

## Evaluation von vier psychotherapeutischen Intensivphasen im Jahr 1998 am Dan Casriel Institut

Auswertung und Ergebnisdarstellung: Dipl.-Psych. Robert Mestel  
Forschungsstelle - Psychosomatische Kliniken Bad Grönenbach

März bis Juli 1999

### Zusammenfassung

Am Dan Casriel Institut, geleitet von Dr. med. Ingo Gerstenberg, wurden fünf einwöchige psychotherapeutische Intensivphasen des Jahres 1998 hinsichtlich der Veränderungen der 118 Teilnehmer nach der Behandlung beurteilt. Dazu wurden den Gruppenteilnehmern zu Beginn und etwa drei Monate nach der Gruppentherapie Fragebogen zur psychischen Symptomatik (Symptom Checkliste: SCL-90-R) und zur Beziehungsgestaltung bzw. Qualität der Bindungsstile vergeben. Mit 98 katamnesticen Antwortern wurde eine hohe Rücklaufquote von 83% erreicht. Die postalischen Antworter waren sehr repräsentativ für die Gruppe aller Teilnehmer. Die Mehrzahl der Teilnehmer waren Frauen zwischen 35 und 45 Jahren mit hohem Bildungsniveau. Fast ein Drittel hatten eine depressive Störung als ICD-10 Hauptdiagnose, ein Viertel im weiteren Sinne eine Angststörung, 10% eine somatoforme oder psychosomatische Störung, 6% eine schwere Persönlichkeitsstörung und etwa 15% eine Anpassungsstörung.

Es ergaben sich auf sechs von zehn Symptomskalen statistisch signifikante Unterschiede ( $p < .05$ ) zwischen den beiden Meßzeitpunkten. In fast allen Skalen hatten sich die Teilnehmer in Richtung Normbereich zubewegt. Kleine Effekte konnten für die Bereiche „Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, globale Symptombelastung“ nachgewiesen werden. Vergleichbar mit der Psychotherapieliteratur erreichte etwa jede fünfte, zu Therapiebeginn testpsychologisch auffällige Person zum Nachbefragungszeitpunkt den Bereich der „Gesunden“, kann folglich als „geheilt“ angesehen werden. 46% der Teilnehmer verbesserten sich in der globalen Symptombelastung in statistisch signifikanter Weise. Im Bereich der zwischenmenschlichen Bindungen ergaben sich relativ gesehen noch etwas bessere Effekte. Die Teilnehmer schätzten sich bei der Nachbefragung eher sicher gebunden und weniger ängstlich-vermeidend gebunden ein. Sie gaben an, in Beziehungen mehr vertrauen zu können, weniger ängstlich zu sein und weniger Verlassens- und Näheängste zu besitzen. Weiterhin verbesserte sich das Bild (Modell) von sich selbst stark.

Es konnten einige Unterschiede in der Wirksamkeit der vier Gruppen festgestellt werden, die allerdings schwer zu interpretieren sind. Eher ältere Teilnehmer und solche mit Hauptschulabschluß oder mittlerer Reife profitierten mehr. Stärker auffällige Personen waren zusätzlich in ambulanter Psychotherapie, wodurch sich keine Einflüsse der ambulanten Therapie auf das Ergebnis ergaben. Es bestehen Trends dahingehend, daß eher vermeidend gebundene Personen und solche mit den Diagnosen Anpassungsstörungen und schweren Persönlichkeitsstörungen mehr profitieren. Einige Teilnehmer, die mehr zu Weiterbildungs- bzw. Selbsterfahrungszwecken an den psychotherapeutischen Intensivphasen partizipierten, profitierten genauso viel wie die anderen Personen, vor allem in der Beziehungsgestaltung.

## 0. Einleitung

Hiermit liegt das zweite Gutachten zu mehreren psychotherapeutischen Intensivphasen am Dan Casriel Institut (DCI) vor. Der erste Bericht aus dem Jahr 1996 konnte die Wirksamkeit von fünf psychotherapeutischen Intensivphasen 1995 vor allem im Symptombereich und teilweise im Bereich interpersoneller Probleme belegen. Aus mehreren Studien ist bekannt, daß sich die interpersonellen Probleme gemessen mit dem Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) nur sehr schwer und wenn dann erst nach längerer Katamnesedauer ändern. Die Effektstärken von durchschnittlich .54 für die Symptome gemessen mit der Symptomcheckliste 90-R lagen jedoch in exakt derselben Höhe wie die Effektstärken der Psychosomatischen Klinik Herrenalb<sup>1</sup> (1,5 Patientenjahrgänge der Jahre 1996/97; Pfeiffer, 1998) und etwas unter denen der Kurzzeitgruppe (7 Wochen Behandlung) für depressive Patienten in der Psychosomatischen Klinik Grönenbach (ES=.59; Mestel, Neeb, Hauke, Klingelhöfer & Stauss, 1999). Die Symptomskalen-Effekte von stationärer Psychotherapie mit längeren Behandlungszeiten liegen jedoch mit ca. ES=.8 über diesen Werten. Die recht hohen Effektstärken für die psychotherapeutischen Intensivphasen 1995 könnten jedoch zu einem nicht abschätzbaren Teil (hierzu lagen keine Informationen vor) auch auf die direkt vorher oder direkt nachher vorliegende ambulante Psychotherapie bei einigen Teilnehmern zurückzuführen sein. Deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit kontrolliert, ob sich Teilnehmer mit versus ohne zusätzliche ambulante Psychotherapie mehr oder weniger verbesserten. Ein wirklicher Test des zusätzlichen Nutzens der psychotherapeutischen Intensivphasen am DCI für eine begleitende ambulante Psychotherapie bestünde darin, einigen ambulanten Psychotherapiepatienten zusätzliche psychotherapeutische Intensivphasen am DCI zu ermöglichen und anderen nicht, am besten durch Randomisierung. Dies wurde bisher aus Aufwandsgründen verständlicherweise nicht durchgeführt.

## 1. Ziel der Untersuchung

Mittels eines naturalistischen Designs sollte festgestellt werden, ob sich Teilnehmer an psychotherapeutischen Intensivphasen am Dan Casriel Institut über einen Zeitraum von etwa drei Monaten nach den Intensivphasen auf der Ebene der Symptomatik und im Bereich der Beziehungsgestaltung verändern. Ferner wurde untersucht, in welchen spezifischen Bereichen sich die Veränderungen ergaben und wie stark sie waren.

Bereits hier müssen kurz die wichtigsten Einschränkungen der Aussagekraft dieser Untersuchung erwähnt werden (näheres im Kapitel „Einschränkungen“ am Ende):

Es kann hier *nicht* bewiesen werden, welchen *spezifischen* Einfluß die Methode der psychotherapeutischen Intensivphase oder bestimmte Interventionstechniken wie der „New Identity Process“ (NIP; Casriel Therapie) oder die Familienaufstellungen nach Bert Hellinger auf die Veränderungen gehabt haben, da keine unbehandelte Kontrollgruppe untersucht wurde. Dieser

<sup>1</sup> Konkrete Vergleiche mit anderen Therapieformen oder Institutionen, die in diesem Bericht nur spärlich durchgeführt werden, müssen stets unter dem Vorbehalt verstanden werden, daß die Stichprobencharakteristika der Patienten/Teilnehmer sehr verschieden sind. Ist eine Institution jedoch flexibel genug, ihr Therapieangebot an die Individualität der Patienten/Teilnehmer anzupassen, so können Vergleiche unter zwei Bedingungen mit Recht gezogen werden: Erstens darf die Behandlungszeit einer oder beider verglichenen Einrichtungen nicht zu kurz sein, da sonst eine Passung der therapeutischen Angebote auf den Patienten nicht mehr möglich scheint. Zweitens dürfen die Patienten nicht zu schwer gestört sein, d. h. daß sie für eine Psychotherapie nicht mehr zugänglich sind.

Kritikpunkt einer geringen internen Validität trifft jedoch alle naturalistischen Studien ohne Kontrollgruppendesign zu. Der unbestrittene Vorteil des vorliegenden Designs liegt jedoch darin, daß es eine höhere Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die tatsächlich durchgeführte Psychotherapie ermöglicht, also die externe Validität als gesichert gelten kann (näheres hierzu bei Seligmann, 1995). Auf internationalen Psychotherapieforschungskongressen (z. B. der Society of Psychotherapy Research SPR) hat inzwischen das naturalistische Design gegenüber dem experimentellen Vorgehen deutlich an Boden gewonnen und genießt auch bei renommierten Forschern wie Ken Howard und David Orlinsky zunehmendes Ansehen.

### 1.1. Fragestellungen

- Welche kurzfristigen Therapieerfolge lassen sich durch bzw. nach psychotherapeutischen Intensivphasen am Dan Casriel Institut erzielen?
- Wie unterscheiden sich die Therapieerfolge zwischen folgenden Teilgruppen:
  - Art der psychotherapeutischen Intensivphase (A-D)
  - Alter, Geschlecht, Bildung
  - zusätzliche ambulante Psychotherapie versus keine
  - Art des Bindungsstils zu Therapiebeginn
  - Art der Diagnose
  - Weiterbildungsteilnehmer versus „echter“ Patient

## 2. Methoden und Durchführung der Untersuchung

An den vier therapeutischen Intensivphasen nahmen insgesamt 118 Teilnehmer teil:

Nr.	Vorwiegende Therapieinhalte	Datum	Personenzahl
A	Casriel	31. 3. - 4. 4. 1998	32 Personen
B	Casriel	19. 5. - 23. 5. 1998	32 Personen
C	Casriel und Familienaufstellung	21. 7. - 30. 7. 1998	24 Personen
D	Casriel und Familienaufstellung	17. 8. - 23. 8. 1998	30 Personen

Von 114 Teilnehmern (97%), die in der Folge die Ausgangsstichprobe bilden, lagen zu Beginn der psychotherapeutischen Intensivphase Fragebogendaten und Angaben zu demographischen Merkmalen vor. 74 (64,9%) waren Frauen und das durchschnittliche Alter betrug 41 Jahre (68% der Personen waren zwischen 34 und 48 Jahren). 20% hatten Real- oder Hauptschulabschluß, 16% Abitur und 63,6% Hochschulabschluß. Die Teilnehmer wiesen folglich ein sehr hohes Bildungsniveau auf.

31 Personen (28%) hatten als Hauptdiagnose<sup>2</sup> in Anlehnung an das ICD-10 eine Depression, sechs (5,5%) eine Angststörung, neun (8,2%) eine leichte Persönlichkeitsstörung, sieben (6,4%) eine schwere Persönlichkeitsstörung, fünf (4,5%) eine somatoforme Störung, 16 (14,5%) eine Anpassungsstörung, 11 (10%) eine posttraumatische Belastungsstörung, sechs

<sup>2</sup> N=4 fehlende Angaben; folglich beziehen sich die Diagnoseangaben auf N=110 Personen.

