungen«)

	Veränderung nach 30 Monaten				
	Beginn (T1/Prä) M (SD)	30 Monate (T6) M (SD)	t	p	d
<b>Klinische Ergebnismaße (Patientenbericht)</b>					
BSI GSI [Range: 0–4]	.85 (.60)	.37 (.63)	2.480	<.05	.65
IIP Gesamt [Range: 0–4]	1.23 (.59)	.68 (.59)	2.916	<.01	.93
IPO-16 Gesamt [Range: 1–5]	1.99 (.52)	1.62 (0.69)	2.091	<.05	.61
FLZ <sup>M</sup> – ALZ [Range: –96–160]	38.51 (38.53)	62.93 (52.98)	1.844	<.05	.53
FLZ <sup>M</sup> – Gesundheit [Range: –96–160]	32.29 (42.84)	82.26 (68.53)	3.235	<.01	.90
PMS Gesamt [Range: 45–180]	134.91 (13.58)	131.47 (25.01)	–0.108	.91	–.03
	Beginn (T1/Prä) M (SD)	Ende (Post) M (SD)			
<b>Klinische Ergebnismaße (Therapeutenbericht)</b>					
CGI-S [Range: 1–7]	5.23 (7.03)	2.75 (1.56)	1.838	<.05	.58
GAF [Range: 1–100]	61.67 (13.33)	75.11 (14.92)	4.140	<.001	.95

Anmerkungen: d-Werte sind die Differenz zwischen den deskriptiven Mittelwerten, standardisiert anhand der SD zu T1, korrigiert für die Pretest-Posttest-Korrelation (Morris & DeShon, 2002).

Ergebnismaße (Patientenbericht): n<sub>T1</sub> = 53; n<sub>T6</sub> = 12; Ergebnismaße (Therapeutenbericht): n<sub>T1</sub> = 53; n<sub>T6</sub> = 28.



**Abbildung 4:** Deskriptive Mittelwerte für die Symptombelastung (BSI GSI) über sechs Messzeitpunkte in KIP-, HY- und ATP-Behandlungen

### 5.3 Diskussion

Anhand einer großen Bandbreite verschiedener Ergebnismaße – sowohl symptomals auch strukturbezogen, sowohl Patienten- wie auch Therapeutenbericht und zusätzliche gesundheitsökonomische Items – wurde die Wirksamkeit von KIP, HY und ATP in einem ambulanten naturalistischen Setting untersucht. Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine gute Wirksamkeit der Methoden. Bezüglich der Verfahrenstreue (Adhärenz) der Behandlungen konnte gezeigt werden, dass die Behandlungen in allen drei Methoden in Übereinstimmung mit den jeweiligen spezifischen behandlungstechnischen Merkmalen durchgeführt wurden. KIP- und HY-Behandlungen waren darüber hinaus anhand der eingesetzten Techniken und Interventionen deutlich als tiefenpsychologische Therapien erkennbar.

Als zentrales Ergebnis kann gelten, dass Patientinnen und Patienten aller drei Methoden unter den realen Bedingungen der österreichischen Gesundheitsversorgung 30 Monate nach Beginn einer Behandlung deutlich geringer belastet sind als vor der Therapie – gemessen an nahezu allen eingesetzten Ergebnismaßen. Sowohl Maße die relativ direkt das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten abbilden (wie Symptombelastung und Lebenszufriedenheit), als auch die Qualität ihrer interpersonellen Beziehungen und das Level ihrer Persönlichkeitsorganisation verbesserten sich im Laufe der Behandlung. Bei KIP- und HY-Behandlungen konnte weiterhin gezeigt werden, dass die Psychological Mindedness – ein Persönlichkeitsmerkmal welches in positivem Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg in KIP und HY steht (s. Kap. 4.2) – durch diese Therapiemethoden ebenfalls ansteigt. Des Weiteren weisen für KIP- und HY-Behandlungen drei (zwei von drei für HY) gesundheitsökonomische Maße darauf hin, dass Patientinnen und Patienten während und nach einer Psychotherapie weniger öffentliche Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und weniger Krankenstandstage haben als vor ihrer Behandlung. In allen drei Methoden schätzten die Therapeutinnen und Therapeuten im Mittel sowohl die Symptomschwere als auch das globale Funktionsniveau ihrer Patientinnen und Patienten am Ende der Behandlung besser ein als zu Beginn.

In Bezug auf das Ausmaß der Veränderung auf den verschiedenen Skalen unterscheiden sich die Ergebnisse für die drei Methoden und werden daher im Folgenden einzeln diskutiert:

*KIP:* Während die Within-Group-Effektstärken für die therapeuteneingeschätzten Ergebnisse ( $d_{\text{CGL-S}} = 1.76$ ;  $d_{\text{CAF}} = 1.46$ ) innerhalb dessen lagen, was Leichsenring und Leibing (2003) diesbezüglich in einer Metaanalyse für andere Studien zu psychodynamischen Therapien fanden ( $\bar{d} = 1.79$ ), waren die Effekte auf den patienteneingeschätzten Maßen wie Symptombelastung ( $d = .78$ ), interpersonelle Probleme ( $d = .39$ ), Lebenszufriedenheit ( $\bar{d} = .64$ ) und Persönlichkeitsorganisation ( $d = .50$ ) nicht so hoch wie die mittleren Effektgrößen in der Metaanalyse (ebd.,  $\bar{d} = 1.08$ ).

Die vorangegangenen Studien zur KIP legen nahe, dass diese Differenz in der gemessenen Effektstärke nicht spezifisch für KIP-Behandlungen im Vergleich zu anderen psychodynamischen Behandlungen, sondern sehr wahrscheinlich den spezifischen Rahmenbedingungen ambulanter Psychotherapie in Österreich geschuldet ist. In der KIP-Studie von Wietersheim, Wilke, Röser, und Meder (2003) wurden bedeutend größere Effekte für Lebenszufriedenheit ( $d = .97$ ) gefunden, wie auch in der KIP-Studie von Sachsse, Imruck und Bahrke (2016) für Symptombelastung ( $d = 1.41$ ) und interpersonelle Probleme ( $d = .81$ ). Die beiden letztgenannten Studien untersuchten Behandlungen in Deutschland, welche vollständig von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wurden, wohingegen die Patientinnen und Patienten in der hier vorliegenden Stichprobe häufig zumindest für Teile ihrer Therapie selbst aufkommen mussten (s. Kap. 3.3). Durch diese sozioökonomische Beschränkung des Zugangs zu Psychotherapie sind sehr schwer kranke Patientinnen und Patienten in dieser Stichprobe erwartbarerweise deutlich seltener. Dies bestätigt sich anhand eines Vergleichs der Belastungswerte: Die Patientinnen und Patienten in den beiden deutschen Stichproben hatten zu Beginn ihrer Behandlung im Mittel signifikant höhere Belastungswerte als die österreichischen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in der vorliegenden Stichprobe auf vergleichbaren Maßen. Die Kennwerte nach der Behandlung hingegen waren in der österreichischen Stichprobe vergleichbar oder besser als in den deutschen Studien. Dies bedeutet, dass der mittlere Patient in der vorliegenden Stichprobe zu Beginn der Behandlung weniger stark belastet war und daher weniger Raum für positive Veränderungen hatte.

Die Raten klinisch bedeutsamer Veränderungen deuten ebenfalls in diese Richtung. Sie sind in KIP- und HY-Behandlungen insgesamt vergleichbar. Auffällig ist bei beiden Methoden, dass ein relativ geringer Anteil der Patientinnen und Patienten für den gefundenen statistischen Effekt verantwortlich ist und dass viele der übrigen Patientinnen und Patienten bereits zu Beginn der Behandlung nicht übermäßig stark belastet sind: Gemessen am Mittel der patientenberichteten klinischen Ergebnismaße sind 42.7% der Patientinnen und Patienten bereits zu Therapiebeginn im Wertebereich der nicht-klinischen Population. Entsprechend konnte – je nach Skala – bei zwischen 44.4% und 75.4% der Patientinnen und Patienten auch keine statistisch reliable Veränderung festgestellt werden. Dennoch befanden sich 30 Monate nach Beginn der Behandlung zwischen 75.4% und 80.6% der Patientinnen und Patienten im Wertebereich der nicht-klinischen Population.

Die Analysen zum Verlauf der Veränderung in der Symptombelastung über sechs Messzeitpunkte zeigen – vergleichbar für KIP und HY – dass die klinische Verbesserung auf dieser Skala als zwei aufeinanderfolgende Schritte beschrieben werden kann: Eine schnelle, initiale Verbesserung innerhalb der ersten sechs Monate und eine zweite, langsamere Verbesserung innerhalb der verbleibenden 18 bis 24 Monate. Dies kann als Beleg für einen anhaltenden Veränderungsprozess in

diesen Behandlungen verstanden werden. Die Rate der Veränderung verringert sich über die Dauer der Behandlung, aber die Patientinnen und Patienten erfahren dennoch eine kontinuierliche Verbesserung – zumindest bis 30 Monate nach Beginn der Behandlung, wenn nicht länger, und erreichen schließlich zumeist Werte innerhalb der nicht-klinischen Population.

