

Dr. phil. Beate Hofmeister & PD Dr. phil. Matthias Backenstraß

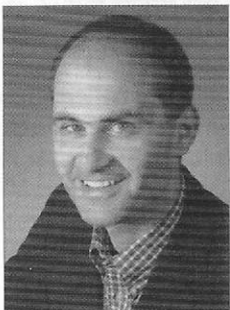
Integrative Personzentrierte Psychotherapie¹ heute:

Versorgungsforschung in einer niedergelassenen Praxis



Dr. phil. Beate Hofmeister
www.beate-hofmeister.de
info@beate-hofmeister.de

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin; Direktorin des Institut für Personzentrierte Psychologie (IPP), Heidelberg, Ausbilderin der GwG, Verhaltenstherapeutin



PD Dr. phil. Matthias Backenstraß
matthias.backenstrass@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg, Supervisor, zertifizierter CBASP-Therapeut.

Zusammenfassung

Die Realität gegenwärtiger ambulanter psychologischer Psychotherapie in niedergelassener Praxis in Deutschland ist gekennzeichnet durch ein multimodales integratives Vorgehen bei Klientinnen^{2,3}, mit komorbiden Störungen. Personzentrierte Psychotherapie wird dabei zwar regelmäßig angewendet, jedoch bleibt sie unsichtbar, da sie aufgrund der rechtlichen Bedingungen nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes nicht benannt werden kann. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Vorgehen, Wirksamkeit und Inanspruchnahme integrativer psychologischer Psychotherapie in einer ambulanten Praxis und kann als Pilotstudie für eine empirische Erfassung des gegenwärtigen Vorgehens betrachtet werden. Eine Evaluation der Psychotherapieeffekte zeigt, dass die beforschten Psychotherapien im Durchschnitt unabhängig von Störung und Alter als sehr erfolgreich bewertet werden. Männer und Frauen unterscheiden sich in der Beurteilung des Therapieerfolgs nicht, außer in einer von vier Variablen (die Veränderung durch die PT wird durch die Männer höher eingeschätzt). Der Bildungsgrad der Patientinnen scheint mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang zu stehen, wobei unklar bleibt worauf dieser Zusammenhang begründet ist. Überraschenderweise erweist sich die Therapiedauer als unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigung bei Therapiebeginn. Langzeittherapien werden von der Therapeutin als erfolgreicher beurteilt als Kurzzeittherapien.

Geschichte und Entwicklung Klientenzentrierter Psychotherapie in der ambulanten Versorgung

Die Bereitstellung von Psychotherapie wird für die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland seit dem 01.01.1999 mit der „Einführung der Psychotherapie in die Kassenärztliche Versorgung“ über „Psychotherapierichtlinien“ gewährleistet (PsychThG; Bundesministerium der Justiz, 1998). Die deutsche psychotherapeutische Versorgung hebt sich im internationalen Vergleich durch freie Therapeutinnenwahl und freie Wahl eines gesetzlich anerkannten Psychotherapieverfahrens hervor.

Die bestehende Psychotherapielandschaft wurde durch das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetz nachhaltig gewandelt, da die neuen Strukturen nicht die historisch gewachsene Realität im Gesundheitswesen abbilden: Im Kostenerstattungsverfahren wurde zuvor, z. B. im Jahr 1987, in 55 % der Fälle Gesprächspsychotherapie (GT) und in jeweils 48 % tiefenpsychologische Psychotherapie (TP) und Verhaltenstherapie (VT) angewendet (GPT-Verbände, 2006). Mehrfachnennungen, auch weiterer Verfahren, waren möglich, um multimodale Vorgehensweisen benennen zu können (Hentze, 2006, 2007, Frohburg, 2007). Daten zu den Weiterbildungen der „Klinischen Psychologen – BDP“ zehn Jahre später (Kindler, 1997, zit. nach Vogel, 1999) zeigen, dass bei den niedergelassenen psychologischen Behandlerinnen Mehrfachqualifikationen üblich waren und die GT mit 38 % (Rücklaufquote 42 %, N = 3.653) das am häufigsten angewendete Verfahren darstellte. 16 % waren in TP und 34 % in VT weitergebildet. Auch wenn das Bestreben, nur solche Verfahren zuzulassen, die klaren wissenschaftlichen Standards genügen, als positiv bewertet werden kann, wurden mit

dem Gesetz lediglich drei psychotherapeutische Methoden als „Richtlinienverfahren“ zugelassen (VT, Analytische Therapie und TP; Rüger et al., 2003). Die Klientenzentrierte Psychotherapie wurde nach einem 30-jährigen gesundheitspolitischen Kampf 2009 endgültig von einer Integration in das Gesundheitswesen ausgeschlossen (Hentze, 2006, 2009; Hofmeister, 2010). Die Psychotherapiegesetzgebung zwang Behandlerinnen, ihre vielfältigen Methodenkompetenzen zu verleugnen und sich ausschließlich als Vertreterinnen eines Richtlinienverfahrens zu definieren (Heisig & Littek, 2003). Psychotherapie wird seither „indikationsbezogen (korrekt: symptombezogen)“ (Hentze, 2009, S. 10) angewendet. Eine ganzheitliche Sicht des Menschen, die ermöglicht, dass Patientinnen mit Unterstützung Lösungen für ihr Un-Heil finden, hat dabei keinen sachgemessenen Platz gefunden.