(5,5%) eine psychosomatische Erkrankung und fünf hatten andere Störungen (Eßstörung, Alkoholismus, sexuelle Funktionsstörung, Schlafstörung). Bei sieben von 114 Teilnehmern (6%) konnte klar ermittelt werden, daß sie zu eigenen Weiterbildungs- oder für Selbsterfahrungszwecke an den psychotherapeutischen Intensivphasen teilnahmen, jedoch erhielten sie für den Zweck der vorliegenden Untersuchung eine „Arbeitsdiagnose“ und gingen hier in die Diagnostikstatistik ein. 14 Personen (12,7%) wiesen keine ICD Diagnose auf und waren ebenso den Weiterbildungs- bzw. Selbsterfahrungsteilnehmern zuzurechnen. Es bleibt unklar, ob hier zur Diagnose keine Informationen vorlagen, oder ob diese Personen wirklich keine Störung aufwiesen.

Interpretation: Die meisten Teilnehmer der psychotherapeutischen Intensivphasen können somit im klinischen Sinne als ziemlich deutlich belastet eingestuft werden. Dies wird auch durch die Symptombelastungswerte auf der SCL-90 zu Therapiebeginn deutlich. Der durchschnittliche Globale Symptomschwere Index GSI liegt mit  $.87^3$  deutlich über dem Wert der Normstichprobe von  $.33$ , jedoch unter dem Wert von ambulanten Patientengruppen (1.04-1.22 nach Schauenburg & Strack, 1998) und unter den Werten von stationärer Psychotherapie-klientel (1.21-1.61 nach Schauenburg & Strack, 1998). Die Diagnosehäufigkeiten entsprechen, läßt man die Weiterbildungsteilnehmer außer Betracht, den Jahresstatistiken von bestimmten psychosomatischen Kliniken (3. Jahresbericht der Panorama Klinik Scheidegg; Kordy, 1998).

Allen Personen wurden zu Beginn der psychotherapeutischen Intensivphasen der Fragebogen zu körperlichen und psychischen Symptomen „SCL-90-R“<sup>4</sup> und drei Bindungsfragebogen<sup>5</sup> vorgelegt. Die Fragebogen werden im Ergebnisteil eingehender erläutert.

Über die Merkmale der vier Personen, die an der psychotherapeutischen Intensivphase teilnahmen, die Fragebogen jedoch bereits zu Beginn *nicht* ausfüllten, können keine Angaben gemacht werden. Vier Personen nahmen an bis zu drei der vier Psychotherapeutische Intensivphase teil und gehen in die Auswertung als verschiedene Personen ein, da die psychotherapeutischen Intensivphasen zeitlich über ein halbes Jahr auseinanderlagen und somit Veränderungsprozesse plausibel erschienen.

Die psychotherapeutischen Intensivphasen dauerten eine Woche an und die Inhalte der Gruppen (Thematik, Interventionen etc.) können dem Programm des Dan Casriel Instituts (1998) entnommen werden. Nähere Einzelheiten zur Art der Behandlungsform sind von den Dozenten oder dem Leiter der Einrichtung Dr. Ingo Gerstenberg zu erhalten. Die psychotherapeutischen Intensivphasen wurden ohne manualisierte Behandlungspläne von verschiedenen Gruppenleitern bzw. Psychotherapeuten durchgeführt. Zu betonen ist, daß in den psychotherapeutischen Intensivphasen C und D zusätzlich zur Casriel Methode noch Familienaufstellungen nach Hellinger angeboten wurden.

Die Teilnehmer wurden vom behandelnden Gruppentherapeuten ausdrücklich um die Teilnahme an der Untersuchung gebeten und auf das später folgende Anschreiben vorbereitet.

Den 118 Personen wurden die vier Fragebogen etwa 3 Monate<sup>6</sup> nach dem Ende der psychotherapeutischen Intensivphase erneut postalisch verschickt. Es antworteten insgesamt 98 Perso-

<sup>3</sup> Die  $n=21$  Weiterbildungsteilnehmer wurden hier herausgenommen. Mit ihnen beträgt die durchschnittliche Symptombelastung  $GSI=.83$ .

<sup>4</sup> Symptom-Checkliste 90-revidiert; Franke, 1995; 90 Fragen mit fünfstufigen Antwortskalen (0=nicht vorliegend, 4=stark vorliegend); abgefragt werden Symptome, an der die Person in der letzten Woche litt.

<sup>5</sup> Relationship Scales Questionnaire, RSQ, Griffin & Bartholomew, 1994; Relationship Questionnaire (RQ-1), kategoriale Bindungstypenbeurteilung, Bartholomew & Horowitz, 1991; Relationship Questionnaire (RQ-2), dimensionale Bindungstypenbeurteilung, Griffin & Bartholomew, 1994, Übersetzungen jeweils durch R. Mestel.

<sup>6</sup> Im Vergleich zur 1995er Katamnese am Dan Casriel Institut wurde ein etwas längeres Katamneseintervall (drei Monate im Vergleich zu einem Monat) gewählt, damit die Integration der psychotherapeutischen Inten-

nen, was einer hohen Rücklaufquote von 83% entspricht (siehe Tabelle 1). Es wurde deutlich, daß in den beiden letzten Psychotherapeutische Intensivphase etwas weniger Personen zurückgeschrieben hatten (ca. 75-80% vs. 88%). Die Ergebnisse sind folglich sehr repräsentativ für alle vier psychotherapeutischen Intensivphasen<sup>7</sup>.

Tabelle 1: Datenvollständigkeit zu den zwei Meßzeitpunkten.

	Psychotherapeutische Intensivphase A	Psychotherapeutische Intensivphase B	Psychotherapeutische Intensivphase C	Psychotherapeutische Intensivphase D
Beginn	30/32 - 94%	30/32 - 94%	24/24 - 100%	30/30 - 100%
Nachuntersuchung	28/32 - 88%	28/32 - 88%	18/24 - 75%	24/30 - 80%

Die 98 Antworten waren nach allen vorliegenden Informationen sehr repräsentativ für die Gesamtgruppe der 114 angeschriebenen Teilnehmer, da sich auf allen geprüften 35 Skalen keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu Behandlungsbeginn finden ließen. Es bestanden jedoch starke Geschlechtsunterschiede: Während unter den Antwortern 70% weiblich waren, waren unter den Nicht-Antwortern 70% männlich. Das Geschlecht spielte jedoch, wie weiter unten ausgeführt wird, keine Rolle bei der Stärke des Therapieerfolgs (siehe Kapitel 4.3.).

Sieben von 55 Personen (11%) gaben an, direkt nach der psychotherapeutischen Intensivphase eine ambulante Psychotherapie begonnen zu haben und 24 von 70 (34%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in psychotherapeutischer Behandlung, d. h. sie hatten entweder vor oder nach den Intensivphasen eine ambulante Psychotherapie begonnen. Am Ende dieses Berichts wird auf die Unterschiede der Therapieerfolge der Personen mit versus ohne zusätzliche psychotherapeutische Begleitung eingegangen (Kapitel 4.8.). Erstmals kann hier also untersucht werden, ob die psychotherapeutische Intensivphase am Dan Casriel Insitut auch ohne jede andere begleitende Psychotherapie wirksam sind.

Es ergaben sich keinerlei Unterschiede im Therapieerfolg zwischen einer vor allem ärztlichen Fortbildungsgruppe (n=21) und den übrigen Therapieteilnehmern, weshalb es gerechtfertigt erschien, diese Gruppe bei den Darstellungen der Therapieeffekte mit den übrigen Teilnehmern zu vermischen (siehe Kapitel 4.8.).

Die Fragebogen wurden vom Sekretariat des Instituts gesammelt und dann zur Eingabe und Skalenverrechnung an eine externe unabhängige Abteilung, die Forschungsstelle an den Kliniken für Psychosomatische Medizin Grönenbach, geleitet von Dipl.-Psych. Robert Mestel zur Dateneingabe, Auswertung und Verfassung eines Ergebnisberichtes weitergeleitet.

Die Berechnungen erfolgten mit dem statistischen Programmpaket SAS for Windows, Version 6.0. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die detaillierte Darstellung von statistischen Kennwerten in diesem Bericht verzichtet. Nach Prüfung der Anwendungsvoraussetzungen wurden entsprechende parametrische/nonparametrische Prüfverfahren eingesetzt. Perso-

---

sivphasenerfahrungen in den Alltag abgebildet werden kann und die Ergebnisse trotzdem mit einiger Wahrscheinlichkeit noch auf die psychotherapeutische Intensivphase zurückgeführt werden können.

<sup>7</sup> Die Bedeutung der Repräsentativität erkennt man daran, daß ein Kritiker stets einwenden könnte, daß alle Personen, die nicht geantwortet haben, zu den Rückfälligen bzw. Verschlechterten zu rechnen sind.

nen, die an den exakten statistischen Daten interessiert sind, sind aufgefordert, sich an den Autor des Berichtes zu wenden.

**Wichtig:** Wird in diesem Bericht von Unterschieden oder Zusammenhängen gesprochen, so sind diese Unterschiede/Zusammenhänge signifikanzstatistisch mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% abgesichert. Die Erwähnung von „Trends“ oder „Anzeichen“ lassen auf ein Alpha von 10% schließen.

Die Daten wurden gruppenstatistisch vor allem anhand von vier Methoden ausgewertet:

1. **Signifikanzstatistik** (Varianzanalysen mit Meßwiederholung: Prüfung der Unterschiede der prä-post Mittelwerte der psychotherapeutischen Intensivphase).
2. **Effektstärkenberechnung** (Standardisierte Mittelwertsdifferenzen).
3. Prozentsatz einzelner Personen, die sich **statistisch signifikant verändert** haben.
4. Prozentsatz einzelner Personen, die sich **klinisch relevant verändert** haben.

## 3. Ergebnisse

### 3.1. Bereich der psychischen Symptome

#### 3.1.1. Mittelwertsunterschiede auf den Symptomskalen der SCL-90-R zwischen Prä (Beginn der psychotherapeutischen Intensivphase) und Post (Nachbefragung)

Zur Erfassung der Symptomatik wurde die in Deutschland und auch weltweit stark verbreitete Symptomcheckliste mit 90 Fragen (SCL-90-R) herangezogen. Die SCL-90-R Skalenantworten reichen jeweils von 0 (Symptom nicht vorhanden) bis 4 (sehr stark vorhanden). Alle 10 Skalen sind so definiert, daß sie Problembereiche erfassen (z.B. Skala 6: *Probleme mit Aggressivität und Feindseligkeit*). Die Skalenbezeichnungen sind zumeist anschauliche Oberbegriffe der Einzelitems (hohe inhaltliche Validität). Unter „Psychotizismus“ versteht man eine kontinuierliche Dimension des menschlichen Erlebens, die von verzerrtem, isoliertem, schizoidem Lebensstil bis hin zu Primärsymptomen der Schizophrenie wie Halluzinationen und Gedankenzerfall reicht (Franke, 1995, S.23). Der globale Symptom Index (GSI) besteht aus dem Mittelwert aller neun anderen Symptomskalen und wird als integriertes Symptommaß in der Folge häufig zitiert. Nähere Informationen sind dem Testmanual zu entnehmen (Franke, 1995).