*HY*: Die mittlere Größe der patienteneingeschätzten Effekte ( $\bar{d}=.77$ ) war für HY-Behandlungen etwas höher als für KIP-Behandlungen ( $\bar{d}=.61$ ), während der mittlere Effekt laut Therapeuteneinschätzung etwas niedriger lag als bei der KIP (KIP:  $\bar{d}=1.61$ ; HY:  $\bar{d}=1.48$ ). Die Effektgröße für die Symptomreduktion ( $d=.88$ ) war vergleichbar mit der mittleren Effektgröße aus Revenstorfs Metaanalyse zu hypnosebasierter Psychotherapie (2006;  $\bar{d}=.95$ ). Die Effekte für interpersonelle Probleme ( $d=.67$ ), Lebenszufriedenheit ( $\bar{d}=.82$ ) und Persönlichkeitsorganisation ( $d=.94$ ) können hier nur mit dem skalenübergreifenden Durchschnitt aus der Metaanalyse zu psychodynamischen Therapien von Leichsenring und Leibing (2003;  $\bar{d}=1.08$ ) verglichen werden, da diese oder vergleichbare Maße bislang nicht in Studien zu hypnose- oder trancebasierten Therapien zum Einsatz gekommen sind. Die HY-Werte liegen, wie bei der KIP, im Mittel leicht unter den Ergebnissen der Metaanalyse. Die therapeuteneingeschätzte Wirksamkeit ( $d_{\text{CGL-S}}=1.58$ ;  $d_{\text{GAF}}=1.38$ ) ist ebenfalls – wenn auch nur geringfügig – niedriger als bei Leichsenring und Leibing (2003;  $\bar{d}=1.79$ ).

Die für die KIP-Behandlungen diskutierte Unterschätzung des Behandlungseffekts durch die Selektivität der Stichprobe trifft mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Auswertung der HY-Behandlungen in vergleichbarer Weise zu. Die Interpretation zu den Raten klinisch signifikanter Veränderung und dem Verlauf der Symptomreduktion sind, wie oben ausgeführt, vergleichbar in HY- und KIP-Stichprobe.

*ATP*: Die gefundenen Within-Group-Effektgrößen für die therapeuteneingeschätzte Wirksamkeit der ATP-Behandlungen sind für das globale Funktionsniveau ( $d=.95$ ) vergleichbar mit den mittleren unspezifischen Effekten bei psychischen Störungen in der Metaanalyse zu Autogenem Training von Stetter und Kupper (2002;  $\bar{d}=1.08$ ), für die Symptomschwere ( $d=.58$ ) allerdings deutlich niedriger. Die patienteneingeschätzte Wirksamkeit ist für Symptombelastung ( $d=.65$ ), interpersonelle Probleme ( $d=.93$ ), Persönlichkeitsorganisation ( $d=.61$ ) und Lebenszufriedenheit ( $\bar{d}=.72$ ) vergleichbar oder leicht höher als die, über mehrere Maße gemittelte, Effektstärke in der Metaanalyse (ebd.,  $\bar{d}=.67$ ). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Stetter und Kupper Autogenes Training als therapeutische Technik betrachtet haben und nicht die hier untersuchte integrative Therapiemethode der Autogenen Psychotherapie. Wird daher als zweiter Vergleichsmaßstab die Metaanalyse zu psychodynamischen Therapien von Leichsenring und

Leibing (2003;  $\bar{d}=1.08$ ) herangezogen, liegen die Effektgrößen der ATP zwischen denen des reinen Autogenen Trainings und denen der psychodynamischen Therapie. Wie zu KIP und HY diskutiert ist allerdings auch für die ATP-Daten eine Unterschätzung des tatsächlichen Behandlungseffekts durch die sozioökonomische Zugangsbeschränkung zu ambulanter Psychotherapie in Österreich wahrscheinlich. Im Vergleich zu KIP und HY ist die mittlere therapeuteneingeschätzte Wirksamkeit (ATP:  $\bar{d}=.77$ ; KIP:  $\bar{d}=1.61$ , HY:  $\bar{d}=1.48$ ) bei der ATP geringer, die mittlere patienteneingeschätzte Wirksamkeit (ATP:  $\bar{d}=.60$ ; KIP:  $\bar{d}=.61$ , HY:  $\bar{d}=.77$ ) ist vergleichbar mit der KIP und damit leicht geringer als bei der HY. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ATP-Behandlungen im Mittel deutlich kürzer waren (Anzahl Sitzungen:  $M_{KIP}=63$ ;  $M_{HY}=53$ ;  $M_{ATP}=20$ ) als die KIP- und HY-Behandlungen.

Diese im Mittel deutlich geringere Therapiedauer erklärt auch, dass sich in den ATP-Behandlungen zwar – wie bei KIP und HY – eine initiale Reduktion der Symptombelastung innerhalb der ersten sechs Monate nach Behandlungsbeginn findet, aber – anders als bei den anderen beiden Methoden – keine zweite signifikante Verbesserung zu einem späteren Zeitpunkt. Ob sich ein solcher Effekt auch für ATP-Behandlungen nachweisen lässt – wenn etwa ein größerer Anteil der Patientinnen und Patienten einer Stichprobe auch im Rahmen der analytischen Oberstufe der Methode behandelt wird – kann mit dem vorliegenden Datensatz nicht beantwortet werden.

## 6 Diskussion der Gesamtergebnisse & Limitationen

### 6.1 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

Die vorliegende Studie untersuchte die Wirksamkeit der imaginations- und trancebasierten tiefenpsychologischen Psychotherapiemethoden Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP), Hypnosepsychotherapie (HY) und Autogene Psychotherapie (ATP). Darüber hinaus wurde versucht, Moderatoren des Behandlungserfolgs zu identifizieren. Für die Studie konnte eine ökologisch valide Stichprobe gewonnen werden, welche die Behandlungsmodalitäten und Patientencharakteristika gemäß der aktuellen Versorgungspraxis in Österreich abbildet. Es wurden keine Hinweise auf eine systematische Verzerrung der Stichprobe durch Dropouts gefunden. Im Vergleich mit vorangegangenen Studien zu den drei Methoden waren Stichprobengröße und Studiendauer vergleichbar oder besser. Zur Beurteilung der Wirksamkeit wurde eine Reihe verschiedener Ergebnismaße ausgewählt, welche sowohl symptombezogene als auch allgemeinere Instrumente, beziehungs- und persönlichkeitsorientierte Methoden, sowie gesundheitsökonomische Maße umfasst.

In KIP- und HY-Behandlungen konnten sowohl Psychological Mindedness als auch Persönlichkeitspathologie als Moderatoren des Behandlungserfolgs

ausgewiesen werden. Je höher die Psychological Mindedness, desto stärker die Symptomreduktion innerhalb des ersten Jahres nach Therapiebeginn und je stärker die Persönlichkeitspathologie, desto geringer die Symptomreduktion. Für ATP-Behandlungen konnten diese Effekte nicht nachgewiesen werden. In Bezug auf die Wirksamkeit zeigte sich statistisch und klinisch signifikante Verbesserung auf allen Maßen für KIP, auf allen Maßen mit Ausnahme der Anzahl der Krankenhaustage für HY und auf allen Maßen mit Ausnahme der Psychological Mindedness für ATP (die gesundheitsökonomischen Daten waren hier nicht auswertbar). Die Effektgrößen für die nachgewiesenen Effekte reichten von  $d = .12$  bis  $d = 1.76$  für die verschiedenen Skalen. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Reliable Change reicht von 18% bis 82.5%. Bei allen Analysen wurde statistisch für die Anzahl der Sitzungen pro Therapie kontrolliert, sowie dafür, ob die Behandlungen innerhalb der Studienlaufzeit beendet wurden. Für die Symptombelastung (BSI) ergab sich für alle drei Verfahren eine signifikante Verbesserung innerhalb der ersten 6 Monate nach Beginn der Behandlung und für KIP und HY erneut innerhalb der folgenden 18 bis 24 Monate. Dies weist auf eine regressive, aber anhaltende Symptomreduktion im Laufe längerer Behandlungen hin.

Unter naturalistischen Bedingungen erweisen sich KIP, HY und ATP damit als wirksam in Bezug auf unterschiedliche Ergebnismaße. In KIP- und HY-Behandlungen wirkt sich die Psychological Mindedness der Patientinnen und Patienten positiv auf das Behandlungsergebnis aus, das Vorliegen einer ausgeprägten Persönlichkeitspathologie negativ.

## **6.2 Limitationen der Studie**

Bezüglich der Untersuchungen zu Wirksamkeit und moderierenden Faktoren sind Einschränkungen der Aussagekraft zu nennen: Zunächst vermindert das Fehlen einer Kontrollgruppe die interne Validität der Studie. Am geeignetsten würde hier dem Anspruch naturalistischer Forschung gemäß eine Stichprobe aus Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Problemen und demographischen Merkmalen erscheinen, welche jedoch nicht psychotherapeutisch, sondern lediglich hausärztlich behandelt wird. Es wurden beträchtliche Anstrengungen unternommen um eine solche Stichprobe zu gewinnen (vgl. Kap. 3.1) – leider ohne hinreichenden Erfolg. Weiterhin zu Lasten der internen Validität geht es, dass für die meisten Ergebnismaße nur zwei Messzeitpunkte erhoben werden konnten, zu Beginn der Behandlung und 30 Monate später. Obschon statistisch für die Anzahl der Sitzungen und (im Fall von KIP und HY) auch dafür, ob die Behandlungen zum abschließenden Messzeitpunkt bereits beendet worden waren, kontrolliert werden konnte, besteht dennoch keine Möglichkeit, in den vorliegenden Daten zwischen Effekten zum Ende der Behandlung und Katamneseeffekten zu unterscheiden. Weiterhin unterlagen die untersuchten Behandlungen einer relativ großen Heterogenität im

Hinblick auf die Diagnosen. Dies ist zwar im Einklang mit dem naturalistischen Forschungsansatz, verunmöglicht aber – zumindest mit der gegebenen Stichprobengröße, welche für eine weitergehende Stratifizierung nicht ausreichte – Aussagen zu störungsspezifischen Effekten. Des Weiteren ist eine beträchtliche Anzahl von Dropouts zu verzeichnen. Obwohl die Dropout-Analysen (für KIP und HY) keine signifikanten Unterschiede zwischen der Intent-to-Treat-Stichprobe und der bis zum Ende der Erhebung verbleibenden Stichprobe hinsichtlich der Messungen zu Therapiebeginn ergaben, lässt sich dennoch nicht ausschließen, dass die geschätzten Parameter durch die Dropouts in einer so nicht erfassbaren Weise verzerrt worden sind.