Die 1987 beschriebenen Versorgungsverhältnisse haben sich bis dato noch nicht grundlegend verändert. Für die heutigen niedergelassenen psychologischen Behandlerinnen erscheint es angesichts der Mehrfachqualifikationen plausibel, dass sie im Sinne einer integrativen Psychotherapie arbeiten. Dies kann jedoch aus juristischen Gründen nicht benannt werden. Die Folgen des Psychotherapeutengesetzes bewirken gegenwärtig in der ambulanten Psychotherapie einen Paradigmenwechsel, der als dramatisch zu bezeichnen ist: Die zukünftigen psychologischen Psychotherapeutinnen werden nur noch in einem Verfahren vertieft ausgebildet. Heute befinden sich 75% in verhaltenstherapeutischen Ausbildungen und 25% in tiefenpsychologischen oder analytischen (Frohburg, 2007). Da eine Approbation in Personzentrierter Psychotherapie nicht zu erlangen sein wird, vertiefen Auszubildende ihre verfahrens- und symptombezogenen Kenntnisse („Behandlung“) und vernachlässigen beziehungs- und entwicklungsbezogene Kompetenzen („Begegnung“). Der Einstieg in eine psychotherapeutische Sozialisation richtet sich zudem am medizinischen Ausbildungssystem aus und bewirkt durch den Beginn mit einem psychiatrischen

Jahr eine berufliche Prägung, die zu einer Randexistenz wirksamer humanistischer Interventionsmethoden im Umgang mit schwer kranken und/ oder komorbiden Klientinnen führt.

In der gegenwärtigen niedergelassenen Praxis ist jedoch noch von einer an der Patientin orientierten, stark individualisierten, eklektischen Versorgung auszugehen, bei der relevante Interventionen klientenzentrierter mit solchen verhaltenstherapeutischer Provenienz in einer therapeutischen Allianz zusammengeführt werden. Die analysierte ambulante Praxis (Hofmeister, 2009) entspricht den geschilderten gesellschaftlichen Gegebenheiten insofern, als die Therapeutin nach langjährigen Weiterbildungen in Verhaltens-, Gesprächs-, und Familientherapie verhaltenstherapeutisch niedergelassen ist. Mit diesem Beitrag sollen das methodische Vorgehen, wie es der heutigen Praxis Integrativer Personzentrierter Psychotherapie entspricht, transparent gemacht und einige Aspekte der Inanspruchnahme referiert werden. Die vorliegende Studie nimmt einen Platz zwischen organisationsbezogener und Outcome-Forschung ein und liefert einen Beitrag zur Qualitätssicherung. Sie versucht, eine Lücke zu schließen, auf die verschiedene Autoren (Elliot, 2002, 2004b; Biermann-Ratjen, 2003; Teusch et al., 2003) hinweisen: Eine Wirksamkeitsforschung unter realistischen Bedingungen mit Klientinnen in niedergelassener Praxis existiert bislang nicht, wäre jedoch für ein besseres Verständnis der Anwendung und Ergebnisse ambulanter (auch humanistischer) Psychotherapie wichtig.

Therapeutische Beziehung und integratives Vorgehen in der Praxis

Die therapeutische Beziehung zählt heute zu den am besten untersuchten Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Lambert & Bergin, 1994; Beutler et al., 1994; Henry et al., 1994; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky et al., 2005; Beut-

ler et al., 2005; Clarkin & Levy, 2005). Eine hinreichend gute therapeutische Allianz stellt danach eine Voraussetzung für therapeutisch induzierte Veränderung (Grawe, Donati & Bernauer, 1995) dar. Akzeptanz, Empathie und Echtheit, die drei klassischen von Rogers (1973) postulierten Basismerkmale therapeutischer Veränderung, werden heute als *Conditio sine qua non* der meisten therapeutischen Verfahren betrachtet (Schulz, 2000). Jedoch wird die therapeutische Allianz in der VT lediglich als Vorbedingung für therapeutisches Handeln verstanden (Schulz, 2000), mit der die Therapeutin es der Patientin ermöglicht, compliant zu reagieren, damit sie als Expertin für Problemlösung und Prozessgeschehen wahrgenommen werden kann. Die GT definiert demgegenüber die therapeutische Beziehung als eine zwar nicht reziproke, aber dennoch gemeinsame Entwicklungssituation, in der eine Begegnung von Person zu Person angestrebt wird. Alternative Sichtweisen können durch eine Selbstöffnung

„All the world's a stage, And all the men and women merely players: They have their exits and their entrances; And one man in his time plays many parts...“

W. Shakespeare

der Therapeutin (Kongruenz/ Echtheit) vermittelt werden und ermöglichen korrigierende Beziehungserfahrungen (akzeptierende Konfrontation). Klientinnen können in einem Dialog zwischen Gleichrangigen und Gleichberechtigten ihre implizit gebildeten Kategorien und Konzepte reflektieren und dadurch Erfahrungen, die Inkongruenz verursachen, symbolisieren. Dadurch wird Autonomieentwicklung möglich, die als Zeichen psychischer Gesundheit ein wichtiges Therapieziel bedeutet. Hier wirkt die therapeutische Beziehung an sich heilend und kann eine „Versöhnung mit sich selbst und der Welt“ ermöglichen (Schmid, 2005, S. 10).

Für niedergelassene Therapeutinnen stellt sich die Herausforderung, die Spannung zwischen der Grundsatztreue zu einer spezifischen Methode, die unter hohem Aufwand gelernt wurde, und deren kreativer Infragestellung in praktisches Verhalten umzusetzen. Ein zwar intuitionsgeleitetes, aber dennoch diszipliniertes und nicht beliebiges Vorgehen wird empirisch fundiert zu definie-

ren sein „zwischen den Polen Beziehung und Technik, Spontaneität und Planung, Intuition und Reflexion, Unmittelbarkeit der Begegnung und Gestaltung (sowie Interpretation) von Interaktion“ (Finke & Teusch, 2002, S. 161). Implizite Therapiestrategien sind dabei transparent zu machen.