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, zeigten sich für alle 95 Antwortere<sup>8</sup> im Durchschnitt auf sechs der zehn Symptomskalen statistisch signifikante Verbesserungen vom Beginn des Psychotherapeutische Intensivphase (Prä) bis zum Nachbefragungszeitpunkt (post). Auf zwei Skalen ergaben sich Verbesserungstrends. Die Teilnehmer haben sich durchschnittlich zumeist auf den Normbereich hin bewegt<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Bei drei Personen fehlten entweder die prä oder die post SCL-90 Werte. Diese wurden ausgeschlossen.

<sup>9</sup> Als Normbereich gilt das c-Kriterium nach Jacobson, Follette & Revensdorf, 1984. Hierbei werden die Verteilungen einer klinisch unauffälligen Population (Franke, 1995; N=1006) und einer klinischen Population (N=2000, Psychosomatik Grönenbach, Mestel, R. unveröffentlicht) miteinander verrechnet.

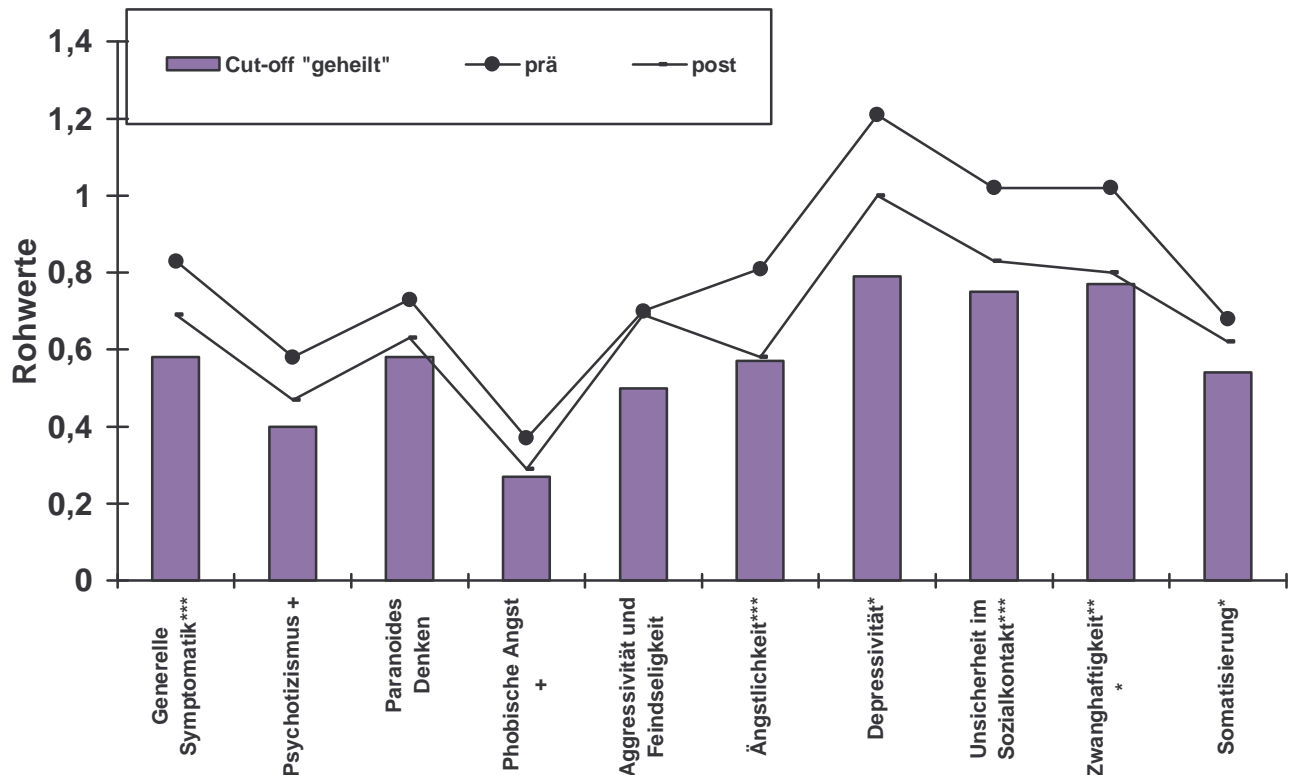


Abbildung 1: Prä-Post Vergleich auf den Symptomskalen. (\*\*\*) $p < .01$ ; (\*) $p < .05$ ; (+)  $p < .10$ ,  $n=95$

### 3.1.2. Effektstärkenberechnungen für die Symptomskalen

Effektstärken drücken etwas über die Größe des Unterschiedes zwischen zwei Populationen (hier: prä und post Vergleich) aus. Sie sind im Gegensatz zu Signifikanztests (Sternchen in Abb. 1) nicht so stark abhängig von der Stichprobengröße und werden häufig herangezogen, um Therapiestudien miteinander vergleichen zu können<sup>10</sup>. Bei der Interpretation der Höhen der Effektstärken ist jedoch darauf zu achten, daß es sich hier um einen Eingruppen Prä-Katamnese Vergleich handelt, also keine Kontrollgruppe zur Effektstärkenberechnung herangezogen wurde. Dadurch können die Cohenschen Interpretationsrichtlinien (Cohen, 1984;  $ES = .2$ -.49 kleiner Effekt;  $ES = .5$ -.79 mittlerer Effekt;  $ES \geq .8$  großer Effekt) nur mit einer leichten Korrektur angewendet werden. Grawe, Donati & Bernauer (1994) schlagen eine Korrektur von .10 Standardabweichungseinheiten vor, was den mittleren Effekten von Spontanheilungen entspricht<sup>11</sup>.

**→ Folglich gilt ein Effekt ab .3 als klein, ab .6 als mittel und ab .9 als groß.**

<sup>10</sup> Der Effektstärkenberechnung wurde die von W. W. Wittmann (1996) empfohlene, und bereits z.B. durch Tscheulin & Schäfer (1993) erprobte Formel „Differenz zwischen Prä und Katamnese Mittelwert, geteilt durch die Standardabweichung der Differenzen“, zugrunde gelegt. Bei keiner der hier vorliegenden Skalen kam es zu einer Varianzerweiterung (von prä bis Katamnese), wodurch die Poolung der prä und Katamnese Standardabweichungen zur Verbesserung der Reliabilität gerechtfertigt erscheint (Begründung bei Mestel et al., 1999).

<sup>11</sup> Auch Hartmann & Herzog (1996) schlagen eine ähnliche Korrektur von  $ES = .123$  vor. Lipsey & Wilson (1993) errechneten eine Differenz von  $ES = .29$  zwischen prä-post Effektstärken vs. Kontrollgruppenvergleichseffektstärken. Hier ist darauf hinzuweisen, daß es sich um Studien mit Kontrollgruppen handelt, die unspezifische Behandlungsfaktoren erhielten (z. B. „clinical management“). Die Effektstärke von .29 bezieht sich deshalb auf „Plazebo-Kontrollgruppen“ und keine wirklich unbehandelten Gruppen.

Im Mittel erreichen die Teilnehmer kleine Effekte in den Bereichen „generelle Symptomatik, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit“. Die durchschnittlichen Symptomskaleneffekte über alle Skalen liegen bei  $ES=.26$ . Ob spezifische Teilgruppen bessere Ergebnisse erzielten, wird weiter unten in Kapitel 4 analysiert.

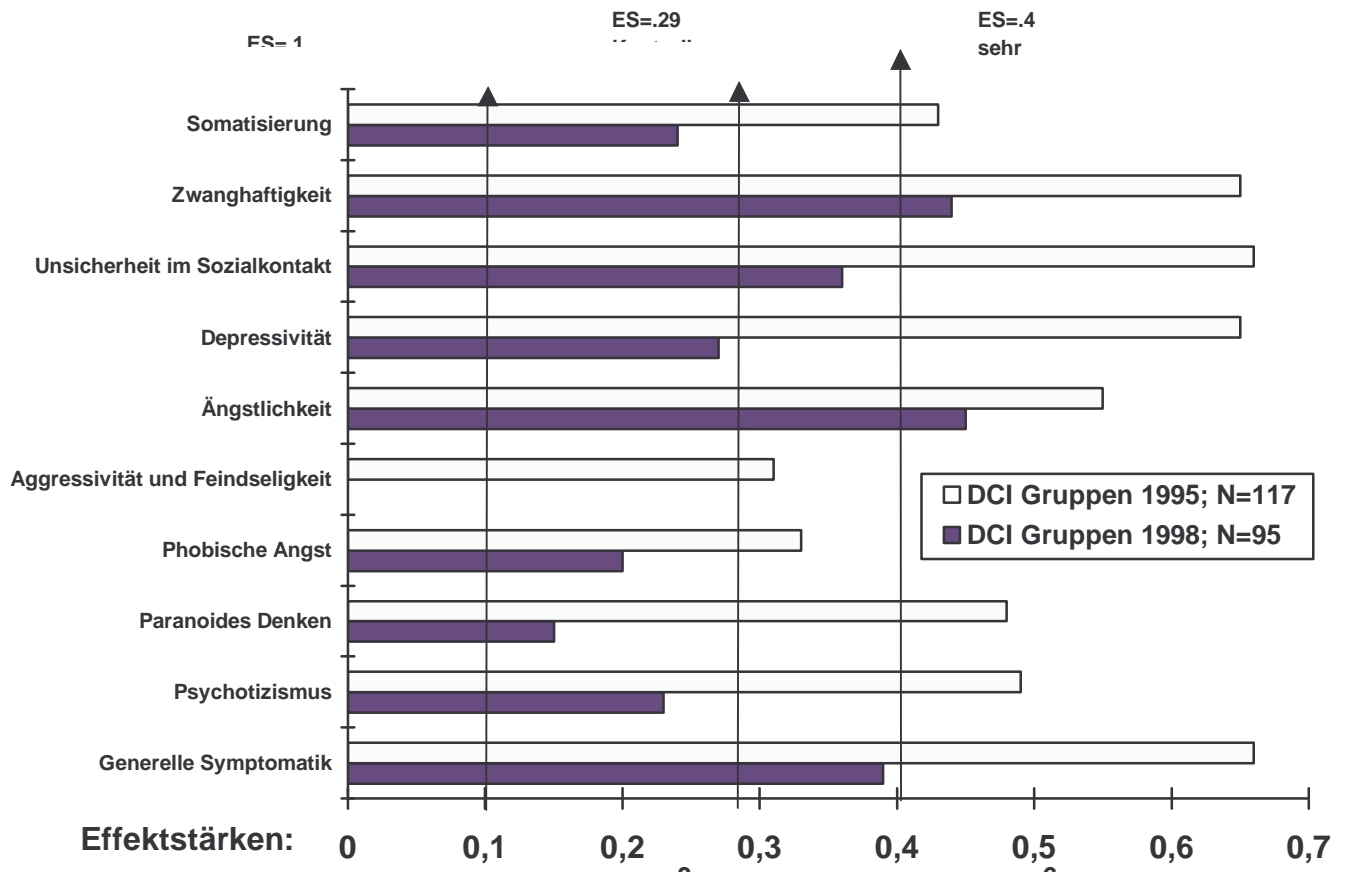


Abbildung 2: Effektstärkenberechnungen für die Symptomskalen.