Die Einschränkungen durch Dropouts sind im Besonderen ein Problem für die Aussagekraft der ATP-Daten: Die von Beginn an eher kleine ATP-Stichprobe schrumpfte (sowohl hinsichtlich der Anzahl der Patientinnen und Patienten, wie auch hinsichtlich der Anzahl unterschiedlicher Therapeutinnen und Therapeuten) durch die Dropouts auf ein Maß, bei welchem angezweifelt werden muss, ob die Daten als repräsentativ für Behandlungen in der untersuchten Methode allgemein gelten können. Zudem ergab die Dropout-Analyse bei den ATP-Daten eine systematische Verzerrung der Stichprobe durch die Dropouts. Aussagen über eine therapeutische Veränderung über die Zeit sind entsprechend mit Vorsicht zu gewichten. Weiterhin machte die kleine Stichprobe eine Anpassung des Vorgehens bei den statistischen Datenanalysen notwendig (s. Kap. 4.1 & 5.1), so dass ein Teil der Analysen – u. a. auch ein Vergleich von Einzel- und Gruppentherapien – nicht oder nicht in vollem Umfang durchgeführt werden konnte. Außerdem kann die Validität der regressionsanalytisch geschätzten Parameter (Kap. 4.2) nicht gewährleistet werden, da Verletzungen der Verteilungsvoraussetzungen bei derartig kleinen Stichproben schnell zu einer massiven Verzerrung der Schätzer führen können. Aus diesem Grund wurde für die Berechnung der Wirksamkeit auf dahingehend robustere Mittelwertvergleiche zurückgegriffen. Dies hat wiederum den Nachteil, dass so nur die Daten jener wenigen Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden konnten, welche zu beiden Messzeitpunkten gemessen werden konnten. Die Ergebnisse zu den ATP-Daten sind daher insgesamt eher explorativ und als Trends zu betrachten, denn als Aussagen mit einer klar bezifferbaren Irrtumswahrscheinlichkeit.

Eine letzte Einschränkung betrifft wiederum die gesamte Stichprobe und zwar deren externe (ökologische) Validität: Wie beschrieben (s. Kap. 3.3) ist der Zugang zu Psychotherapie in Österreich zu unterschiedlichem Ausmaß von Wohnort und sozioökonomischem Status mitbestimmt. Dies bedeutet, dass die Stichprobe zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit repräsentativ ist für Menschen die in Österreich psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, hingegen aber ebenso wahrscheinlich nicht repräsentativ sein kann für alle Menschen, welche innerhalb Österreichs psychotherapeutischer Behandlung bedürfen.

## Literatur

- Aas, I. H. M. (2010): Global Assessment of Functioning (GAF): Properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9 (2)
- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2011): *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Klett-Cotta: Stuttgart
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association
- Appelbaum, S. A. (1973): Psychological Mindedness: Word, concept and essence. *International Journal of Psycho-Analysis*, 54: 35–46
- Bandelow, B., Baldwin, D. S., Dolberg, O. T., Andersen, H. F. & Stein, D. J. (2006): What is the threshold for symptomatic response and remission for major depressive disorder, panic disorder, social anxiety disorder, and generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 67: 1428–1434
- Barber, J. P., Muran, C., McCarthy, K. S. & Keefe, J. R. (2013): Research on dynamic therapies. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 443–494). New Jersey: John Wiley & Sons
- Bischof, B. (2012): *Autogene Psychotherapie im Vergleich*. In Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie, In ÖGATAP (Hrsg.), *Der ATP-Reader: Grundsatzbeiträge zur Theorie und Praxis der Autogenen Psychotherapie* (S. 69–76). Wien: ÖGATAP
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. (1999): Zur Validierung des Inventars Interpersonaler Probleme (IIP): Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 49: 422–431
- Bregenger, M. (2015): *Wirksamkeitsnachweis und Indikation des Autogenen Trainings – eine Metanalyse nach den Cochrane Kriterien*. Dissertation, Universität Regensburg
- Conte H. R., Ratto R. & Karasu, T. B. (1996): The Psychological Mindedness Scale: Factor structure and relationship to outcome of psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5: 250–259.
- Derogatis, L. R. (1993): *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedure manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems
- Dieter, W. (2001): Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode. *Imagination*, 23 (3): 5–41
- Dittrich, K. (2012): *Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Österreich*. *Psychotherapeutenjournal*, 1: 24–27
- Doering, S., Renn, D., Höfer, S., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N. & Schüssler, G. (2007): Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53 (2): 111–128
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U. & Nikendei, C. (2014): Aktuelle Entwicklungen der psychodynamischen Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 59: 212–218
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981): *Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States*. New York: Irvington Pub
- Espen, M. J., Garfinkel, P. E., Olmsted, M., Gallop, R. M. & Kennedy, S. (1998): A randomized controlled trial of guided imagery in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28: 1347–1357

- Feingold, A. (2009): Effect sizes for growth-modelling analysis for controlled clinical trials in the same metric as for classical analysis. *Psychological Methods*, 14 (1): 43–53
- Fidell, L.S. & Tabachnick, B.G. (2003): Preparatory data analysis. In: J.A. Schinka & W.F. Velicer (Hrsg.): *Research methods in psychology* (Vol. 2: *Handbook of Psychology*, S. 115–141). Hoboken, NJ: Wiley
- Flora, D.B. & Curran, P.J. (2004): An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9: 466–491
- Forkmann, T., Scherer, A., Boecker, M., Pawelzik, M., Jostes, R. & Gauggel, S. (2011): The Clinical Global Impression Scale and the influence of patient or staff perspective on outcome. *BMC Psychiatry*, 11: 83
- Franke, G.H. (2000): *BSI: Brief Symptom Inventory – Deutsche Version, Manual*. Göttingen: Beltz
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & von Witzleben, I. (2002): Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48: 28–36
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). *Diagnostica*, 50: 171–181
- Gurtman, M.B. (1996): Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment*, 8: 241–255
- Guy, W. (1976): *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration
- Hagl, M. (2013): Zur Wirksamkeit von Hypnose und Hypnotherapie. Eine Studienübersicht für die Jahre 2010–2012. *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 8: 145–181
- Hagl, M. (2014): Studien zur Wirksamkeit von Klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahr 2013. *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 9: 147–168
- Harrer, M. (2008): Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie. *Imagination*, 30 (1): 5–37
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000): Questions on Life Satisfaction (FLZ<sup>M</sup>) – A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16: 150–159
- Hiller, W., Schindler, A.C. & Lambert, M.J. (2012): Defining response and remission in psychotherapy research: a comparison of the RCI and the method of percent improvement. *Psychotherapy Research*, 22: 1–11
- Hilsenroth, M.J., Blagys, M.D., Ackerman, S.J., Bonge, D.R. & Blais, M.A. (2005): Measuring psychodynamic-interpersonell and cognitive-behavioral techniques: Development of the comparative psychotherapy process scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3): 340–356
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G. & Villasenor, V.S. (1988): Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 885–892
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000): *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz
- Huber, D., Henrich, G. & Klug, G. (2007): The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research*, 17: 474–481
- 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 (1): 12–19

- Johnson, D. L. (2010): A compendium of psychosocial measures: Assessment of people with serious mental illness in the community. New York: Springer
- Kanitschar, H. (2009): Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 4: 1–23
- Klimont, J. & Baldaszeti, E. (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria: Wien
- Kottje-Birnbacher, L. (1992): Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 37: 164–173
- Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003): The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160: 1223–1232
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011): Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199: 15–22
- Leichsenring, F. (2013): Empirische Wirksamkeitsnachweise psychodynamischer Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Ein Überblick. In J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen: Handbuch für die klinische Praxis* (S. 418–434). Stuttgart: Schattauer
- Lenzenwegger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. & Foelsch, P. A. (2001): The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a non-clinical sample. *Psychological Assessment*, 13: 577–591
- Leuner, H. (1994): *Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie*. Bern: Huber
- Linden, W. (1994): Autogenic training: a narrative and quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19: 227–264
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002): Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Kompletversion. Karlsruhe: Pfizer
- Morris, S. B. & DeShon, R. P. (2002): Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, 7: 105–125
- Ogles, B. M. (2013): Measuring Change in Psychotherapy Research. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 134–166). New Jersey: John Wiley & Sons
- Pichler, M. (2011): Katathym Imaginative Psychotherapie. In G. Stumm (Hrsg.), *Psychotherapie, Schulen und Methoden: Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis* (S. 109–117). Wien: Falter Verlag
- Pokorny, D. & Stigler, M. (2006): Beziehungsschemata in der realen und der imaginierten Welt: Mit der Clusteranalyse der Verschiebung auf der Spur. In: L. Kottje-Birnbacher, E. Wilke, K. Krippner & W. Dieter (Hrsg.): *Mit Imaginationen therapieren* (S. 108–123). Lengerich: Pabst R Core Team (2015): R: A language and environment for statistical computing. Wien: R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org/>
- Renn, D., Höfer, S., Schüßler, G., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N. & Doering, S. (2008): Dimensionale Diagnostik mit dem Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54: 214–226
- Revenstorf D. (2006): Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. *Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1: 7–164