Ein Beispiel: Depressionen gehören in der untersuchten Population, wie auch in Deutschland und Europa (Wittchen, 2006; BKK Bundesverband, 2006; GEK, 2007), zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Daher soll das angewendete integrative Vorgehen anhand dieses Störungsbilds dargelegt werden: Nach einer Abklärung der medizinischen Risikofaktoren wie Hyper-, Hypothyreose, Morbus Hashimoto, Östrogen- oder Vitaminmangel, werden neuropsychologische Gesichtspunkte, wie die Überprüfung des allgemeinen Erregungsniveaus (Über- oder Untererregung), hinsichtlich der Therapieplanung zu berücksichtigen sein. Entsprechend dem „state of the art“ (Hautzinger, 2003) folgt ein aktiver Aufbau euthymer Verhaltensweisen, z. B. Bewegung und Aktivitäten im Freien oder Einbeziehung von Sozialkontakten. Interventionen wie Genusstaining (Koppenhöfer, 2004) oder Emotionskontrolltechniken entwickeln sich aus der Motivation der Klientin und deren Erkenntnisprozess. Fiedler (2006, S. 277) betont, dass Rezidivraten bei Depressiven abnehmen, wenn „real gegebene Probleme, Belastungen, Konflikte und Sorgen [...] einen verständnisvollen und empathischen, die Probleme von Patienten wertschätzenden Zuhörer“ finden, und „mittels Achtsamkeit einerseits und mittels empathischer Gesprächstherapie andererseits“ behandelt werden. Bei einer akuten Depression mit schwerer interaktiver Beeinträchtigung wird jedoch eine empathische personenzentrierte Begegnung den Kommunikationsmöglichkeiten der Patientin angepasst werden müssen. Dabei können die von Prouty (1998) explizierten prätherapeutischen oder die von Gendlin (1998) beschriebenen focusing-orientierten Interventionsfertigkeiten (felt sense) zur Anwendung kommen. Eine Überprüfung des Suizidrisikos und ggf. der Abschluss eines Lebensvertrages leitet sich

ab. Die persönliche Begegnung von Therapeutin und Klientin wird jedoch als wesentliches Kriterium für den Heilungsprozess verstanden. Begegnung ist also Psychotherapie (Schmid, 2005, 2006) und mehr als eine kommunikationsverbessernde Basis verhaltenstherapeutischer Techniken.

Methodisches Vorgehen der Studie

Zunächst soll eine detaillierte Analyse der untersuchten Stichprobe erfolgen. Danach werden Forschungsergebnisse zu Inanspruchnahme und Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie in dieser Praxis zusammenfassend geschildert und abschließend kritisch gewürdigt.

Praxisbeschreibung: Die untersuchte Praxis befindet sich in einer süddeutschen Universitätsstadt, Einzugsgebiet sind der angrenzende Landkreis und die Nachbargemeinden. Im Untersuchungszeitraum werden durchschnittlich pro Quartal 78 Klientinnen behandelt. Vor Therapiebeginn findet eine umfangreiche Erhebung psychometrischer und störungsspezifischer Daten statt. Eine Biographische Anamnese, eine Verhaltensanalyse und ein Gutachten zur Beantragung genehmigungspflichtiger Leistungen werden erstellt. Gesetzliche Krankenkassen bewilligen nach einer Befürwortung durch einen akkreditierten Gutachter folgende Therapieschritte: Kurzzeittherapie (KZT 25 Stunden), Langzeittherapie (LZT 45 Stunden), Verlängerungen auf 60 bzw. 80 Stunden. Die Zuordnung der Klientinnen zu KZT oder LZT erfolgt anhand von Schweregrad, Dauer und Intensität der psychischen Störung in einer gemeinsamen Entscheidung von Klientin und Therapeutin. Bei Fällen von Chronifizierung kann manchmal selbst ein Kontingent von 80 Stunden nicht ausreichend für einen Therapieerfolg sein.

Stichprobe: Untersucht wird das Gesamt von 184 Klientinnen, die im Zeitraum 2001-2006 eine Therapie abgeschlossen oder abgebrochen haben. Nicht in die Stichprobe aufgenommen werden Klientinnen, die über 2006 hin-

aus ihre Therapie fortsetzten, sowie 96 Probandinnen mit 1-3 Erstgesprächen, mit denen es nicht zu einer therapeutischen Allianz kommt.

Untersuchungsdesign: Die vorliegende Studie ist als Prä-Post-Design konzipiert. Bei den Prätests wird dabei auf die bei Therapiebeginn standardmäßig gewonnen Eingangserhebungen zurückgegriffen. Aus den umfangreichen Daten werden eine im Umlauf befindliche Eigenschaftswörterliste (EWL) und eine Beschwerdeliste (BL) verwendet, eine Einschätzung der Schwere des Problems sowie die Anzahl der beeinträchtigten Lebensbereiche aus dem Fragebogen zur Lebensgeschichte nach Lazarus (1978, in einer deutschen Überarbeitung). Zusätzlich wird das Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung (FPI-R, Fahrenberg et al., 1989) eingesetzt. Eine katamnestiche Untersuchung im Herbst/Winter 2006/07 enthält die erneute Vorgabe der drei Prätest-Fragebögen, einen Fragebogen zur Nachbefragung (Katamnesefragebogen) und eine Therapeutinneneinschätzung des Therapieerfolgs. Zum Katamnesezeitpunkt haben die untersuchten Klientinnen ihre Therapie unterschiedlich lange beendet (unmittelbar oder bis zu fünf Jahre zuvor). Einige Patientinnen sind nicht bereit, die Katamnesefragebögen zu bearbeiten, andere unbekannt verzogen, vier verstorben. Dadurch gehen in die Berechnungen nur die Daten von 76 (41,3 %) bzw. 69 Probandinnen ein. Da die Hypothesen unabhängig voneinander ausgewertet werden, ist es möglich, auch unvollständige Datensätze einzu beziehen. Die Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Therapeutin erfolgt für die Gesamtstichprobe von 184 Probandinnen.

Ergebnisse

Soziodemographika: Die Probandinnen sind bei Therapiebeginn in einem Alter von Anfang 20 bis Ende 70 (M=37,6 Jahre, SD=10,7 Jahren); 81 % davon sind Frauen. Der überwiegende Teil der Klientinnen (61 %) lebt in einer Partnerschaft, 27 % allein, ca. 52 % haben Kinder, 39 % der Klientinnen sind

Akademikerinnen, weitere 23 % haben ihre Schulbildung mit dem Abitur abgeschlossen. Alters- oder geschlechtsspezifische diagnostische Effekte sind in der untersuchten Stichprobe nicht feststellbar. Bei 41 % der Klientinnen handelt es sich um eine psychotherapeutische Erstbehandlung, 22 % berichten von einer, 36 % von mehreren Vorbehandlungen.