Interpretation: Die Effektstärkenhöhe liegt mit  $ES=.26$  unter den Durchschnittswerten deutschsprachiger Psychotherapiestudien von  $ES=.4$  (Wittmann & Matt, 1986). Die relativ gesehen größten Effekte werden im Symptombereich der Ängstlichkeit erreicht, was wahrscheinlich mit Stichprobencharakteristika zusammenhängt. So gehörten zu häufigen Diagnosen Angststörungen und soziale Unsicherheit. Daß sich die „Zwanghaftigkeit“ auch gebessert hat, ist vielleicht damit zu interpretieren, daß die innerhalb der therapeutischen Intensivphasen häufig zum Einsatz gekommen Körperarbeit zu einer stärkeren Lockerung und Flexibilität führt. Kritisch zu sehen sind sicherlich die niedrigen Effekte im Bereich der Depressivität, da mehr als jeder Vierte eine Depressionsdiagnose erhalten hatte und ein störungsspezifisches Vorgehen hier höhere Effektstärken erwarten lassen müßte<sup>12</sup>. Die als depressiv diagnostizierten Personen

<sup>12</sup> So lassen sich zumindest in kontrollierten Studien Effektstärken um  $ES=2.0$  mit störungsspezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen (Hautzinger, 1996) oder interpersonellen Ansätzen (Interpersonelle Psychotherapie, IPT, z. B. Elkin, 1994; mündliche Mitteilung Elisabeth Schramm, August 1997) bei depressiven Patienten mittels 16-20 stündigen ambulanten Behandlungen erreichen. Allerdings soll hier nicht verschwiegen werden, daß die Rückfallquoten, vor allem die Wiederanspruchnahme weiterer Therapie, nach der Behandlung recht hoch sind. Die Effektstärken für Depressive (gemessen mit Depressionsskalen) der Psychosomatischen Klinik Grönenbach liegen für die 6-8 Wochen Kurzzeitbehandlung bei  $ES=.77$  bis  $.87$  und für die 12 Wochen Behandelten bei  $ES=.93$  bis  $1.22$  (genauer hierzu bei Mestel et al., 1999).



erreichten keine höheren Effektstärken in der depressiven Symptomatik im Vergleich zur übrigen Gruppe (siehe Kapitel 4.7.).

Ein schwer zu interpretierender Befund ist der deutliche Rückgang der Effektivität der psychotherapeutischen Intensivphasen 1998 im Vergleich zu 1995. Es ist kaum anzunehmen, daß die Therapien am DCI wirklich schlechter geworden sind. Welche Erklärungen lassen sich hierfür also heranziehen?

1. Der Anteil an testnormalen Personen, also solchen, welche von Anfang an keine auffälligen Testwerte aufwiesen lag mit 25-44 % wesentlich höher als in Vergleichstichproben (siehe nächstes Kapitel). Werden weniger Symptombelastungen berichtet, können diese sich auch weniger ändern. Die Teilnehmer der Intensivphasen hatten wahrscheinlich vorrangig anders gelagerte Ziele als die Veränderung psychischer Symptome (siehe unten: Bindungsskalen).

2. Der Nachbefragungszeitraum war 1995 einen Monat lang, während er 1998 drei Monate betrug. Folgt man dieser Interpretation, so ließen sich die geringeren Effekte 1998 als ein stärkeres „Verblässen“ der einwöchigen Intensivphasen ansehen. Dieser Erklärungsansatz ließe sich mit zwei Befunden in Einklang bringen: Erstens ist der pure Ausdruck von Emotionen, der zumindest ein Teilelement der hier häufig zum Einsatz gekommenen Casriel-Therapie darstellt, nur ein temporärer „Streßreduzierer“ und erzeugt keine *anhaltenden*<sup>13</sup> Veränderungen (Greenberg & Safran, 1987, S. 198). Zweitens ist die mittel- und langfristige Wirkung von Familienaufstellungen nach Bert Hellinger, die nur 1998, aber nicht 1995 zum Einsatz kamen nach Kenntnis des Autors noch nicht systematisch empirisch belegt worden.

3. Die Personen waren 1995 weniger schwer beeinträchtigt im Vergleich zu 1998. Eine schwerere Störung geht nach klinischen Eindrücken häufig mit einer geringeren „strukturellen Flexibilität“ einher, so daß schwerer beeinträchtigte Personen längere Zeit benötigen, um dieselben Effekte zu erreichen wie leichter gestörte Patienten. Steht einer Einrichtung/Klinik bzw. einem Therapeuten mehr Zeit zur Verfügung, so kann die Behandlung flexibel an den Schweregrad und die Qualität der Störung angepasst werden, wodurch zumeist dieselben Effektstärken für verschieden schwer gestörte Patienten erreicht werden (siehe Mestel, 1999). Dies kann jedoch nicht für psychotherapeutische Intensivphasen von einer Woche Dauer gelten. Dies bedeutet, daß ein höherer Anteil von schwerer gestörten Personen wahrscheinlich zu einem schlechteren Therapieergebnis führen muß.

4. Einige der hier untersuchten Personen nehmen seit Jahren mehrmals an DCI Intensivphasen teil. Es besteht die Möglichkeit, daß die Personen 1998 bereits mehr psychotherapeutische Intensivphasen am DCI absolviert haben im Vergleich zu den Teilnehmern 1995. Dieser Befund könnte die Effekte von 1998 deutlich gesenkt haben, da inzwischen eindeutig belegt ist, daß die hauptsächlichen Befindlichkeits- und Symptomveränderungen in der Anfangsphase von Psychotherapien geschehen (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Mißt man zu späteren Zeitpunkten, und dann noch wie hier über verhältnismäßig kurze Zeitintervalle von 3-4 Monaten, so sind weitere Verbesserungen in nur geringem Ausmaß zu erwarten<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Hervorhebung durch den Autor dieses Berichtes. Damit könnte erklärt werden, warum nach einem Monat noch recht gute Effekte vorliegen, nach drei Monaten aber kaum mehr.

<sup>14</sup> Kritisch könnte man anmerken, daß sich später während psychotherapeutischer Behandlungen noch Änderungen ergeben, diese jedoch durch die hier verwendeten Meßinstrumente nicht mehr abgebildet werden.

### 3.1.3. Klinisch relevante Veränderungen (Symptomskalen)

Dieses Berechnungskriterium gibt Auskunft über den aktuellen Status von Einzelpersonen zum Nachbefragungszeitpunkt. In der folgenden Abbildung 3 wird die Anzahl der Teilnehmer (entspricht fast exakt dem Prozentsatz, da  $n=98$ ) genannt, die zum Nachbefragungszeitpunkt im Bereich der „Geheilten“ (zur Definition des Normbereichs: siehe 3.1.1.; näheres bei Schauenburg & Strack, 1998) lagen, sich somit nicht mehr von der psychopathologisch unauffälligen Personen der Normstichprobe unterschieden. Personen, die am Ende bzw. nach einer Intervention (z.B. Therapie) dieses Kriterium erfüllen gelten nach Jacobson, Follette & Revensdorf (1984) als klinisch relevant gebessert bzw. „geheilt“.

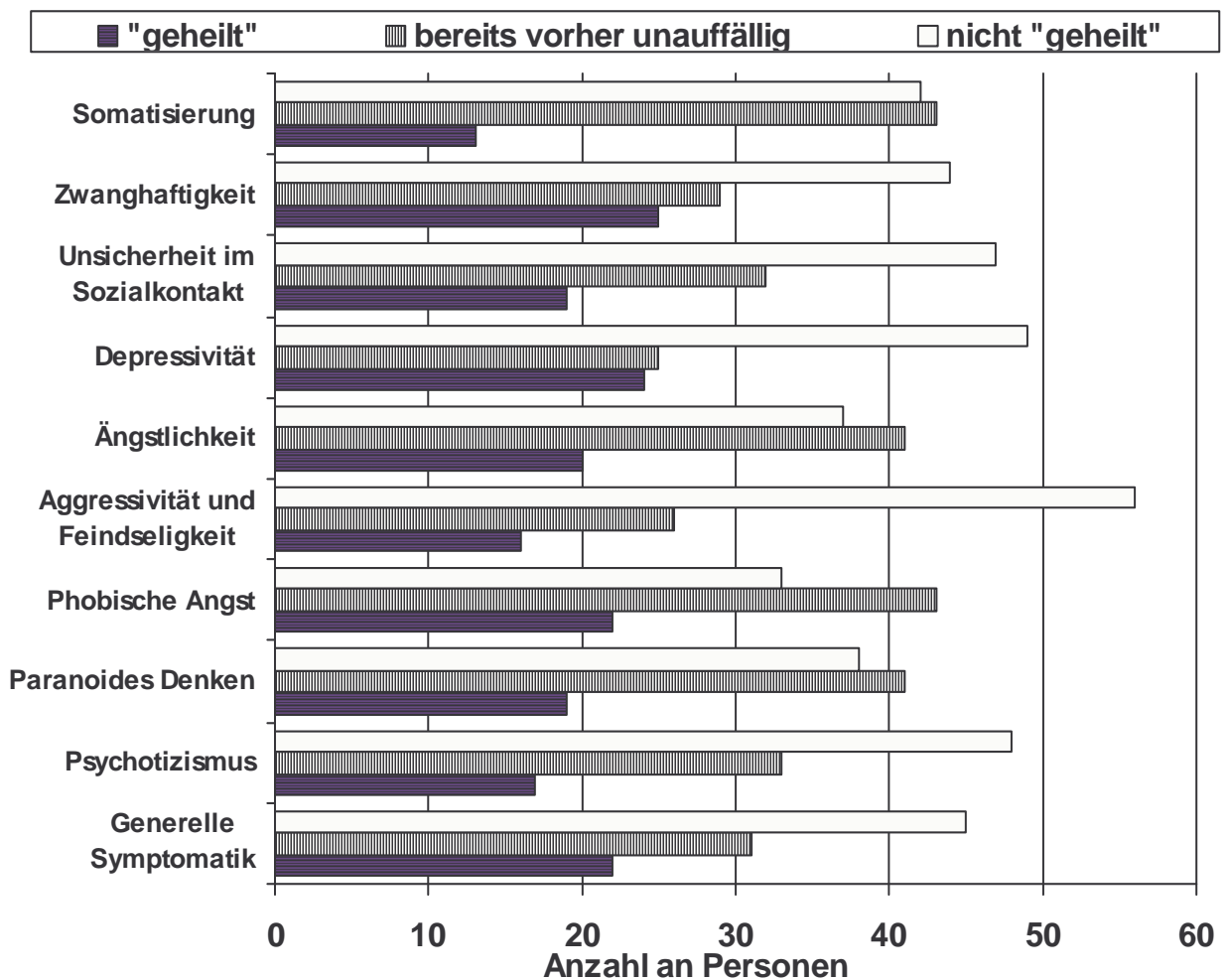


Abb. 3: Anzahl klinisch relevant gebesserter Personen auf den Symptomskalen der SCL-90-R (ausschließliche Betrachtung des Katamnesezeitpunktes;  $N=98$ )