- Robertson, D. (2012): The practice of cognitive-behavioural hypnotherapy: A manual for evidence-based clinical hypnosis. London: Karnac
- Sachsse, U., Imruck, B.H. & Bahrke, U. (2016): Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP: Eine naturalistische Studie. *Ärztliche Psychotherapie*, 11: 87–92
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV-TR, Textrevision. Göttingen: Hogrefe
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003): Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8: 23–74
- Schotte, C. K. W., De Doncker, D., Vankerckhoven, C., Vertommen, H. & Cosyns, P. (1998): Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: the ADP-IV. *Psychological Medicine*, 28: 1179–1188
- Schultz, J. H. (1930): Das Autogene Training (konzentrierte Selbstentspannung). Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Leipzig: Thieme
- Sedlak, F. (2012): Ein Steckbrief der ATP. In Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie, In ÖGATAP (Hrsg.), *Der ATP-Reader: Grundsatzbeiträge zur Theorie und Praxis der Autogenen Psychotherapie* (S. 12). Wien: ÖGATAP
- Sell, C., Möller, H. & Taubner, S. (2017): Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie: Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Psychotherapeut*, 62: 547–559
- Sell, C., Möller, H. & Taubner, S. (2017): Effectiveness of Integrative Imagination- and Trance-Based Psychodynamic Therapies: Guided Imagery Psychotherapy & Hypnopsychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*
- Sell, C., Schöpfer-Mader, E., Brömmel, B. & Möller, H. (2017): Therapeutisches Vorgehen und Interventionen in Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie: Entwicklung und Validierung der Therapeutenversion der ›Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden‹ (PIT). *Psychotherapie Forum*
- Siefert, J. S. & DeFife, J. A. (2012): Ten diverse outcome measures for psychodynamic psychotherapy research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Hrsg.) *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (S. 529–552). NY: Humana Press
- Shedler, J. (2012): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. In: R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Hrsg.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (S. 9–25). New York: Humana Press
- Shill, M. A. & Lumley, M. A. (2002): The Psychological Mindedness Scale: factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. *Psychology and Psychotherapy*, 75: 131–50
- Söderberg, P., Tungström, S. & Armelius, B. A. (2005): Reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff. *Psychiatric Services*, 56: 434–438
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. W. (1999): Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *Journal of the American Medical Association*, 282: 1737–1744
- Stetter, F. & Kupper, S. (2002): Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27 (1): 45–98
- Stigler, M., & Pokorny, D. (2001): Emotions and primary process in guided imagery psychotherapy: Computerized text-analytic measures. *Psychotherapy Research*, 11: 415–431

- Stigler, M. & Pokorny, D. (2012): Eine Dekade der KIP-Prozessforschung im Überblick. In: H. Ullmann & E. Wilke (Hrsg.) *Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie* (S. 122–145). Bern: Huber
- Tasca, G. & Gallop, R. (2009a): Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychotherapy Research*, 19: 429–437
- Tasca, G. & Gallop, R. (2009b): Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: II. The complexities. *Psychotherapy Research*, 19: 438–452
- Thompson-Brenner, H. & Westen, D. (2005): A Naturalistic Study for Bulimia Nervosa, Part 2: Therapeutic Interventions in the Community. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193: 585–595
- Tyrer, P. & Simmonds, S. (2003): Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182(44): 15–18
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M.J. (2012): An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110: 639–644
- Ward, A., Wood, B. & Awal, M.A. (2013): Naturalistic psychodynamic psychotherapy study: Evaluating outcome with a patient perspective. *British Journal of Psychiatry*, 29: 292–314
- Watkins, J.G. (1992): *Hypnoanalytic techniques. The practice of clinical hypnosis, volume II.* New York: Irvington
- Wietersheim, J.v., Wilke, E., Röse, M. & Meder, G. (2003): Ergebnisse der Katathym-imaginativen Psychotherapie: Die Effektivität der Katathym-imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. *Psychotherapeut*, 48: 173–178
- Wilke, E. (1982): Eine psychotherapeutische Behandlung von Colitis ulcerosa mit dem Katathymen Bilderleben. In: H. Leuner (Hrsg.), *Psychotherapie mit dem Tagtraum – Katathymes Bilderleben: Ergebnisse II* (S. 255–268). Bern: Huber
- Wiltink, J., Edinger, J., Haselbacher, A., Imruck, B.H. & Beutel, M.E. (2010): Adherence and Competence in der Psychotherapieforschung: Neuere Entwicklungen. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3: 76–93
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., Wallner, T., Schauenburg, H., Frommer, J., Huber, D., Clarkin, J.F. & Dammann, G. (2013): Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica*, 59: 3–16
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz-Sagstetter, S. & Dammann, G. (2015): Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61: 5–18
- Zindel, J.P. (2001): Hypnose mit frühgestörten und Borderline-Patienten. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 488–498). Berlin, Heidelberg, New York: Springer

## Zusammenfassung

Der Projektbericht beschreibt eine von 2012 bis 2016 durchgeführte naturalistische Psychotherapiestudie zu Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP), Hypnosepsychotherapie (HY) und Autogener Psychotherapie (ATP).

**Hintergrund:** Die Wirksamkeit tiefenpsychologischer Psychotherapie ist allgemein gut belegt. Allerdings ist bislang wenig über die spezifische Wirksamkeit von integrativen Methoden bekannt, die sich im Rahmen tiefenpsychologischer Behandlungen Techniken der therapeutisch begleiteten Imagination und der Induktion hypnotischer Trancen bedienen.

**Fragestellung:** In einer prospektiven Längsschnittstudie mit naturalistischem Ein-Gruppen-Design wurde die Wirksamkeit der tiefenpsychologischen Methoden KIP, HY und ATP anhand einer Reihe unterschiedlicher Ergebnismaße untersucht. Dabei konnten weiterhin auch Moderatoren des Behandlungserfolgs identifiziert werden.

**Methoden:** Eine gemischte ambulante Stichprobe innerhalb der österreichischen Gesundheitsversorgung wurde zu Beginn der Behandlungen ( $N = 353$ ) und nach 30 Monaten ( $N = 109$ ) mittels des *Inventars Interpersoneller Probleme* (IIP), der *Kurzform des Inventars zur Persönlichkeitsorganisation* (IPO-16), des *Fragebogens zur Lebenszufriedenheit* (FLZ<sup>M</sup>), der *Psychological Mindedness Scale* (PMS-D), sowie gesundheitsökonomischer Maße untersucht. Weiterhin wurde das Ausmaß der Symptombelastung (BSI, *Brief Symptom Inventory*) zu Beginn der Therapie und anschließend alle 6 Monate erfasst. Die Therapeutinnen und Therapeuten schätzten die Belastung der Patientinnen und Patienten mittels *Clinical Global Impression* (CGI-S) und *Globaler Erfassung des Funktionsniveaus* (GAF) am Anfang und Ende der Behandlung ein. Als Moderatoren des Behandlungserfolgs wurden die Psychological Mindedness (PMS-D) und das Ausmaß ihrer Persönlichkeitspathologie (ADP-IV, *Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen*) geprüft.

**Ergebnisse:** In KIP- und HY-Behandlungen konnten sowohl Psychological Mindedness als auch Persönlichkeitspathologie als Moderatoren des Behandlungserfolgs ausgewiesen werden. Je höher die Psychological Mindedness, desto stärker die Symptomreduktion innerhalb des ersten Jahres nach Therapiebeginn und je stärker die Persönlichkeitspathologie, desto geringer die Symptomreduktion.

Für ATP-Behandlungen konnten diese Effekte nicht nachgewiesen werden. In Bezug auf die Wirksamkeit zeigten sich statistisch und klinisch signifikante Verbesserungen in allen Maßen für KIP, auf allen Maßen mit Ausnahme der Anzahl der Krankenhaustage für HY und auf allen Maßen mit Ausnahme der Psychological Mindedness für ATP (die gesundheitsökonomischen Daten waren hier nicht auswertbar). Die Effektgrößen für die nachgewiesenen Effekte reichten von  $d = .12$  bis  $d = 1.76$  für die verschiedenen Skalen. Die Anzahl der Patientinnen und

Patienten mit Reliable Change reichte von 18% bis 82,5%. Bei allen Analysen wurde statistisch für die Anzahl der Sitzungen pro Therapie kontrolliert, sowie dafür, ob die Behandlungen innerhalb der Studienlaufzeit beendet worden waren. Für die Symptombelastung (BSI) ergab sich für alle drei Verfahren eine signifikante Verbesserung innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn der Behandlung, für KIP und HY erneut innerhalb der folgenden 18 bis 24 Monate. Dies weist auf eine regressive, aber anhaltende Symptomreduktion im Laufe längerer Behandlungen hin.

Schlussfolgerungen: Unter naturalistischen Bedingungen erweisen sich KIP, HY und ATP als wirksam in Bezug auf unterschiedliche Ergebnismaße. In KIP- und HY-Behandlungen wirkt sich die Psychological Mindedness der Patientinnen und Patienten positiv auf das Behandlungsergebnis aus, das Vorliegen einer ausgeprägte Persönlichkeitspathologie negativ.