Therapiedauer und Diagnosen: Abbildung 1 verdeutlicht die Anzahl der in Anspruch genommenen Therapiesitzungen.

Hier wird deutlich, dass $\frac{3}{4}$ der Klientinnen (74 %) bereits nach maximal 45 Stunden ihre Therapie abgeschlossen haben. In 14 Sonderfällen (8 %), die bis zu 14 Jahre vor dem Untersuchungszeitpunkt begonnen haben, wird ein höheres Stundenkontingent als 80 Sitzungen erreicht (max. 170). Zwischen deren Stunden kommt es zeitweilig zu versicherungsbedingten Therapiepausen von 2 Jahren.

Die Therapiedauer der Klientinnen umfasst einen Zeitraum von 1-166 Monaten und ist unabhängig von der Anzahl absolvierter Sitzungen. 33 % der Klientinnen schließen ihre Therapie bis zu einem Jahr nach Therapiebeginn ab, 23,5 % nach zwei Jahren und 14,2 % nach drei Jahren.

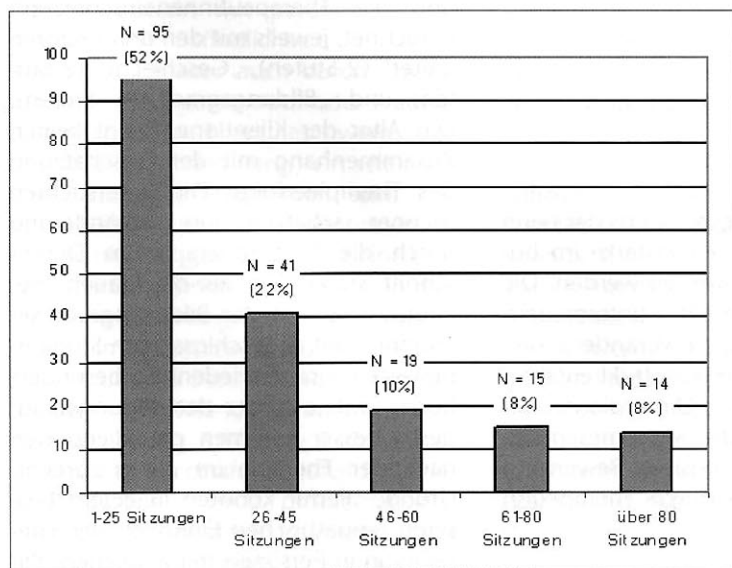


Abbildung 1: Anzahl der in Anspruch genommenen Therapiesitzungen

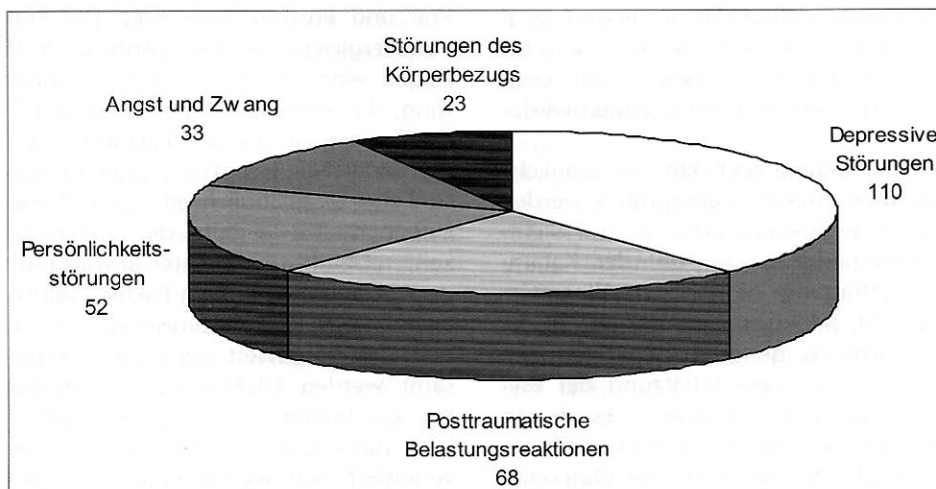


Abbildung 2: Absolute Häufigkeiten der Diagnosen (N = 286) in der Untersuchungsstichprobe

Therapieabbrecherinnen (16 %) haben mit einer Therapiedauer von durchschnittlich 11 Monaten (im Vergleich zu 36 Monaten bei Nicht-Abbrecherinnen) geringere Verweildauern. Diese Kohorte wird durch jene Klientinnen verzerrt, die verstarben oder unbekannt verzogen und damit artifizuell als „Abbrecherinnen“ in die Stichprobe eingehen.

Die Diagnosen der Stichprobe werden nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10, Kapitel V (F) (Weltgesundheitsorganisation, 2008) codiert. Um Aussagen über Komorbiditäten treffen zu können,

werden jeweils die Erst- bis Dritt-Diagnosen hierarchisiert erfasst, d. h. die Zuordnung basiert auf der zeitlichen Reihenfolge der Behandlung der Störungsbilder. Die insgesamt 51 verschiedenen Diagnosen werden anhand ihres klinischen Erscheinungsbildes in fünf Cluster struk-

turiert. Abbildung 2 zeigt die absolute Häufigkeit der Diagnosen in der Untersuchungsstichprobe, um ein reales Bild der Behandlungsrealität wiederzugeben (N = 286 Diagnosen).

45 % der Klientinnen erhalten eine Einzeldiagnose, weitere 45 % komorbide Diagnosen, lediglich 10 % Drittdiagnosen.

Die Bedeutung von Komorbidität erscheint beachtenswert: Klientinnen mit Einzeldiagnosen haben in durchschnittlich 28 Sitzungen in 28 Monaten ihre Therapie abgeschlossen (60 % davon bis zur 25. und weitere 22 % bis zur 45. Stunde). Komorbide Klientinnen benötigen hingegen durchschnittlich 43 Sitzungen in 37 Monaten, also 9 Monate länger und 15 Sitzungen mehr. Nach 45 Stunden haben also 64 % der komorbiden Klientinnen, jedoch 82 % der Klientinnen mit Einzeldiagnosen die Therapie beendet.