Es zeigt sich, daß zwischen 13 und 26% der Teilnehmer im Symptombereich zum Nachbefragungstermin klinisch relevante Verbesserungen aufweisen (Im Globalwert 22.4%). D. h., daß diese Personen vorher der psychopathologisch auffälligen Gruppe zugerechnet wurden, beim Nachbefragungszeitpunkt jedoch nicht mehr. Prozentual gesehen die besten Ergebnisse wurden in den Bereichen „Zwanghaftigkeit“, „phobische Angst“, „Depressivität“ und „globale Beschwerden“ erreicht, die schlechtesten in den Symptomen „Somatisierung“ und „Aggressivität“. Diese Werte liegen im Rahmen mit denen von Vergleichsstudien: So berichten Schauen-

burg & Strack (1998) von 23% klinisch relevant Gebesserten im ambulanten und von 17% im stationären psychotherapeutischen Setting, während in der Psychosomatischen Klinik Grönenbach zumindest bei Depressiven ein Prozentsatz von 35% als „geheilt“ gelten kann (Mestel et al., 1999). Analog zu einer fieberhaften Erkrankung könnte man sagen, daß sie bei der Nachbefragung keine erhöhte Temperatur mehr besaßen.

Zwischen 34-57% der Personen erreichten nicht den unauffälligen Bereich (für den Globalwert: 46%), stagnierten also im klinisch auffälligen Bereich. Dieser Prozentsatz ist etwa gleich hoch im Vergleich zu schwerer gestörten Patienten psychosomatischer Fachkliniken.

Zwischen 25-44% der Personen wiesen weder vor noch nach den psychotherapeutischen Intensivphasen eine besondere Symptombelastung auf (für den Globalwert: 32%), was jedoch nicht bedeutet, daß sie nicht *andere* Schwierigkeiten wie z. B. Beziehungsprobleme aufweisen. Dieser Prozentsatz liegt deutlich über dem von Vergleichsstichproben (Schauenburg & Strack, 1998; für den globalen Beschwerdescore: stationäre Behandlung: 5%, ambulante Behandlung: 19%; Psychosomatik Grönenbach: 11-17%; Mestel et al., 1999). Hier spiegelt sich wahrscheinlich die hohe Anzahl an Weiterbildungsteilnehmern an den psychotherapeutischen Intensivphasen wieder, welche deutlich geringere Symptomausprägungen aufwiesen (siehe Kapitel 4.8.).

Da das Kriterium der klinisch relevanten Besserungen als sehr streng gilt, wird in der Folge (Kapitel 3.1.4.) auch die Zahl der einzelnen Personen bestimmt, die *statistisch* signifikante Veränderungen im Symptombereich aufwiesen. Durch diese Kriterium wird praktisch nur bewertet, ob das Fieber gesunken ist, jedoch nicht, ob die Person am Ende wirklich fieberfrei ist.

### 3.1.4. Statistisch signifikante Veränderungen einzelner Personen (Symptomskalen)

In Abbildung 4 zeigt sich pro Symptomskala der Prozentsatz der Personen, die statistisch signifikant verbessert, statistisch signifikant verschlechtert oder gleichgeblieben sind<sup>15</sup>. Die meisten statistisch signifikanten Verbesserungen (46%) gibt es auf der Skala „Generelle Symptomatik“, gefolgt von „Depressivität“ (30%) und „Ängstlichkeit“ (25%). Der Prozentsatz statistisch relevanter Veränderungen liegt etwa in der Höhe wie sie in der Literatur für ambulante (GSI: 43%) oder stationäre (GSI: 49%) Stichproben berichtet werden (Schauenburg & Strack, 1998). Allerdings liegen auch deutlich höhere Besserungsraten für stationäre Einrichtungen vor (GSI: 65-70% statistisch signifikant gebessert; Mestel et al., 1999).

Andererseits zeigt sich auch, daß auf den übrigen Skalen die meisten Personen, also etwa 67-86% zumindest auf der Symptom-Ebene (vor allem bei den phobischen Ängsten) unverändert bleiben. Der Anteil unveränderter Personen auf dem GSI mit 39% liegt jedoch in der Literatur (Schauenburg et al., 1998) etwa gleich hoch, von Ausnahmen abgesehen (Mestel et al., 1999; GSI: 22-26%).

Der Anteil der statistisch signifikant verschlechterten Personen liegt im GSI mit 14.7% über den Anteilswerten der Literatur von 6-8%. Detailanalysen dieser verschlechterten Personen könnten hier weiteren Aufschluß über eventuell vorliegende negative Nebenwirkungen der

<sup>15</sup> Als gleichbleibende, unveränderte Werte gelten solche Prä-Post Differenzen, die nicht von den Zufallsschwankungen des Meßinstruments (SCL-90-R), welches nur mehr oder weniger genau mißt, unterschieden werden können. Wenn hier von Verbesserung oder Verschlechterung die Rede ist, so wird diesen Aussagen eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% zugrunde gelegt. Die Berechnungen erfolgten nach den Angaben zur kritischen Differenz im SCL-90-R Testmanual (Franke, 1995, S.28).

therapeutischen Intensivphasen geben. Dies spricht jedoch nicht gegen die Intensivphasen, da wirklich wirksame Behandlungen auch Nebenwirkungen besitzen (mündliche Mitteilung des Evaluationsexperten Prof. W. W. Wittmann an den Erstautor im März 1999). Frei nach Paracelsus ist hier gemeint: Alles was wirkt hat auch Nebenwirkungen.

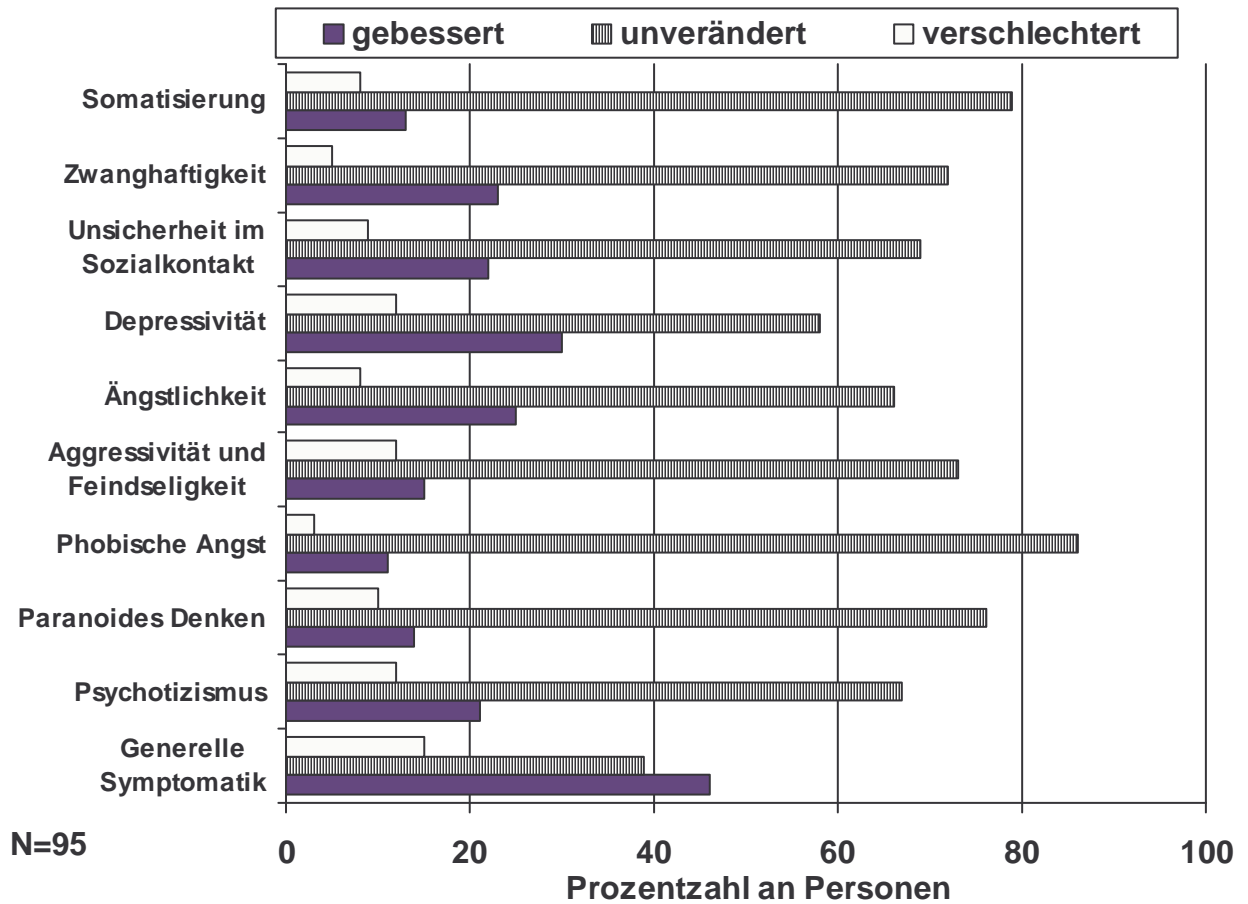


Abb. 4: Prozentsätze statistisch signifikant veränderter Einzelpersonen (Symptomskalen).