### **Autoren**

Dr. phil. Christian Sell  
Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Institut für Psychologie, Universität Kassel  
34127 Kassel, Holländische Straße 36–38  
Kontakt: csell@uni-kassel.de

Prof. Dr. phil. Svenja Taubner  
Institut für Psychosoziale Prävention  
Universitätsklinikum Heidelberg  
69115 Heidelberg, Bergheimer Straße 54

Prof. Dr. phil. Heidi Möller  
Abteilung Theorie und Methodik der Beratung  
Institut für Psychologie, Universität Kassel  
34127 Kassel, Holländische Straße 36–38

## Rezensionen

**Konrad Lehmann:**

### **Das schöpferische Gehirn. Auf der Suche nach der Kreativität – eine Fahndung in sieben Tagen**

*2018, Berlin: Springer-Verlag. 235 Seiten, 19,99 €, E-Book inside.*

Wer dieses kleine rote Buch über das schöpferische Gehirn zum ersten Mal in die Hand nimmt, mag es zunächst für ein Leichtgewicht halten. Mit gelben Lettern wird eine Fahndung auf der Suche nach der Kreativität in Aussicht gestellt, die sieben Tage dauern wird. Spannende Krimis lesen sich meist schneller, und so geht es einem dann auch bald mit den sieben Kapiteln, wenn man sich erst einmal eingelesen hat.

Das Einlesen fiel dem Rezensenten nicht so leicht, weil er anfänglich über eine ganze Reihe von Ungereimtheiten stolperte, die mit dem saloppen, mitunter schnodderigen Stil im Schreiben zusammenhängen, welcher ihn wegen eingestreuter Halb- und Unwahrheiten auf einen entsprechenden Stil im wissenschaftlichen Denken schließen ließ. Beim Stelldichein der kreativsten Geister unserer menschlichen Geschichte fiel dies besonders bei den Genies unter den Musikern auf. Manche kommen im Text mit wenig schmeichelhaften schmückenden Beiworten oder despektierlichen Nebensätzen daher, beginnend mit dem »feisten« Johann Sebastian Bach oder dem »Frauenhasser« Johannes Brahms. Die von diesem Komponisten hingebungsvoll verehrte Clara Schumann, deren Gatte das Genie des jüngeren Kollegen früh erkannte, hätte solches sicherlich nicht bestätigt, auch und gerade angesichts der ihr zugeeigneten Musik. Ganz schlimm wird es dann bei einem Epoche machenden Künstler, bei dem sich die Geister bis heute scheiden, wenn seine moralischen Qualitäten zur Debatte stehen. Aber Richard Wagner deshalb mal eben als ... zu bezeichnen ist so undifferenziert wie geschmacklos. Hier schweigt des Rezensenten Höflichkeit, der da oder dort auch auf fachwissenschaftliche Unkorrektheiten stieß.

Explizites und deklaratives Gedächtnis sind in den ihnen zugehörigen Qualitäten der Bewusstheit und der Versprachlichung an der Stelle im Text, an welcher sie eingeführt und dem expliziten Gedächtnis gegenübergestellt werden, nicht sauber

definiert. Bei den Hypothesen zur Lateralität bezieht der Autor mutig Stellung und lässt es dem Leser angenehm übersichtlich erscheinen, was sich da zwischen »Lechts und Rinks« abspielt. Hier wirkt der Autor »echt originell« (so etwa klänge sein Original-Ton), freilich ohne Ernst Jandl, dem Schöpfer des kleinen Gedichts, die Würdigung eines Zitats zu gönnen.

Wie verhält es sich mit dem Stil und der Korrektheit des Zitierens? In einem Buch, das offenbar für die breite Öffentlichkeit gedacht ist und gut lesbar sein soll, muss man Kompromisse machen. Das ist insgesamt angemessen gelungen, ohne den Text mit Namen und Jahreszahlen zu belasten. Es werden viele Originalarbeiten zitiert, was aber nicht als störend empfunden wird, weil sie am Ende des jeweiligen Kapitels platziert sind. Jene großen neurobiologischen Wortführer der psychodynamischen Community, die sonst kaum fehlen dürfen, bleiben einfach draußen vor. Wie der Autor sein Material ordnet, übertitelt und belegt, darf in der Tat als originell bezeichnet werden. Es gelingt ihm, Neugier zu wecken und den Leser auf die Fährten der Suche nach den Quellen der Kreativität zu locken, um ihn dann zielsicher durch das Dickicht psychologischer Experimente und neurowissenschaftlicher Befunde zu führen. Als populärwissenschaftliches Unterfangen ist das gut angelegt – making difficult things easy, wie man es sonst eher aus englischsprachiger Literatur gewohnt ist.

Die flach und locker gehaltene Sprache wirkt mit fortschreitendem Lesege-nuss umso ernsthafter, je komplexer die darzustellenden Zusammenhänge werden. Bücher, die allgemeinverständlich bleiben, kommen ohne zweckgebundene Simplifizierungen sicherlich nicht aus, nur sollte man wachsam dafür bleiben, ob es irgendwo gerade ans Eingemachte geht. Wenn der Autor, der die Psychoanalyse kaum je positiv erwähnt und mit keinem Wort auf deren Beiträge zur Kreativitätsforschung Bezug nimmt, plötzlich einen Begriff aus dem Arsenal der Metapsychologie benutzt und ihn mit einem Ort im Gehirn zur Deckung bringen will, begeht er einen Kategorienfehler. Der präfrontale Cortex sei »das fleischgewordene Über-Ich«. Hört! Hört! Hier müssen sich die Haare von Psychotherapeu-ten sträuben, die auf die Trennung von mentalen und neuronalen Strukturen zu achten gelernt haben. Zum Glück relativiert der Autor die althergebrachte Lokalisationslehre später oft genug durch Hinweise auf funktionale Netze der neuronal vermittelten Informationen. Das Prinzip der Vernetzung bekommt Inspektor Prefrontale (ein Alter-Ego?) in der von Kapitel zu Kapitel mitlaufenden Kriminalgeschichte zu spüren, während er immer tiefer in die Kommandozentralen der Kreativität vorzudringen versucht. Am sechsten Tag verschlägt es unseren braven Detektiv sogar in jene »dunklen Bezirke«, in denen die Vernunft schläft.

Dass in Textpassagen, die sich mit den Wirkungen von psychotropen Substanzen und speziell mit LSD beschäftigen, keine Rede von den für das »katathyme Bilderleben« Bahn brechenden Experimenten eines gewissen Hanscarl Leuner die Rede ist, verwundert nicht. Dass das Unbewusste in seiner tiefenpsychologischen

Dimension stiefmütterlich behandelt wird – auch das verwundert nicht. Ist doch die Beschäftigung mit psychodynamisch zu erklärenden Vorgängen im Gehirn für den Autor »nicht sein Ding«. (So könnte er es im O-Ton ausgedrückt haben.) Immerhin findet der geneigte Leser eine ganze Reihe von klugen Darstellungen zur Wirkungsweise von Phantasie und Tagtraum. Das Wort Imagination dagegen findet er ebenso wenig wie den Begriff Symbol, der ja eigentlich unschwer mit Fragen der affektiven Modulation und der neuronalen Vernetzung in Verbindung zu bringen wäre. Aber auch das sei eben nicht sein Ding, könnte der Autor entgegenen. So bleibt für den Leser noch einiges zu tun übrig. Therapeuten, die mit der KIP arbeiten, werden an vielen einschlägigen Stellen dieses Buchs sehr wohl für ihre Methode fündig werden.

Welcher Typus von Käufer wird zufriedengestellt sein, wenn er dieses Buch über das schöpferische Gehirn erworben und durchgelesen hat? Da sind zum einen Menschen, die sich am Anfang einer beruflichen Ausbildung befinden, welche zur therapeutischen oder lehrenden Arbeit mit anderen Menschen befähigen soll, z. B. als Psychologen oder Mediziner. Vorauszusetzen ist für diesen Personenkreis und für sogenannte Laien nicht nur das Interesse am Zusammenhang zwischen Neurowissenschaft, Psychologie und Kreativität, sondern auch eine natürliche Gabe zur Skepsis gegenüber allem, was schwarz auf weiß geschrieben steht. Die vorliegende Buchkritik möge daran erinnern und dazu ermuntern, bei der Suche nach Studien über Kreativität auch das psychoanalytische Schrifttum einzubeziehen.

Da ist zum anderen ein Typus von Leser, der über genügend Fachwissen verfügt und deshalb unangestrengt weiterblättern kann, während seine für die Regulierung von Muße und Aufmerksamkeit zuständigen neuronalen Netzwerke für einen passenden Wechsel zwischen divergentem und fokussiertem Denken sorgen. Das schafft, wie wir gerade gelernt haben, günstige Voraussetzungen für weiterführende Assoziationen und zündende Einfälle. Die Grundlagen eines derartigen »Bingo der Kreativität« sind jedenfalls mit meisterlicher Didaktik dargelegt. So bin ich denn als Rezensent froh, dieses insgesamt empfehlenswerte Buch durchgearbeitet zu haben – durch Belohnung verheißende Amine gleichsam beflügelt. Wie der Krimiteil zu Ende geht, darf ja hier nicht verraten werden. Sollte mich ein nächstes Buch dieser Art in seiner Hintergrundgeschichte erneut an das Strickmuster von Donna Leon erinnern, ließe sich der Schluss vielleicht errahnen.