Zwischen den einzelnen Störungsclustern zeigen sich einige Unterschiede bezüglich der Therapiedauer: Auffällig sind rezidivierende depressive Störungen, bei denen 60 % der Klientinnen über 25 Therapiestunden in 46 Monaten benötigen. Klientinnen mit posttraumatischen Belastungsreaktionen beenden dagegen zu 63 % bis zur 25. Stunde ihre Therapie und benötigen durchschnittlich 25 Monate. Ähnlich stellt sich

die Behandlungsstruktur von Angst- und Zwangsstörungen dar. Insgesamt zeigt sich, dass in der untersuchten Praxis ein niederfrequentes Vorgehen von einer Sitzung in vier Wochen präferiert wird.

Psychotherapieeffekte: Um mögliche Selektionseffekte zu überprüfen, werden die Teilnehmerinnen (N=76) und Nicht-Teilnehmerinnen (N=108) der Katamnesebefragung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen und der Outcome-Schätzung der Psychotherapeutin verglichen. Es zeigen sich bei keiner der Variablen signifikante Unterschiede, außer bei der Outcome-Einschätzung der Therapeutin, die deren Therapieerfolg besser bewertet (3,4 vs. 2,7, $F=24.52$; $p < .0001$; $df=1$).

Effektstärken zum Vergleich zwischen Prä- und Posttest berechnet. Die Prä-Post-Vergleiche der EWL (Abbildung 3) zeigen eine hochsignifikante Veränderung, d.h. diese Gefühle nehmen durch die Therapie ab, bei den Faktoren „Dysthymie“, „Feindseligkeit“, „Gefühl persönlicher Unzulänglichkeit“, „Angst und Unsicherheit“, „Gefühl der Wertlosigkeit“ und „Agitiertheit“. Beim Faktor „Selbstbewusstsein und Optimismus“ erhöht sich der Mittelwert signifikant. Insgesamt werden Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich erzielt (Einteilung nach Cohen, 1992). Bei der BL verändern sich alle Faktoren (z.B. „Unruhe und Schwäche“, „Ärger und Konflikt“) noch deutlicher in die gewünschte Richtung. Fast alle Prä-Post-Vergleiche

der durch die Klientinnen wahrgenommenen Qualität ihrer Alltagsbewältigung ($r = .50$; $p < .0001$) sowie deren Veränderung durch die Therapie ($r = .40$; $p = .0004$), und negativ mit deren wahrgenommener Hilfsbedürftigkeit ($r = -.34$; $p = .003$). Die Zufriedenheit der Patientinnen mit der PT hängt jedoch nicht von deren Therapieerfolg im Sinne der Therapeutinnen-Einschätzung ab ($r = .19$; $p = .099$). Diese Ergebnisse legen nahe, zukünftig die Therapieerfolgsmessung durch die Therapeutin in Form verschiedener Outcomemaße zu differenzieren.

Weiterhin zeigt sich, dass weder die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen, noch die Dauer der untersuchten Psychotherapien mit der selbst eingeschätzten Schwere der Beeinträchtigung zu Therapiebeginn zusammenhängt.

LZT (über 25 Stunden) werden durch die Therapeutin als effektiver bewertet als KZT (1-25 Stunden). Allerdings bewerten Patientinnen mit mehr als 80 Sitzungen ihr Zurechtkommen im Alltag schlechter als die übrigen Klientinnen, was an der Schwere ihrer komorbiden Störung liegen könnte.

Weitere univariate, dreifaktorielle Varianzanalysen werden für die einzelnen Variablen des Katamnesefragebogens und die Therapeutinneneinschätzung berechnet, jeweils mit den drei Faktoren „Alter“ (2 Stufen), „Geschlecht“ (2 Stufen) und „Bildungsgrad“ (4 Stufen): Das Alter der Klientinnen zeigt keinen Zusammenhang mit der Einschätzung des Therapieerfolgs. Die untersuchten Männer schätzen ihre Veränderung durch die Psychotherapie im Durchschnitt stärker ein als die Frauen. Bedeutsam scheint der Bildungsgrad: Klientinnen mit abgeschlossenem Studium bewerten ihre Zufriedenheit besonders hoch, und je höher der Bildungsgrad, desto besser kommen die Klientinnen nach der Therapie im Alltag zurecht. Gründe hierfür könnten in einem besseren empathischen Einfühlen der Therapeutin in Personen mit ähnlichem Bildungsgrad liegen, oder deren besserer Informiertheit darüber, dass sie Hilfe zur

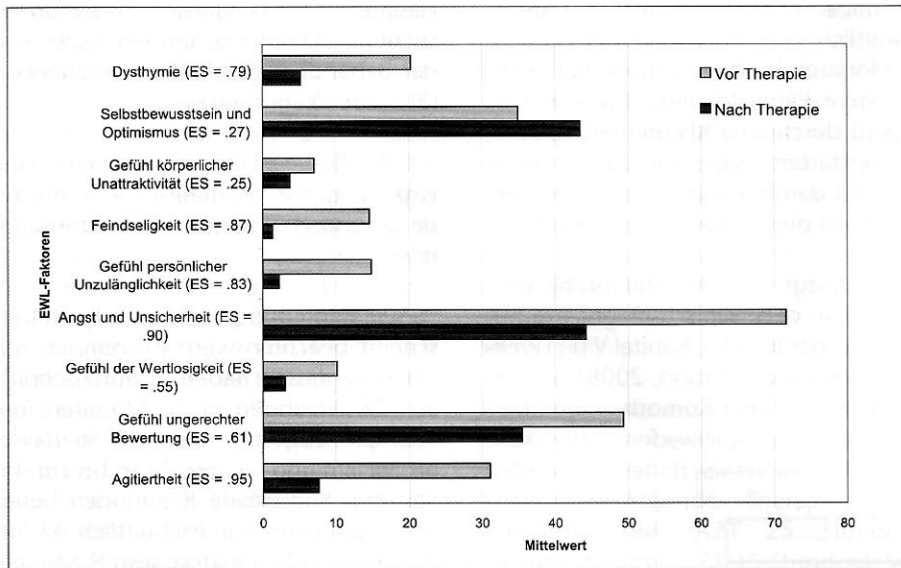


Abbildung 3: Prä-Post-Testvergleiche der Eigenschaftswörterliste

Zunächst wird als Beleg für einen Therapieerfolg überprüft, ob die Prä- und Post-Testvergleiche der Outcome-Maße (EWL, BL und FPI) sowie die Katamnesebefragung einen Therapieerfolg bei der untersuchten Stichprobe belegen. Die Einschätzungen der Klientinnen auf der Beschwerde- und der Eigenschaftswörterliste (BL und EWL) werden dafür durch Faktorenanalysen zu jeweils neun Skalen gruppiert, auf denen die weiteren Berechnungen beruhen. Für die extrahierten Faktoren, ebenso wie für die Unterskalen des FPI-R, werden t-Tests und