### 3.2. Veränderungen der Bindungs- und Beziehungsqualität

Der Therapieerfolg wurde hier nach Schulte (1993) neben der Ebene des Krankseins (Symptomatik) auch im Bereich der Krankheitsfolgen untersucht. Häufig stellen zwischenmenschliche Probleme Folgen der psychischen Symptomatik wie Depressivität dar. Da das Inventar Interpersoneller Probleme (z. B. verwendet in der letzten Evaluation des Dan Casriel Institutes) sich häufig als nicht sehr änderungssensitiv erweist, wurden hier mehrere bindungstheoretisch fundierte Skalen verwendet. Da hier nicht auf die umfangreiche Bindungstheorie eingegangen werden kann wird auf einschlägige Literatur verwiesen (Brisch, 1999; Spangler & Zimmermann, 1995).

Die drei verwendeten Instrumente werden hier erläutert:

1. **Relationship Questionnaire (RQ-1;** Bartholomew & Horowitz, 1991; deutsche Übersetzung von Mestel, 1995): Kategoriale Erfassung von vier Bindungsstilen in nahen Beziehungen, wobei sich ein Proband für genau einen am besten passenden Bindungsstil entscheiden muß.

2. **Relationship Questionnaire (RQ-2;** Griffin & Bartholomew, 1994; deutsche Übersetzung von Mestel, 1995): Erfassung jedes der vier Bindungsstile auf einer Skala von 1 (nicht zutreffend) bis 5 (sehr zutreffend)<sup>16</sup>. Aus diesen vier Beurteilungen können nach dem Modell in Abbildung 5 die Mega-Werte für das Modell vom Selbst und das Modell vom Anderen gebildet werden<sup>17</sup>.

3. **Relationship Scales Questionnaire (RSQ;** Griffin & Bartholomew, 1994; deutsche Übersetzung von Mestel, 1995): Erfassung der Bindungsstile nach Bartholomew, von Hazan & Shaver (1987) und der Adult Attachment Scale von Collins & Read (1990) mittels 30 Einzelitems auf einer Skala von 1 (nicht zutreffend) bis 5 (sehr zutreffend)<sup>18</sup>.

Aus ökonomischen Gründen wurden hier keine Bindungsinterviews wie das aufwendige „Adult Attachment Interview“ (AAI) eingesetzt, sondern Fragebogen. Diese Fragebogen entspringen nicht der entwicklungspsychologischen oder klinischen Forschung, sondern wurden mit Hazan & Shaver (1987) von Sozialpsychologen für die Bindungen von Liebespartner- und allgemeinen Beziehungen und nicht von Eltern-Kind Bindungen entwickelt.

<sup>16</sup> Im vergebenen Fragebogen wurde eine Likert Skalierung von 1-7 verwendet, welche jedoch zur Vergleichbarkeit mit den anderen Bindungsskalen auf eine Fünferskalierung transformiert wurde.

<sup>17</sup> Modell des Selbst= Typ A + B - C - D; Modell des Anderen= Typ A + C - B - D.

<sup>18</sup> Eine Itemanalyse von Steffanowski (Pfeiffer, 1998, Steffanowski, 1999) erbrachte nur äußerst unzureichend hohe Cronbach´s Alpha Werte für diese Skalen. Da derselbe Befund bis auf zwei Skalen auch für die vorliegende Stichprobe vorlag, wurden nur die zwei Skalen der AAS „Vertrauen“ und „Ängstlichkeit“ und die durch neue Faktorenanalysen konstruierten Skalen nach Steffanowski (1999) verwendet („Verlassenheitsangst, Näheangst, fehlendes Vertrauen und Unabhängigkeitswunsch“).

Interne Konsistenzen (Cronbach´s Alpha):

Skalenbezeichnung: Stichprobe:	Verlassenheitsangst	Näheangst	fehlendes Vertrauen	Unabhängigkeitswunsch	Vertrauen(AAS)	Ängstlichkeit (AAS)
Bad Herrenalb - prä, N=284-297	.81	.77	.78	.72	.60	.79
Bad Herrenalb - post, N=239-257	.78	.80	.74	.70	-	-
Dan Casriel Institut, Psychotherapeutische Intensivphasen 1998	.73	.83	.78	.68	.72	.79
Median	.78	.80	.76	.70	.66	.79

	Negatives Modell vom Selbst	Positives Modell vom Selbst
positives Modell vom Anderen:	ANKLAMMERND	SICHER
negatives Modell vom Anderen:	ÄNGSTLICH/ VERMEIDEND	ABWEISEND (unabhängig)

Abbildung 5: Die vier theoretischen Bindungsstile nach Bartholomew (1990).

Prinzipiell wird in den ersten beiden Instrumenten von der vierkategorialen Theorie und Konzeptualisierung von Bindungsstilen nach Bartholomew (1990) ausgegangen. Die vier Bindungsstile orientieren sich an Bowlby's theoretischem Konzept, daß alle Menschen ein gutes bzw. schlechtes Arbeitsmodell von sich und vom Anderen besitzen. Dies führt zu  $2 \times 2 = 4$  theoretischen Typen (Abbildung 5).

Bartholomew (1990; siehe Abbildung 6) nannte die vier Typen „secure“ (sicher), „dismissing“ (unabhängig, distanziert, abweisend, gleichgültig-vermeidend), „preoccupied“ (anklammernd, verstrickt, besitznehmend) und „fearful“ (ängstlich-vermeidend, ängstlich). Der „dismissing“ Typ wird in diesem Bericht entgegen der wörtlichen Übersetzung „unabhängig“ genannt, da dies inhaltlich am ehesten der Beschreibung des Typen entspricht.

**Sicherer Prototyp:** Intime Freundschaften werden hoch eingeschätzt. Es besteht die Fähigkeit, nahe Beziehungen aufrechtzuerhalten, ohne die persönliche Autonomie zu verlieren. Es besteht ein gutes Bild von sich selbst und ein gutes von Anderen (vertrauensvolle Haltung).

**Unabhängiger Prototyp:** Die Wichtigkeit naher (enger) Beziehungen wird heruntergespielt. Die Emotionalität ist eingeschränkt und betont werden Unabhängigkeit und Selbstvertrauen. Es besteht ein tendenziell eher gutes Bild von sich und ein deutlich negatives von den Anderen. Ein Hang zur Abwertung der Anderen ist gegeben.

**Anklammernder Prototyp:** Diese Personen engagieren sich übermäßig in nahen (engen) Beziehungen. Das persönliche Wohlfühl hängt davon ab, ob andere Personen diese Person akzeptieren. Sie suchen stark Nähe und oft auch Rat und Unterstützung bei Anderen (tendenziell gutes Bild vom Anderen). Dagegen haben sie ein deutlich schlechtes Bild von sich selbst und können sich nur schwer im guten Sinne selbständig sein.

**Ängstlich-vermeidender Prototyp:** Nahe Beziehungen werden aus Angst vor Zurückweisung, aus persönlicher Unsicherheit und aus einem Mißtrauen gegenüber anderen vermieden. Es besteht ein negatives Modell vom Selbst und den anderen Menschen. Sie fühlen sich insgeheim oft minderwertig und können trotz dem deutlichen Wunsch nach Nähe diesem nicht nachkommen, da sie sich nicht wirklich auf andere verlassen können.

Abbildung 6: Inhaltliche Beschreibung der vier Bindungsstile nach Bartholomew.

Die drei Bindungsstile „anklammernd, unabhängig und ängstlich-vermeidend“ werden zusammenfassend als unsichere Bindungsmuster (versus sicher) bezeichnet. Da in der Literatur häufig vom vermeidenden Bindungsmuster gesprochen wird, soll hier nochmals erwähnt werden, daß sowohl der unabhängige als auch der ängstlich-vermeidende Bindungsstil zwei Facetten von Vermeidung darstellen. Beide Typen vermeiden Nähe, da sie bewußt (ängstlich-vermeidend) oder unbewußt (unabhängiger Stil) Furcht vor Zurückweisung aufgrund früherer Lebenserfahrungen haben. Sie

mißtrauen Menschen, haben also ein schlechtes Konzept von Anderen, die sie als unzugänglich, zurückstoßend oder unzuverlässig erleben können. Unabhängige Typen pochen jedoch auf ihr gutes Selbstkonzept („ich schaffe es alleine“) während Ängstlich-vermeidende dagegen noch Nähewünsche spüren, aber ein zu schlechtes Bild von sich besitzen, um diesen nachzugeben („ich bin nichts wert, wie kann mich dann jemand anderes mögen“). Nach bisherigen Untersuchungen weisen Personen, die sich am ehesten im ängstlich-vermeidenden Bindungsstil wiederfinden die meisten klinischen Symptome auf, die sicher gebundenen das geringste Symptomausmaß (Steffanowski, 1999).

**Zusammenfassend wurden folgende Skalen verwendet:**

1. Kategoriale Bindungsstileinschätzung (wähle Typ A, B, C, D)
2. Dimensionale Bindungsstileinschätzung (vier Werte von 1-5 für die Skalen „sicher, unabhängig, anklammernd, ängstlich-vermeidend)
3. Dimensionale Einschätzung des Bildes vom Selbst (-12 bis +12)
4. Dimensionale Einschätzung des Bildes vom Anderen (-12 bis +12)
5. Vertrauen (AAS; Skala von 1-5)<sup>19</sup>
6. Ängstlichkeit (AAS; Skala von 1-5)
7. Verlassenheitsangst (RSQ; nach Steffanowski, 1999; Skala von 1-5)
8. Näheangst (RSQ; nach Steffanowski, 1999; Skala von 1-5)
9. Fehlendes Vertrauen (RSQ; nach Steffanowski, 1999; Skala von 1-5)
10. Unabhängigkeitswunsch (RSQ; nach Steffanowski, 1999; Skala von 1-5)