*Harald Ullmann*

**Carla Guelfenbein:  
Stumme Herzen**

*Roman, aus dem Spanischen von Angelica Ammar*  
Frankfurt/M.: S. Fischer, 380 Seiten, 24,00 €

*Mir kam der Gedanke, dass allen Dingen womöglich eine andere Wirklichkeit inne-  
wohnte, die sich mir bis dahin entzogen hatte* (S. 16). Dieser Satz einer der weiblichen Hauptfiguren könnte dem Roman »Stumme Herzen« der chilenischen Autorin Carla Guelfenbein als Motto voranstehen. Emilias Reise aus ihrem Heimatland Frankreich nach Chile ist eine Reise in diese Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit, Chile steht als das unbekannte Land eigener Herkunft für das innere Ausland im Selbst, so wie auch die jüdischen Wurzeln das Andere, Fremde symbolisieren – Zeichen des Rests von Nichtverstehbarkeit, der auch dann bleibt, wenn die eigene Geschichte in die Genealogie väterlicher und mütterlicher Herkunft eingegliedert ist: Wir müssen unsere Geschichte *in einer eindimensionalen Version festhalten, auch wenn wir wissen, dass wir ihrer Komplexität damit unrecht tun* (S. 179), heißt es im Roman. Der Linearität des Erzählens entrinnen wir nicht ganz, Erklären schlit-tert leicht in die Konstruktion von Kausalitäten. Hat Emilia den Körper als Empfangs- und Sende-Organ von Berührung abgestellt, weil sie ihre Mutter in sexuellem Spiel mit einem fremden Mann beobachtet hat? Weil sie als Kind von der Rutsche gestürzt ist? Weil Nähe sich als trügerisch und verwirrend erwies – nicht festzumachen an Leibesverwandtschaft, das Merkmal Nähe/Ferne nicht distinkt genug, um einen wissen zu lassen, wohin man gehört und wer man ist? Das Weil greift zu kurz, am Faden daraus resultierender Komplexitätsreduktion laufen wir in die Irre, hat uns die Autorin wissen lassen. Emilia *träumte von einer Welt ohne physische Materie, in der Herzen und Gedanken sich auf eine wahrhaftige, absolute Weise begegneten* (S. 135). Entkörperlichung arbeitet dem Fantasma zu, der Wirrsal des Uneindeutigen, des Emotionalen entfliehen zu können, Bio-Logik durch absolute Innerlichkeit zu überbieten. Der Roman statuiert Nähe zwischen den Figuren, indem er ein Netz von Bezügen webt – verwandtschaftliche Bezüge, intertextuelle Bezüge zwischen den literarischen Werken von Vera und Horacio, biografische Bezüge, am meisten aber Bezüge, die in der Symbolik eines solchen absoluten, radikal inneren und gleichzeitig radikal äußeren Raums (*Wo bin »ich«? Außen? Innen?* S. 135) konvergieren: *ein Kubus aus Holz und Glas in der Schwebel über den Felsen (...), ein durchsichtiger Planet, der jederzeit ins Meer stürzen kann* (S. 369), *ein abgeschiedene[r], zeitlose[r] Ort, wie Zumthors Kapelle, deren einzige Lichtquelle eine tränenförmige Öffnung (...) ist* (S. 31), der Blick durch ein Teleskop in die unendliche Einsamkeit des Universums sind Manifestationen dieses Raums, in dem die Figuren des Romans imaginativ verweilen. Die Metapher des Astralen, auf die sie sich letztlich alle in irgendeiner Weise zubewegen, verbindet

sie und lässt sie gleichzeitig in ihrer Verlorenheit aufleuchten, wie die erloschenen Sterne, denen Emilias Vater auf der Spur ist – paradoxes Signum der Uneinholbarkeit des menschlichen Präsens, das immer schon erloschen ist, wenn man es jetzt, wie er, in einem Aufleuchten entdeckt. Sterne durchziehen als Wortzeichen jener komplexen Emotion (vgl. S. 124), die mit Liebe ebenso viel wie mit Hass und all dem Weltraum dazwischen zu tun hat, Sterne durchziehen als Fäden das intertextuelle Gewebe der Gedichte und Texte des einstigen Paares Vera und Horacio, Sterne sind das Arbeitsfeld von Emilias Eltern, und als Seestern wird der Sinnbezirk des Astralen zum Symbol für Trennung als Abschied von Teilen von sich selbst, um sich aus der Erstarrung inneren Gefangenseins retten und in eine unbekannte Welt hinaustasten zu können (vgl. S. 200, 232f.) Die Empfindung, dass *die Dinge, die wirklich zählten, zu gnadenlos und verstörend waren, um ausgesprochen zu werden. Zu niederschmetternd* (S. 22), ließ Emilia, bevor sie ihre Reise angetreten hat, ihren dissoziativen Zustand aufrechterhalten. Am Ende aber kann sie Berührung willkommen heißen und ertragen, und es ist, den inneren Bildern entlang die Spur der Worte, die sie geführt hat. »Stumme Herzen« ist ein Roman, der Symptombilder und Genesungsprozesse, wie sie uns als Psychotherapeuten vertraut sind, packend erzählt und mitreißend gestaltet.

*Brigitte Spreitzer*

# Nachruf

## Dan Pokorny (1951–2017)

Ende September 2017 sollte Dan mit mir auf ein KIP-Seminar im böhmischen Riesengebirge kommen, das ihm als Mitbegründer seit Jahren sehr ans Herz gewachsen war. Der Verzicht darauf fiel ihm schwer, aber er hatte starke Schmerzen und wartete auf eine Untersuchung. Auf meinem Rückweg aus Böhmen trafen wir uns in Ulm und er bestand darauf, dass ich ihm in seinem Lieblings-Biergarten an der Donau vom Seminar erzählte. Wir verbrachten entspannte Stunden zusammen, nicht unbeschwert, aber doch nicht ahnend, dass es nicht nur sein letztes Bier mit mir, sondern sein letztes überhaupt bleiben sollte. Am Tag darauf wurde ein Colon-Tumor in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert, er blieb in der Klinik, und nur zwei Monate später, in den frühen Morgenstunden des 29. November, ist Dan gestorben.

Dan Pokorny wuchs in Prag auf, schon als Schüler sehr eigenständig denkend, zunehmend geprägt von der kreativen, subversiven Parallelkultur der Schriftsteller, Cineasten und Kabarettisten der Vor-68er-Jahre, deren erzwungenes Nicht-Vordergründige seinem eigenen feinen, listigen Humor sehr entgegenkam. Als hochbegabtem Schüler mit rascher Auffassung standen ihm häufig Zeitpolster zur Verfügung, die er unter dem Pult zur eingehenden Lektüre unter anderem des »Braven Soldaten Schwejk« verwandte. Er konnte später zu jeder Tages- und Nachtzeit eine Episode aus Schwejks Leben oder von Jára Cimrman's (des fiktiven »größten Tschechen aller Zeiten«) grandiosen Absurditäten zitieren. Vaclav Havel hielt er in hoher Achtung, der Kontrast zu den nachfolgenden tschechischen Politikern war für ihn bestürzend. Seine intellektuelle Neugierde war grenzenlos, wobei der ihm gegenüber sitzende Mensch ihn mindestens so interessierte wie ein wissenschaftliches Thema. Waren wir nicht gerade in Forschungsprojekte oder KIP vertieft, unterhielten wir uns mit Vorliebe über mitteleuropäische Geschichte und Politik, er wusste Erleuchtendes zu Astronomie und Architektur zu sagen, wobei bei unseren gemeinsamen Fahrten zu einschlägigen böhmischen, mährischen oder slowakischen Orten immer wieder der heimliche, widerspruchsfreudige »alte Husit« in ihm durchsickerte, der sich mit mir österreichischem »alten k.u.k. Geheimrat« genüsslich bekriegte.

Er selbst erlebte sein erstes nachhaltiges Bad in der lebendigen Zeitgeschichte mit 17 Jahren, als er sich begeistert mit dem Prager Frühling 1968 identifizierte. War das Ende dieser kurzen Zeit der Hoffnung schon schmerzhaft genug, so verschlechterte sich seine persönliche Lage in den Jahren seines Mathematikstudiums und seiner fachlich hochstehenden Tätigkeit an der Akademie für Wissenschaften, als er dem Druck gegenüberstand, sich für Spitzeldienste zur Verfügung zu stellen. Er beherrschte zwar seinen Schweiß hinreichend, um dem für ihn absolut Undenkbaren zu entkommen («Ach, wissen Sie, ich bin doch der Allerletzte, der für so etwas geeignet wäre!«), aber die darauf folgenden unsichtbaren Sanktionen zunehmender Einengung, Verleumdung und Isolierung durch die verlängerten Arme der Partei im Institut zermürbten ihn so anhaltend, dass die Entscheidung zur Flucht in ihm reifte. Viele Jahre später, als er mich über zersetzende Mechanismen neoliberalen Managements reden hörte, stellte er überrascht fest: »Schwer zu glauben, aber es sind dieselben taktischen Manöver, mit denen mich damals an der Prager Akademie die kommunistische Partei zu zerstören versucht hat!«

Mit Dana, seiner Jugendliebe aus der heimatlichen Prager Vorstadt, und den gemeinsamen drei Kindern nahm er die Gelegenheit eines Spanienurlaubs wahr, um nach Deutschland zu flüchten. Er konnte sich auf granitene Freunde in der Heimat verlassen – wie er selber einer war – die ihm später seine wichtigsten Papiere nach Deutschland schmuggelten.