sind hochsignifikant, bei sechs der neun Faktoren kann eine Effektstärke im hohen Bereich nachgewiesen werden. Die Ergebnisse aus dem FPI-R untermauern die der EWL und BL, die Veränderungen fallen jedoch dem Testkonstrukt entsprechend in den meisten Dimensionen geringer aus. Auch die Katamnese maße belegen somit eine positive Bewertung des Therapieerfolgs durch Therapeutin und Klientinnen.

Die Outcome-Schätzung der Therapeutin korreliert deutlich positiv mit

ungsgrad liegen, oder deren besserer Informiertheit darüber, dass sie Hilfe zur Selbsthilfe anstatt konkreter Handlungsanweisungen erhalten, möglicherweise auch deren größerer Verfügbarkeit von Ressourcen.

Bei der Differenzierung der Katamnesemaße nach Störungsbildern zeigen sich keine Unterschiede, d. h. in der untersuchten Praxis hat beispielsweise eine Person mit einer Depression nicht weniger Therapieerfolgsaussichten als eine Person mit einer Angststörung. Insgesamt verweisen die Katamnesemaße über alle Störungen hinweg auf eine sehr positive Einschätzung des Therapieerfolgs in den fünf Outcome-Maßen.

Diskussion

Die vorliegende Versorgungsstudie untersucht Vorgehen, Wirksamkeit und Inanspruchnahme integrativer psychologischer Psychotherapie und kann als Pilotstudie für eine empirische Erfassung des gegenwärtigen Vorgehens in ambulanter Praxis betrachtet werden.

Soziodemographika: Mit einem Anteil von 81 % sind Frauen im untersuchten Klientel deutlich überrepräsentiert. Zwar befassen sich nach Dinger-Broda (2001) Frauen verstärkt mit psychischen Aspekten ihrer Befindlichkeit, in dieser Praxis könnte aber auch durch Zuweiserinnen wie Frauennotruf oder Frauenbeauftragte bzw. Therapieschwerpunkte (sexuelle Traumatisierung) ein selektiver Effekt zustande gekommen sein. Der hohe Bildungsgrad der Patientinnen erscheint nicht ungewöhnlich für eine Universitätsstadt und ein Klientel der in dieser Studie überwiegenden Altersgruppe. Er wird im Zusammenhang mit der Diskussion um die Behandlung von so genannten „YARVIS-Klientinnen“ (Akronym aus: Young, Attractive, Rich, Verbal, Intelligent, Successful; Scofield, 1964, nach Bastine, 1992) problematisiert. Auch die Anzahl der Vorbehandlungen könnte dafür sprechen: 58 % der Klientinnen haben bereits eine oder mehrere erhalten, in der Regel in anderen Psy-

chotherapiemethoden. Möglicherweise ist für diese Patientinnen die Schwelle, eine neue Therapie zu beginnen, niedriger.

Stundenkontingente und Therapiedauern: Von den Therapien, die im Untersuchungszeitraum abgeschlossen werden, entsprechen nach den Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherungen 52 % Kurzzeittherapien. Dabei handelt es sich vermutlich eher um Patientinnen mit konkreten Problemmanifestationen, bei längerfristigen Therapien scheint es dagegen eher um Persönlichkeitsveränderungen zu gehen, die eines existentiellen Entwicklungsprozesses bedürfen, um der komplexeren Symptomatik gerecht zu werden: Klientinnen mit Einzeldiagnosen kommen häufiger als komorbide Klientinnen mit einer Kurzzeittherapie aus (41 % vs. 60 %). Nach 45 Stunden haben 64 % der komorbiden Klientinnen, jedoch 82 % der Klientinnen mit Einzeldiagnosen die Therapie beendet.

Die Therapiedauer ist hingegen unabhängig von der Anzahl der Therapiesitzungen. Es schließen 33 % der Klientinnen ihre Therapie innerhalb eines Jahres ab; weitere 23,5 % innerhalb von zwei Jahren. Die 16 % der Klientinnen, die ihre Therapie abbrechen, verzerren vermutlich die durchschnittliche Therapiedauer, da sie nur sehr kurze Verweildauern hatten (durchschnittlich 11 Monate bei Abbrechern vs. 36 Monate bei Nicht-Abbrechern).

Diagnosen und Komorbidität: Die Diagnosen verweisen auf ein heterogenes Klientel, das lediglich mit dem des GEK-Reports (2007) vergleichbar erscheint, auch wenn dieser hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe kritisiert wurde. Im Vergleich zu anderen epidemiologischen Studien (z.B. Meyer et al., 2000; Jacobi et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen, 2006) zeigt sich eine Reihe von Unterschieden: Die hiesige Praxis weist zwar eine sehr hohe Prävalenz depressiver Störungen auf, die (alle Diagnosen zusammen genommen) mit 60 % sogar höher ausfällt, als zu erwarten gewesen wäre. Posttraumatische Be-

lastungsreaktionen werden jedoch in anderen Studien entweder gar nicht oder nicht als eigene Kategorie erfasst, hier hingegen werden Suchterkrankungen nicht behandelt. Eine Übereinstimmung zeigt sich hinsichtlich der Komorbiditätsraten: In den verschiedenen Studien werden Werte von 40 bzw. 37 % berichtet, während die Komorbidität in der vorliegenden Stichprobe 45 % beträgt.