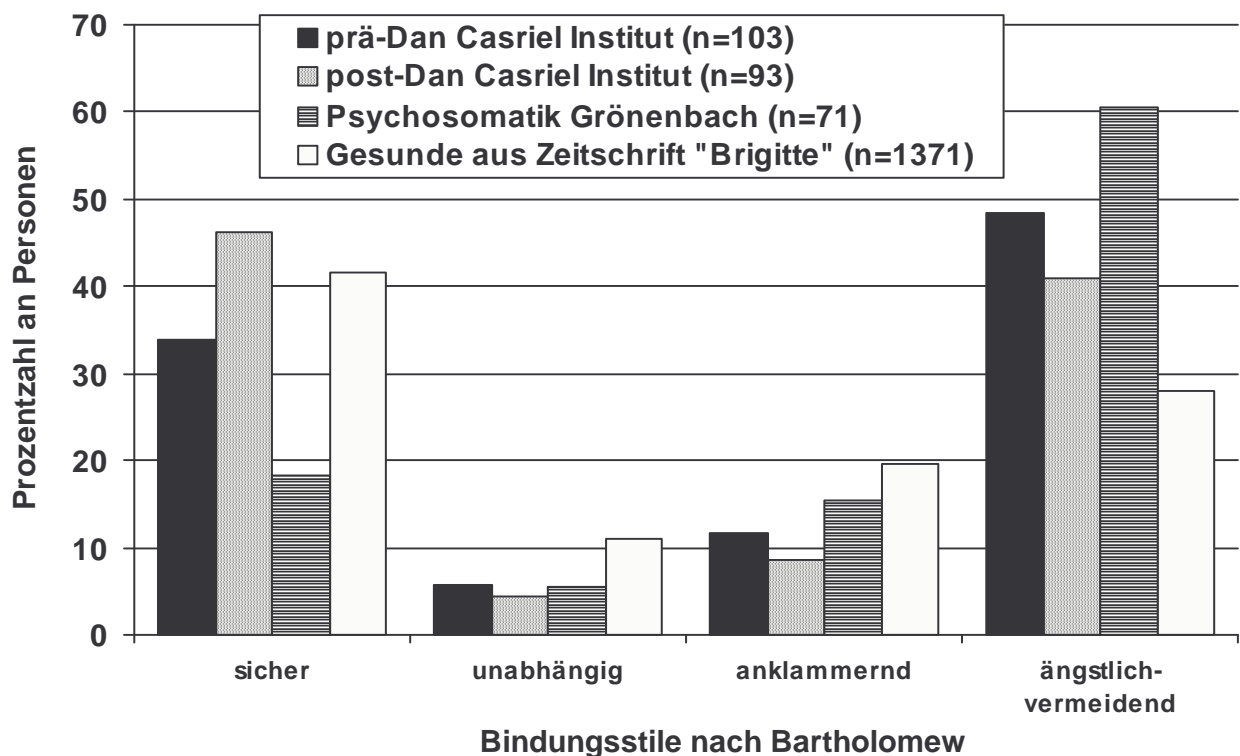


Abbildung 7: Verteilung der kategorial beurteilten Bindungsstile nach Bartholomew vor und nach dem Psychotherapeutische Intensivphase und Vergleich mit einer Bevölkerungsgruppe und mit Patienten der psychosomatischen Klinik Grönenbach (Messung während der Behandlung, Zwischenerhebung).

<sup>19</sup> Diese Skala wurde hier trotz der Redundanz mit der Skala „fehlendes Vertrauen“ aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der Literatur betrachtet.

Während zu Beginn der psychotherapeutischen Intensivphasen noch der ängstlich-vermeidende Bindungsstil prozentual überwiegt, schätzen sich die Teilnehmer nach den psychotherapeutischen Intensivphasen deutlich häufiger sicher gebunden ein. Der Anteil an sicher Gebundenen übersteigt katamnestic sogar leicht den Anteil in einer großen Bevölkerungsgruppe, die auf das Inserat „Bindungsstile“ in der Zeitschrift „Brigitte“ geantwortet hat (Doll, Mentz & Witte, 1995). Wie zu erwarten zeigt sich bei den durchschnittlich schwerer gestörten Patienten der Psychosomatischen Fachklinik Grönenbach ein wesentlich höherer Anteil an ängstlich-vermeidend gebundenen Patienten.

### 3.2.1. Mittelwertsunterschiede auf den Bindungsskalen zwischen Prä und Post

Wie aus Abbildung 8 ersichtlich, zeigen sich für alle 97 Antwortter im Durchschnitt auf sieben der zehn Bindungsskalen statistisch signifikante Verbesserungen vom Beginn der psychotherapeutischen Intensivphase (Prä) bis zum Nachbefragungszeitpunkt (post). Die Teilnehmer haben sich durchschnittlich zumeist auf den Normbereich hin bewegt<sup>20</sup>.

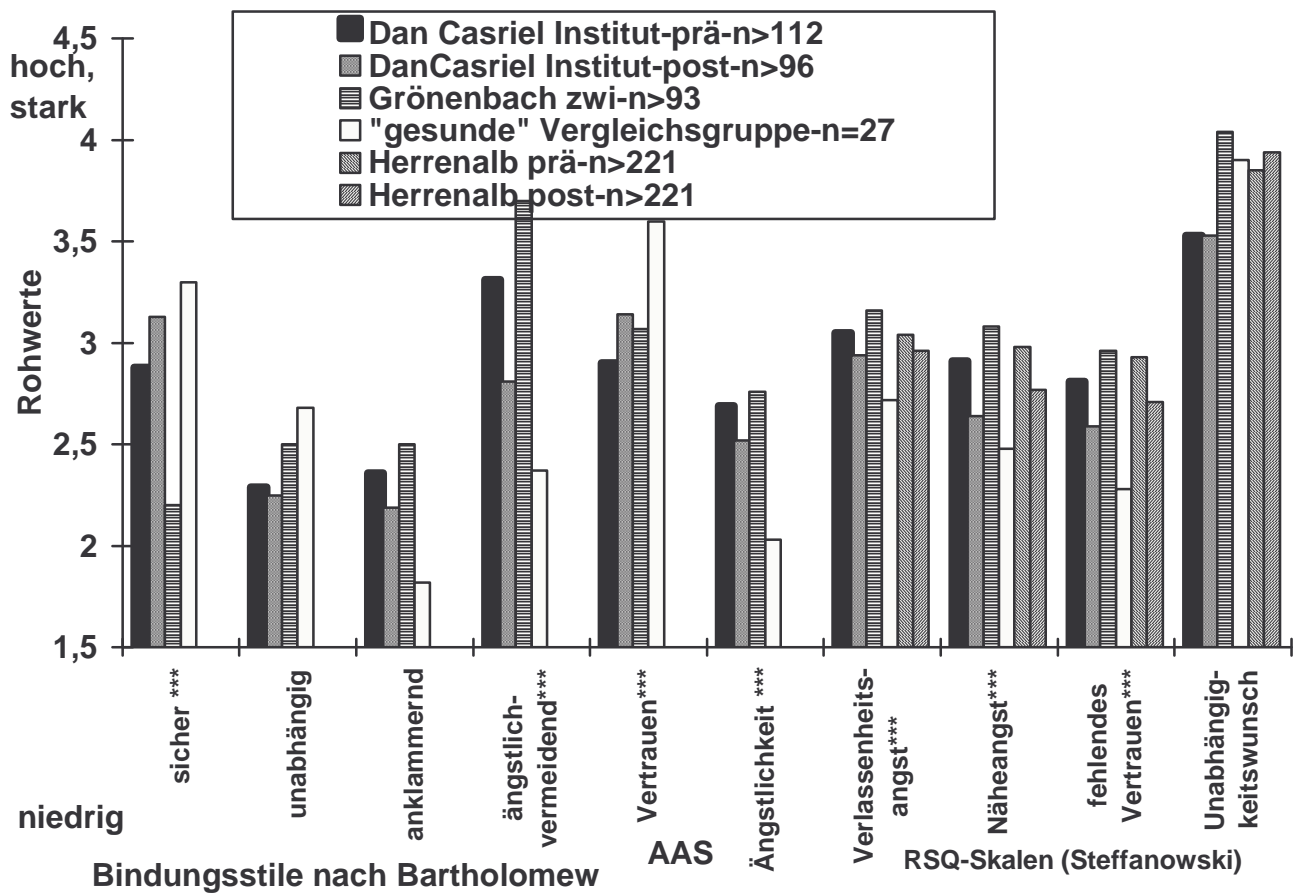


Abbildung 8: Prä-post Vergleich der psychotherapeutischen Intensivphasenteilnehmer (\*\*\*) $p < .01$ ; gilt nur für DCI) auf Bindungsskalen und Vergleich mit drei anderen Stichproben.

Anmerkungen: „zwi“: Zwischenmessung während stationärer Therapie; AAS: Adult Attachment Scale, Collins & Read, 1990; RSQ: Relationship Scales Questionnaire, Griffin & Bartholomew, 1994.

<sup>20</sup> Als vorläufiger Normbereich gilt der Mittelwert und die Streuung einer „gesunden“ Vergleichsstichprobe von 27 Ausbildungskandidaten in Psychotherapie (zumeist Ärzte und Psychologie-Studenten). Diese Gruppe wird 1999 durch etwa 100 Psychologiestudenten ergänzt (Mestel & Rosner, in Vorb.).



Die Teilnehmer werden über die Zeit sicherer gebunden und weniger ängstlich-vermeidend, sie vertrauen mehr, sind in der Beziehung weniger ängstlich und weisen weniger Verlassens- oder Näheängste auf. Das Ausmaß ihrer Unabhängigkeitswünsche sowie ihr anklammernder oder unabhängiger Bindungsstil ändern sich nicht.

Interpretation: Auffällig ist, daß der Unabhängigkeitswunsch der Teilnehmer der psychotherapeutischen Intensivphasen am DCI zu beiden Meßzeitpunkten geringer ist als in den drei Vergleichsgruppen. Auch zeigen die Teilnehmer im Vergleich zur „Gesundengruppe“ einen deutlich stärker anklammernden Bindungsstil.

### 3.2.2. Effektstärkenberechnungen für die Bindungsskalen

Die Teilnehmer erreichen kleine Effekte in den Bereichen „Vertrauen zulassen, Ängstlichkeit, Angst vor Nähe, wenig Vertrauen, ängstlich-vermeidender Bindungsstil“. Die durchschnittlichen Bindungsskaleneffekte liegen bei  $ES=.25$ .