In Ulm fand er eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapieabteilung vor, die unter Horst Kächele die etwas verkrustete Forschungslage der Psychoanalyse näher an die »scientific community« heranführen wollte, um der zunehmend gesellschaftlich bedrohten psychodynamisch inspirierten Psychotherapie den Anschluss an eine gemeinsame Vergleichsbasis mit den vielen anderen, längst schon emsig und statistisch geschickt Beweise anhäufenden Therapierichtungen zu ermöglichen. Und da brauchte man natürlich einen Statistiker, der angesichts freudianisch inspirierter Forschungsvorhaben nicht sofort die Fassung verlor, sondern als konspirativer Neulanderkunder sich ins gemeinsame Boot zu setzen bereit war. Dafür war Dan Pokorny der Mann der Stunde.

Und so fand ich, als ich 1995, nach fast zwanzigjähriger klinischer psychotherapeutischer Tätigkeit in der Schweiz, in Ulm für ein Spätberufenen-Forschungsjahr andockte, dank Dans engagierter Pionier-Mitarbeit eine bereits erstaunlich intensiv beackerte forschungsmethodische Landschaft vor. Der amerikanische Vorsprung schien stillschweigend akzeptiert, hilfreiche Beziehungskanäle waren zu Luborsky, Orlinsky und anderen transatlantischen Größen eingerichtet, Übersetzungen und Adaptierungen zur Messung von Beziehungsmustern, Emotionen, Abwehrmustern und dem Primärprozess im Gange. Man hatte sich zunächst aus realistischer Einsicht für die Erforschung der Wirkfaktoren, also die Prozessforschung, und gegen groß angelegte Ergebnisstudien entschieden.

Und trotzdem hatte ich während der ersten Ulmer Monate das Gefühl, an die Grenzen der gastfreundschaftlichen Zumutbarkeit zu stoßen, als ich darauf bestand, mein Kommen aus der nüchternen Schweiz mit dem Wunsch nach der Beforschung und Vermessung von Tagträumen zu begründen. Da hatten doch diese mutigen Ulmer Reformfreudianer endlich den Rubikon hinüber zum anglo-amerikanischen Forschungs-Überich blutschwitzend überschritten, und schon kreuzte ein Zwerglein mit der ur-freudianischen Neugierde für die Geheimnisse des Träumens ihren Weg.

Doch wiederum war Dan Pokorny der Mann der Stunde. Verständlich, dass er als verantwortlicher Statistiker anfangs wohl der skeptischste unter den gestrengen Kollegen war, aber mehr und mehr gewann der unkonventionelle »Husit« in ihm die Oberhand, und er ermunterte mich, eine so einfach wie mögliche Wirkungshypothese für katathymes Bildern zu formulieren, deren Effekte direkt zu beobachten und damit zu beforschen wären. Und so kam ich auf die denkbar mechanischste, beobachtbarste Hypothese, dass nämlich eigentlich in allen Mechanismen der von Freud beschriebenen Traumarbeit, also dem Biotop des Primärprozesses, die Verschiebung am Werk war. Eine Verschiebung, die auch die grundlegende mechanische Operation für die Verdichtung und die Symbolisierung darstellt, und die eine Verminderung der Angstbesetzung des Objektes bewirken soll, somit eine Erhöhung positiver Emotionen und eine bessere Angemessenheit von Konflikten.

Von den Ergebnissen der sich daraus ergebenden Forschung war Dan selbst so überrascht und begeistert, dass er, der Mathematiker, sich in eben dieser Methode auszubilden begann. Während wir unsere gemeinsamen Untersuchungen weiterführten und ausbauten, dabei die KIP durch mehrere internationale Publikationen (vor allem in »Psychotherapy Research«) einer größeren »scientific community« näherbringen konnten, besuchte er Seminare, Gruppentherapien und Kongresse, unterstützte Forschungsprojekte, engagierte sich in der tschechischen KIP-Gesellschaft.

Zusammen gelang es uns, in Tschechien ein KIP-Seminar gründen, das im vielleicht wahrsten Geist von KIP dem Zeitdruck der klassischen Seminare eine Philosophie der Langsamkeit entgegensetzte, indem es anstelle von zwei Tagen eine ganze Woche veranschlagte, mit gemeinsamen Wanderungen und ziellosen Zwischenräumen. Dan hatte mir so manches Mal von einer »Universität der Langsamkeit« irgendwo in Dänemark vorgeschwärmt... er wäre dort mit Sicherheit Rektor geworden, denn die unbeirrbar, antiautoritäre, geheimnisvolle Langsamkeit, der er bis zur Irritation (der Anderen) huldigen konnte, war wohl eines der Meisterstücke seines Lebens.

Diese nach ihrem ersten Austragungsort »Kutiny-Seminar« benannte Ausbildungsveranstaltung hat nach über 10 Jahren nichts von ihrer kreativen und experimentellen Vitalität eingebüßt, auch wenn inzwischen die Dauer etwas verkürzt

werden musste. Dana mischte sich häufig unter die Teilnehmer und Sohn Adam machte Simultanübersetzer. Dass Dan sich im Zuge unserer wachsenden Freundschaft und seines Engagements für die KIP wieder vermehrt seinen tschechischen Ursprüngen zuwenden konnte, dabei tragende neue Freundschaften wie jene mit Ludek Betjak und Robert Kulisek gewann, war für mich ein tief befriedigendes Zeichen des Gebens und Nehmens in unserer Beziehung.

Die KIP-Psychotherapeuten Ludek und Robert, beide großartige Sänger und Musikanten, haben einen ansonsten der Notentreue nicht wirklich holden Dan zu ungeahnten Höhenflügen in heimatlichem Gesang und Tanz zu verführen vermocht; ich sah ihn selten glücklicher als an diesen nächtelangen Festen, an denen bester mährischer Wein in Mineralwasser-Plastikflaschen herumgereicht wurde.

Ganz ohne Zweifel war es ein grosser Glücksfall für die KIP, dass ein Statistiker, Methodiker, Denker und Mensch wie Dan Pokorny sich ihrer Sache nicht bloss annahm, sondern sich geradezu in sie hineinlebte. Es ist mir aber wichtig darauf hinzuweisen, dass Dan auch auf verschiedensten anderen, teils komplementär befruchtenden Gebieten wie der Bindungstheorie (mit Anna Buchheim in Innsbruck), der Methodik (CCRT-LU, mit Albani und Körner in Leipzig; ADU, mit Hölzer in Ulm), des Niederschlags von LSD auf den Primärprozess (mit Krähenmann in Zürich; publiziert im Monat seines Todes) und vielen mehr maßgeblich engagiert war.

Auch hinsichtlich der Ergebnisforschung konnte die KIP-Gesellschaft von Dans Vermittlung profitieren: eine von Wilke und Dieter initiierte, berufspolitisch wichtige Wirksamkeitsuntersuchung konnte an seiner Ulmer Abteilung endlich zum Abschluss gebracht werden (v. Wietersheim et al.).

Er liebte den Unterricht für die Ulmer Studenten, war dabei ein Quer-Denker und Quer-Didaktiker erster Güte, von Bologna-inkompatibler Textur, und die Studenten liebten ihn dafür. Nicht ganz unerwartet breitete sich sein didaktisches Dissidententum auch auf höhere Ebenen aus: bei einem SPR (Society for Psychotherapy Research)-Kongress in Rom überredete er Robert Kulisek und mich, unser wissenschaftliches Panel mit einer Gesangsvorstellung zu starten. Robert und ich griffen uns entsetzt an den Kopf, aber es half nichts. Das Libretto hatte Dan bereits im Kopf, nach einer bekannten Melodie sollten wir die Vorzüge von CCRT (Zentrales Beziehungskonflikt-Muster) besingen. Wir übten bis tief in den Morgen. Der nächste römische Tag hub grau in grau an, unser Trio stellte sich vor die Leute hin, legte lautstark los, und ein bis dahin prioritär das Eindösen bekämpfendes Publikum mit zahlreichen mediterranen und lateinamerikanischen Elementen war sofort elektrisiert, machte begeistert mit und feierte uns enthusiastisch. Kaum denkbar, dass irgendein Teilnehmer nach dieser Konferenz noch behaupten hätte können, nie etwas von CCRT gehört zu haben.

Dan stellte seine Kompetenzen für unzählige Masterarbeiten und Pilotprojekte höchst großzügig zur Verfügung. Letztendlich zu großzügig: er zählte seine Zeit

nicht, vergaß, dass es wieder einmal schon früher Morgen war, als er die bereits dritte große Cola-Flasche neben seinen Computer hinstellte. Er war ein begeisterter und humanistisch inspirierter Pädagoge der Neuanfänge, nichts konnte ihn davor abhalten, seine Schaffenskraft bis nach Südamerika, Albanien, und Weißrussland auszudehnen und zu vergeben. Den Preis dafür bezahlte er zu einem großen Teil selbst: er gab seiner Familie nicht die Zeit, die diese sich gewünscht hätte; er gab sich selbst weder Zeit noch Mühe für gesundes Essen; er ließ wichtige administrative Daten verstreichen, um Ausgaben rückerstattet zu bekommen; und er gönnte seinem Körper zu selten den Ausbruch aus der Sesshaftigkeit. Einem Körper, der ihm ohnehin von Geburt an das Leben nicht leicht gemacht hatte: eine Bindegewebs- und Knochenkrankheit, die ihn für Brüche bei an sich banalen Stürzen anfällig machte, sein Wachstum und sein Gehör beeinträchtigte.