Depressive benötigen von allen Störungsbildern mit durchschnittlich vier Jahren die längsten Therapiedauern. Posttraumatisch belastete Klientinnen oder solche mit einer Angst- oder Zwangsstörung beenden ihre Therapie hingegen nach durchschnittlich zwei Jahren, bei einer geringeren Stundenanzahl. Möglicherweise handelt es sich bei diesen Syndromen um relativ klar abgegrenzte Störungen in der Lebenswelt der Klientinnen, die vorrangig intraindividuell behandelbar sind und sich im Beziehungsumfeld weniger gravierend auswirken. Dafür spricht auch, dass Patientinnen mit posttraumatischen Belastungsreaktionen überraschenderweise ihre Therapien mit durchschnittlich 37 Sitzungen in weniger als drei Jahren beenden. Gleiches gilt für Persönlichkeitsstörungen. In den dargestellten Berechnungen werden allerdings ausschließlich die Erstdiagnosen beachtet. Die auffallend niedrige Sitzungsanzahl und Therapiedauer beispielsweise der Klientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung relativiert sich, wenn man berücksichtigt, dass 23 Personen diese Diagnose als Zweitdiagnose haben und aufgrund anderer Erstdiagnosen in die Berechnungen eingehen. Es wäre möglich, dass Überlebende massiver Traumatisierungen zunächst andere Eingangssymptome äußern, jedoch aufgrund der Komplexität ihrer Symptome eine längere Behandlungsdauer mit höheren Stundenkontingenten benötigen.

Therapiefrequenz: Störungsunabhängig stellt die niederfrequente durchschnittliche Therapiefrequenz von einer Sitzung in vier Wochen hohe Anforderungen an Selbststrukturierung und Eigenverantwortung der Klientinnen. Möglicherweise profitieren diese hierbei von Vortherapien. Klientinnen, denen

„Gern erkenn ich an, du willst mein Wohl allein ver-lange nicht, dass ich auf deinem Weg es finden soll!“

J. W. von Goethe

eine Strukturschwäche unterstellt wird, wie z.B. Klientinnen mit Substanzmissbrauch, werden in diesem Setting nicht behandelt. Die durchschnittlich niedrige Therapiefrequenz könnte jedoch die Realität phasisch verlaufender Therapieprozesse verzerrt abbilden. So verweist der GEK-Report (2007) bei Langzeittherapien auf eine anfänglich hohe Sitzungsfrequenz, die sich später deutlich verringert.

Therapieeffekte: Die Prä-Post-Vergleiche, Klientinnenurteile der Katamnesebefragung sowie die Therapeutinnen-einschätzung weisen trotz der geringen Sitzungsfrequenz auf einen im Durchschnitt hohen Therapieerfolg hin. Die erreichten Effektstärken in einzelnen Subskalen gleichen denen aus Studien mit monokausalem Vorgehen.

Eine Studie wie diese kann die impliziten Vorannahmen einer Behandlerin über ihr Klientel oder die Behandlungsaussichten bei bestimmten Störungen einer Überprüfung zugänglich machen und sie damit korrigieren.

Methodische Aspekte: In Übereinstimmung mit der gängigen Forschungspraxis wurde eine vielschichtige Analyse der Therapieergebnisse vorgenommen. Auch wenn sie aufgrund ihrer Konzeption als Einzelfallstudie keine Repräsentativität für sich beanspruchen kann, so ist sie doch als Beispiel einer methoden-integrativen Pragmatik beachtenswert. Es handelt sich hier um eine anfallende Stichprobe, bei der die Generalisierbarkeit der Befunde auf andere ambulante Psychotherapiepraxen bzw. patientinnen offen bleibt. Nur 76 von 184 Klientinnen (41,3 %) bearbeiteten die Katamnesefragebögen, d. h. die Ergebnisse der Therapieerfolgsmessungen könnten in Richtung auf ein zu positives Ergebnis verzerrt worden sein. Zwar unterscheiden sich die Patientinnen, die an der Katamneseuntersuchung teilnahmen, weder signifikant hinsichtlich ihrer Soziodemographika, noch hinsichtlich der in Anspruch genommenen Sitzungen von den Nichtteilnehmerinnen, jedoch bewertete die Therapeutin diese Therapien positiver. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass zwischen Thera-

peutin und Katamneseeteilnehmerinnen eine bessere therapeutische Allianz bestand, die sich auf Outcome-Einschätzung und Compliance gleichermaßen ausgewirkt haben könnte.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelte es sich um eine so genannte „Effectiveness“-Studie (Buchkremer & Klingenberg, 2001), also eine Studie zur Erfassung der Wirkung von Psychotherapie unter Praxisbedingungen, wie sie von Mundt und Backenstraß (2001) sowie Retzlaff (2007) empfohlen werden. Die für RCT-Studien geforderten Kriterien (unbehandelte Kontrollgruppe, randomisierte Patientinnenzuweisung, Manualisierung, Festlegung der Therapiedauer und Anzahl der Sitzungen, einheitlicher Katamnesezeitpunkt, Rollentrennung zwischen Diagnostikerin und Behandlerin, Patientinnen mit Einzeldiagnosen) sind dabei üblicherweise nicht realisierbar. Das hier gewählte Untersuchungsdesign hat demgegenüber den Vorteil, abgeschlossene Therapien über einen Sechsjahreszeitraum zu betrachten und damit die Nachhaltigkeit der Therapieeffekte sowie die Effekte abgeschlossener Langzeittherapien, die bisher kaum beforscht wurden, zu erkennen. Die Korrelationen zwischen Zeitpunkt der Therapiebeendigung und Erhebungszeitpunkt der Outcome-Maße wurden überprüft und erwiesen sich als nicht signifikant.

Perspektiven der Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung geschieht in Deutschland seit über 50 Jahren fast ausschließlich im stationären Setting. Auf die mangelnde Praxisforschung zur Versorgungslage psychischer Erkrankungen wird immer wieder verwiesen. Die hier vorliegende Einzelfalluntersuchung einer ambulanten Praxis nimmt einen Platz zwischen organisationsbezogener und Outcome-Forschung ein und liefert einen Beitrag zur geforderten Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie, indem sie bedarfsorientierte Fragestellungen evaluiert.