Für seine Ulmer Antrittsvorlesung zum Privatdozenten am 7. Februar 2011 hat Dan das Thema »Kann Imagination heilen? Nacht- und Tagträume in der Psychotherapie« gewählt, den KIP-Untersuchungen räumte er dort einen großen Platz ein. Seine akademische Laufbahn hätte Dan eigentlich nach der Pensionierung im Februar 2017 bereits im Oktober 2017 an der Sigmund-Freud-Universität in Wien weiterführen sollen, wo er schon seit mehreren Jahren Forschungsvorhaben begleitet hatte und an einer forschungsmethodologischen Buchpublikation beteiligt war. Viele mussten dort und anderswo vergebens auf ihn warten.

Am Wochenende vor seinem Tode war ich noch lange bei ihm im Bundeswehrkrankenhaus, mit seiner Frau Dana und seiner Tochter Linda. Körperlich war Dan da schon schwer gezeichnet, aber es war doch tröstend für uns, dass sein Blick, sein Lächeln und sein Humor noch immer jene des vitalen Dan geblieben waren, wie wir ihn gekannt hatten. Lebensdurstig, wie er war, sagte er mir noch: »Michael, Ihr unterschätzt meine Überlebenskraft!«.

Tatsächlich wird vieles vom Menschen und Wissenschaftler Dan überleben. Aber der Verlust ist schwer zu fassen. Mit ihm ist einer der nobelsten Menschen, die ich gekannt habe, zu früh von uns gegangen.

*Michael Stigler*

## Hinweise für AutorInnen

- 1) Die Imagination veröffentlicht wissenschaftliche Originalbeiträge. Mit der Einsendung eines Beitrags erklärt der/die AutorIn, dass dieser bisher auf keinem Medium veröffentlicht wurde sowie dass er/sie über sämtliche Rechte an ggf. mitgeliefertem Bildmaterial verfügt.
- 2) Manuskripte schicken Sie bitte als E-Mail oder auf Datenträger (CD, DVD oder USB-Stick) sowie in einfacher Ausfertigung ausgedruckt an die ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13 (E-Mail: [imagination@oegatap.at](mailto:imagination@oegatap.at)). Hinweise zu den möglichen Formaten finden Sie auch auf der Website der ÖGATAP unter [www.oegatap.at/imagination/publikationshinweise](http://www.oegatap.at/imagination/publikationshinweise) in den »technischen Hinweisen«.
- 3) Die Schriftleitung gibt eingesandte Manuskripte in ein Peer-Review-System. AutorInnen erhalten nach der Begutachtung der vorgelegten Manuskripte eine Benachrichtigung bezüglich der Annahme zum Abdruck in der *Imagination*.
- 4) Bitte fügen Sie Ihrem Beitrag eine *Zusammenfassung* von maximal 10 Zeilen hinzu.
- 5) Kennzeichnen Sie bitte Ihren Artikel durch maximal 3 *Schlüsselwörter*.
- 6) Zur *Hervorhebung einer Textstelle* verwenden Sie bitte *ausschließlich die Kursivsetzung* des Textverarbeitungsprogramms (also nicht fett, nicht unterstrichen bzw. nicht gesperrt!).
- 7) *Fußnoten* bzw. *Endnoten* bitte immer mit der Fuß- bzw. Endnotenfunktion des Textverarbeitungsprogramms erstellen. Bitte verwenden Sie Fußnoten nicht für Literaturangaben im Text.
- 8) *Korrektes Zitieren* in der Zeitschrift »Imagination« (Autorinnen und Autoren bitte unbedingt Zitiervorschriften für Literaturangaben beachten!):

Literaturangaben im Text: Nur Nachname des Autors und Jahreszahl (ohne Beistrich). Im Text soll die Jahreszahl der Originalpublikation angegeben werden. Im Literaturverzeichnis dann auch Jahreszahl einer Übersetzung oder einer Neuauflage.

*Beispiel (im Text):* (Kohut 1971)

*Beispiel (im Text mit Seitenangabe):* (Kohut 1971, S. 83)

*Beispiel (im Text mit Angabe einer Seite und der folgenden):* (Kohut 1971, S. 83f)

*Beispiel (im Text mit Angabe einer Seite und mehreren folgenden):* (Kohut 1971, S. 83ff)

*Beispiel (im Text mit Angabe von–bis):* (Kohut 1971, S. 83–87)

*Erstellen des Literaturverzeichnisses:*

*Beispiele (Zitieren eines Buches):*

Winnicott, D. W. (1958): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler. Dt. 1983

Ullmann, H. (Hrsg.) (2001): Das Bild und die Erzählung in der Psychotherapie mit dem Tagtraum. Bern: Huber: 158–166

(*mit Angabe des Erscheinungsjahres der deutschen Ausgabe*): Kohut, H. (1971): Narzissmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp. Dt. 1973

(*mit Angabe der Auflage*): Ermann, M. (1999): Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.

*Beispiele (Zitieren einer Zeitschrift):*

Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. Forum Psychoanal 20: 175–199

Fischer-Kern, M. (2004): Psyche – Z Psychoanal 52: 681–706

- 9) Am Ende Angabe von Namen, Adresse und Schwerpunkte der Tätigkeit.
- 10) Das *Beachten einer gendersensiblen Schreibweise* obliegt den AutorInnen.
- 11) Prinzipiell sollen neue Manuskripte nach der *neuen deutschen Rechtschreibung* verfasst sein. Für die Einhaltung dieser Richtlinien bedanken wir uns herzlich.

## Technische Hinweise

Stand: Februar 2018

### Senden Sie uns bitte Ihre Daten in einem der folgenden Formate:

**Textdateien:** DOC oder DOCX aus Microsoft Word (Windows oder Macintosh – alle Versionen), ODF (Open Document Format) aus OpenOffice, RTF (Rich Text Format).

**In jedem Fall aber bitte auch einen Ausdruck mitsenden!**

**Bilddateien:** Anstelle von eingescannten Fotos oder Grafiken wäre es uns lieber, wenn Sie die Originale zum Scannen zu Verfügung stellen könnten. Anderenfalls ist bei Farb- und Graustufenbildern eine Auflösung von **mindestens 300 dpi** notwendig (bezogen auf die Größe, in der das Bild abgedruckt wird). Beispielsweise ist bei einem Bild, das mit einer Breite von 8cm abgedruckt wird, eine Größe von **mindestens 1000 Pixel** in der Breite notwendig. Farbbilder können nur in Graustufen gedruckt werden. Für reine Strichgrafiken (schwarzweiß) ist eine Auflösung von **ca. 1000 bis 1200 dpi** notwendig.

**Binden Sie die Bilder bitte keinesfalls in das Textdokument ein**, sondern legen Sie sie als getrennte Dokumente bei. Fügen Sie im Text an entsprechender Stelle einen Hinweis auf die jeweilige Abbildung ein, z.B.: (s. Abbildung 2) etc.

Abbildungen können aus satztechnischen Gründen auch nicht immer an genau derselben Stelle platziert werden, wie in Ihrem Textdokument.

**Formate:** JPG/JPEG (mit minimaler Kompression), TIF (möglichst LZW-komprimiert), evtl. auch: BMP, PIC, PICT. Auflösung siehe oben. Für den Druck keinesfalls geeignet: GIF.

Vektorgrafiken aus CorelDraw und Adobe Illustrator sowie EPS-Dateien können meistens problemlos übernommen werden, bitte aber **unbedingt** die verwendeten Schriften beilegen oder die Schriften in Kurven umwandeln!

PDF-Dateien können nur verwendet werden, wenn sie nicht mit einem Passwort geschützt sind bzw. das Passwort mitgesandt wird.

**Urheberrecht:** Beachten Sie bitte beim Verwenden fremder Bilder und Grafiken unbedingt das **Urheberrecht** der jeweiligen Bildquellen. Sowohl aus Büchern eingescanntes Bildmaterial als auch Bilder aus dem Internet dürfen nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung des Rechteinhabers verwendet werden (bei Büchern und Zeitschriften ist das **meist der Verlag, nicht der Autor**).

Wenn Sie **von PatientInnen angefertigte Zeichnungen, Skulpturen u.ä.** im Rahmen ihres Artikels veröffentlichen möchten, beachten Sie bitte, dass Sie dazu die Zustimmung des/der PatientIn einholen müssen.

### Auf folgende Arten können Sie uns Ihre Daten senden:

**Per E-Mail:** [imagination@oegatap.at](mailto:imagination@oegatap.at)

Beachten Sie bitte bei der Übersendung der Daten als E-Mail, dass die meisten E-Mail-Dienste nur etwa 7,5 Megabyte an Daten pro Mail übertragen können. Verteilen Sie bitte daher Ihre Daten nötigenfalls auf mehrere Mails. Für größere Dateien verwenden Sie bitte physische Datenträger (CD, DVD, USB-Stick o. ä.) oder einen Internetdienst wie z. B. Hightail (<https://de.hightail.com/>).

**Per Post:** Datenträger: CD, DVD, USB-Stick. Bitte keine Disketten!  
an das Sekretariat der ÖGATAP: 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13

### Wegen technischer Fragen wenden Sie sich bitte an:

Gerhard Krill, E-Mail: [grafik@krill.at](mailto:grafik@krill.at), Tel.: (01) 581 02 29