Aufruf zur Mitarbeit

Dieser Artikel appelliert an eine bundesweite Mitarbeit durch niedergelassene Kolleginnen zur Überwindung des Mangels an Praxisstudien. Wenn Sie bereit sind, durch die Applizierung von Fragebögen zu einer repräsentativen Analyse der ambulanten Psychotherapie in Deutschland beizutragen, sollten Sie sich bei den Autoren melden. Diese Daten könnten durch eine Doktorandin ausgewertet werden, die sich für dieses Thema im Rahmen einer Promotion interessiert und bereit ist, dafür Forschungsgelder zu akquirieren, denn Untersuchungen wie diese werden bisher im ambulanten Setting nicht finanziert, auch wenn sie aufwendig und teuer sind. Auf Wunsch könnten Sie dadurch eine qualitätssichernde Rückmeldung über ihre individuelle Tätigkeit erhalten.

Fußnoten

- 1 In diesem Artikel werden die Begriffe „Klientenzentrierte Psychotherapie“/ „Personenzentrierte Psychotherapie“/ „Gesprächspsychotherapie“ synonym verwendet.
- 2 Da in der Psychotherapie überwiegend Frauen von Frauen behandelt werden, sollen diese durch die gewählte weibliche Sprachform sichtbar erscheinen. Bei verallgemeinernden Aussagen wird die weibliche Sprachform verwendet, Männer sind inkludiert.
- 3 Die Bezeichnungen „Klientin“ und „Patientin“ werden synonym eingesetzt. Der unterschiedliche Bedeutungsgehalt wird (wie auch für Fußnote 1) als bekannt vorausgesetzt.

Literatur

Die Literaturangaben finden Sie auf unserer Internetseite. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Literaturangaben auch gerne zu.

Dr. phil. Beate Hofmeister & PD Dr. phil. Matthias Backenstraß

Integrative Personzentrierte Psychotherapie¹ heute:

Versorgungsforschung in einer niedergelassenen Praxis

Literatur

- Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.). *Klinische Psychologie*, Band II (S. 179 – 308). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 229-269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2005). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- BKK Bundesverband (2006). *BKK Gesundheitsreport 2006: Demographischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen*. <http://www.bkk.de> (31.08.2008).
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Bundesministerium der Justiz (1998). *Psychotherapeutengesetz (PsychThG)*. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psychthg/gesamt.pdf> (31.08.2008).
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2005). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 194-226). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Dinger-Broda, A. (2001). Gesundheitsversorgung und Rehabilitation psychosomatisch erkrankter Frauen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau* (S. 717-735). Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI 5*, ergänzte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2006). Psychotherapie in der Entwicklung. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 38, 269-282.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147-162). Wien: Springer.
- Frohburg, I. (2007). *Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- GEK (2007). *GEK-Report ambulante ärztliche Versorgung 2007*. <http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Report-Ambulant-aerztliche-Versorgung-2007.pdf>.
- GPT-Verbände (ÄGG, DPGG & GwG) (2006). *Gemeinsame Stellungnahme zum Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss/ Unterausschuss Psychotherapie*. Download bei <http://www.psychotherapeuten-journal.de> (31.08.2008).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Heisig, U. & Littek, W. (2003). *Der schwierige Weg zur Profession – Zur Lage der niedergelassenen Psychotherapeuten im Jahr 2 der neuen Zeit*. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 7-19.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 467-508). New York: Wiley.
- Hentze, K.-O. (2006). *Die unendliche Geschichte der bisherigen Entwicklung des Verfahrens zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie*. 6. GwG-Fortbildungstage, Mainz, Persönliche Mitteilung.
- Hentze, K.-O. (2007). *Chronologie der Gesprächspsychotherapiebewertung – die unendliche Geschichte*. Download bei <http://www.psychotherapeutenjournal.de> (31.08.2008).
- Hentze, K. O. (2009). *Vom Psycho-Therapeuten zum Symptom-Techniker? Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 9-14.
- Hofmeister, B. (2009). *Psychologische Psychotherapie in einer ambulanten Praxis: Eine Studie zu Inanspruchnahme und Wirksamkeit als Beitrag zur Versorgungsforschung*. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.
- Hofmeister, B. (2010). *The Person Centered Approach in Germany: To Cut a Long Story Short*. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9(1), 1-13.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Papst.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Lazarus, A. A.; übersetzt und erweitert von D. Zimmer und L. Echelmeyer (1978). *Fragebogen zur Lebensgeschichte*. Tübingen: dgvt.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). *Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie*. *Nervenarzt*, 71, 535-542.
- Mundt, C. & Backenstraß, M. (2001). *Perspektiven der Psychotherapieforschung*. *Nervenarzt*, 72, 11-19.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. (S. 270-376). Oxford: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2005). *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change*. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 307 – 389). New York: John Wiley & Sons.
- Prouty, G., Pörtner, M. & VanWerde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R. (2007). *Kommentar zum Artikel von D. Russell Crane „Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie“*. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 25-26.
- Rogers, C. R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett. (Original: Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Mifflin)
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (2003). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (6. Aufl., hrsg. von Faber, F. R. & Haarstrick, R.). München: Urban & Fischer.

- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen: Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. *Person*, 1, 5-21.
- Schmid, P. F. (2006). The Challenge of the Other. Towards dialogical person-centered psychotherapy and counseling. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5 (4), 241-254.
- Schulz, W. (2000). Therapeut-Patient-Beziehung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (4. Auflage) (S. 9-14). Heidelberg: Springer.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13 (3), 307-322.
- Vogel, H. (1999). Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In H. Reinecker, M. Borg-Laufs, U. Ehler, D. Schulte, H. Sorgatz & H. Vogel (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 15-43). Tübingen: dgvt.
- Weltgesundheitsorganisation (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dilling, H., Mombour, W & Schmidt, M. H. (Hrsg.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.-U. (2006). Psychische Störungen in Deutschland und der EU - Größenordnung und Belastung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38 (1), 189-201.