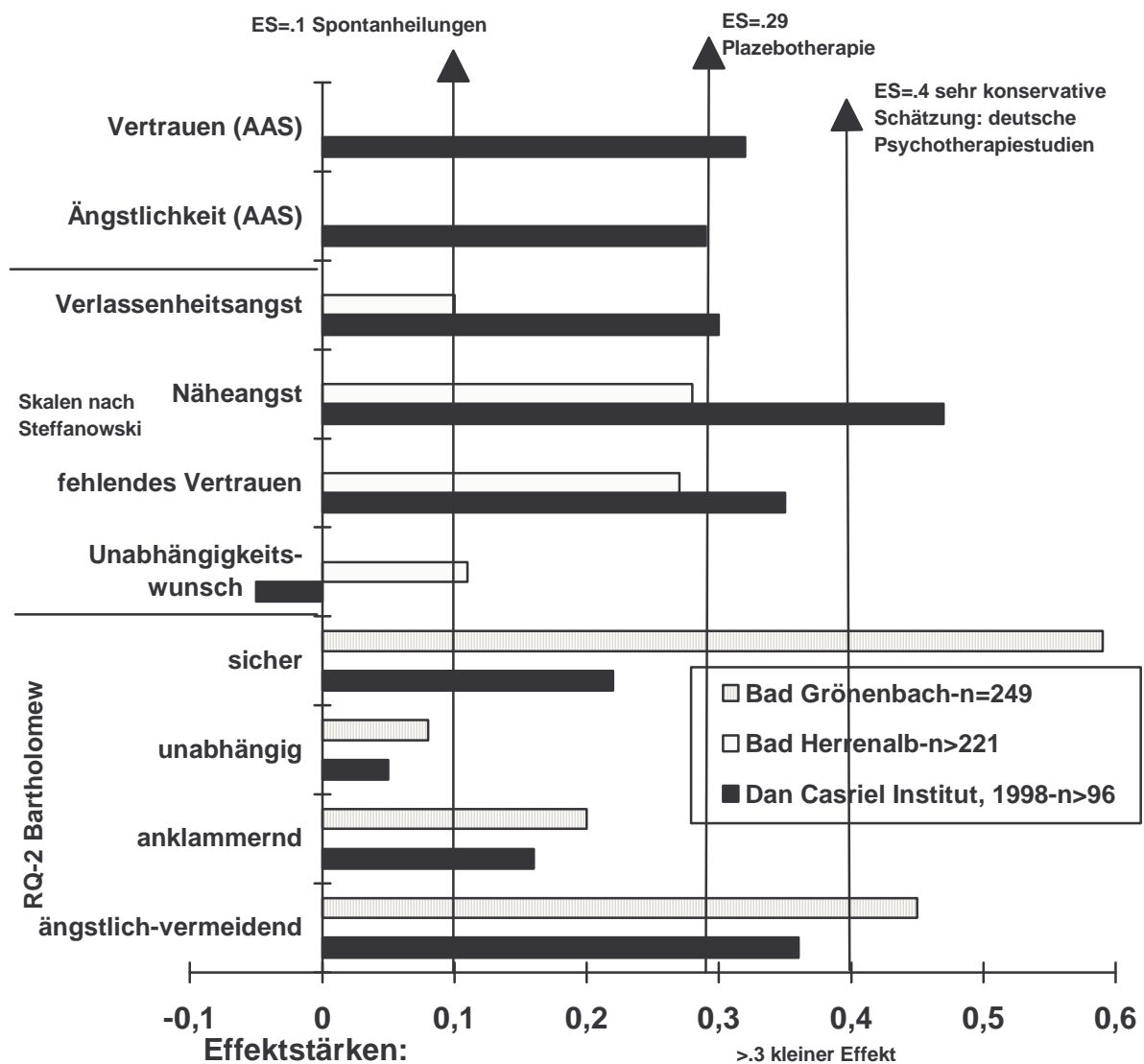


Abbildung 9: Effektstärkeberechnungen für die Bindungsskalen (DCI) und Vergleich mit den prä-post Effektstärken der psychosomatischen Klinik Herrenalb in den Jahren 1996/97 (Pfeifer, 1998) und der psychosomatischen Klinik Grönenbach (Stichprobe 1998/1999).

Ob Teilgruppen bessere Ergebnisse erzielen, wird weiter unten analysiert. Die Interpretation der Effektstärken und die Berechnungsart wurde im Kapitel zu den Symptomen bereits ausgeführt. Ein Effekt ab .3 gilt als klein, ab .6 als mittel und ab .9 als groß.

Für die Teilnehmer der therapeutischen Intensivphasen nehmen die Ängstlichkeit, die Näheängste, das fehlende Vertrauen zu anderen und der ängstlich-vermeidende Bindungsstil leicht ab (kleine Effekte). Der Anteil an Bindungssicherheit nimmt weniger deutlich zu im Vergleich zur Klinik Grönenbach. Jedoch zeigt sich ein etwas besserer Erfolg für das Dan Casriel Institut bei der Reduktion der Näheängste und der Furcht vor dem Verlassenwerden im Vergleich zur Klinik Herrenalb. Diese Skalen konnten für die Klinik Grönenbach nicht berechnet werden. Da sich Bindungsstile ähnlich wie interpersonelle Probleme eher schwer verändern, war hier nach drei Monaten auch nicht mit gravierenden Verbesserungen zu rechnen. Der Vergleich mit der psychosomatischen Klinik Herrenalb zeigt ferner, daß auch dort mit durchschnittlich 55 tägiger Behandlungsdauer keine klaren Veränderungen der Beziehungsmuster erreicht wurden<sup>21</sup>.

### 3.2.3. Veränderungen des Modells/Bildes vom Selbst und vom Anderen

Die Betrachtung der Durchschnittswerte der integrierten Bindungsskalen „Bild vom Selbst“ und „Bild vom Anderen“ ergab, daß sich die Teilnehmer der psychotherapeutischen Intensivphasen von einem eindeutig negativen Modell des Selbst und des Anderen hin zu einem vor allem positiven Selbstbild entwickelt haben. In Abbildung 10 wird dies in 10-facher Vergrößerung veranschaulicht. Die originalen Durchschnittswerte betragen -.7 (Selbst-Modell prä), -.5 (Anderen-Modell prä) und +.47 (Selbst-Modell post), +.2 (Anderen-Modell post).

---

<sup>21</sup> Eine sehr aufschlußreiche Teilgruppenanalyse der Herrenalber Stichprobe (Pfeiffer, 1998, S. 113f) konnte zeigen, daß die drei Skalen „Verlassenheitsangst, Näheangst, fehlendes Vertrauen“ nach Steffanowski eher bipolar zu denken sind. D. h. diejenigen, die mit niedrigen Werten auf den Skalen beginnen erreichen später höhere Werte und die, die mit höheren Werten beginnen erreichen später niedrigere Werte. Mittelt man nun beide Gruppen, so erhält man nur noch sehr kleine Effekte, obwohl sich beide Teilgruppen signifikant verändert haben. Die Charakteristika der Mittelwerte der „Gesunden“-Stichprobe in Abbildung 8 sprechen jedoch dagegen eher für eine unipolare Skalierung.

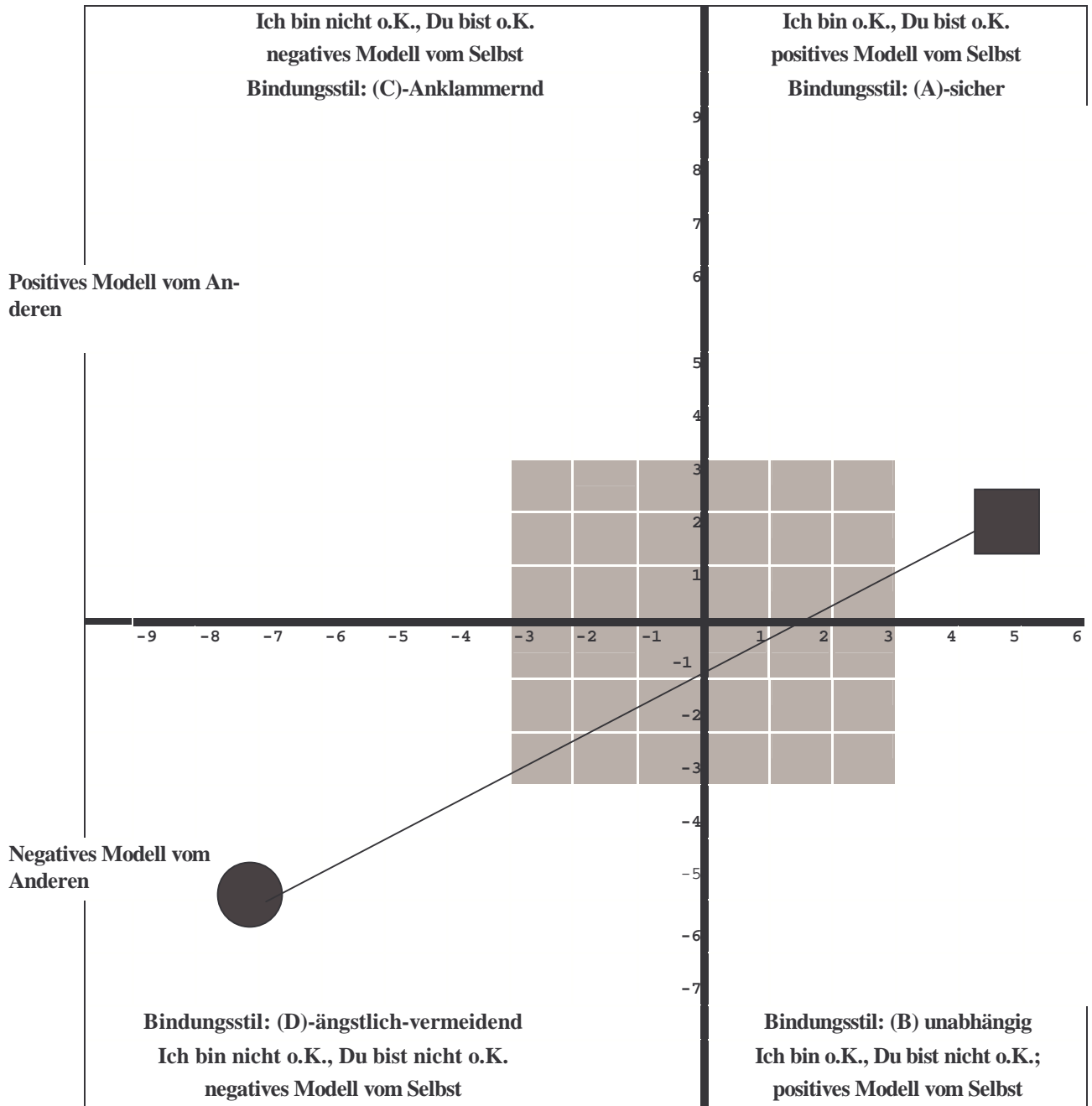


Abbildung 10: Veränderungen des Bildes von sich und vom Anderen von prä nach post.

● prä-Werte      ■ post-Werte

## 4. Teilgruppenergebnisse

Zuerst werden hier jeweils die Unterschiede zwischen den Teilgruppen zu Beginn der therapeutischen Intensivphase analysiert (Symptombelastung, Beziehungsgestaltung, Bindungsstil, sozio-demographische Daten). Diese Prozedur ist notwendig, da diese a priori Unterschiede als weitere Erklärungen für mögliche Unterschiede in den Therapieergebnissen herangezogen werden können. Ein experimentelles Design konnte hier aus Aufwandsgründen nicht verwirklicht werden. Ferner ist ein solches Design bei den meisten hier untersuchten Teilgruppenvariablen nicht möglich (z. B. zufällige Zuteilung der Personen in eine Diagnosegruppe). Im nächsten Schritt wurde untersucht, ob sich bessere oder schlechtere Therapieergebnisse, gemessen am Rückgang der Symptom- und Beziehungsskalen, für eine bestimmte Teilgruppe ergaben. Die Auswahl der dargestellten Teilgruppenkontrastierungen wurde durch Dr. Ingo Gerstenberg in Absprache mit Robert Mestel nach inhaltlichen Aspekten bestimmt.

### 4.1. Art der therapeutischen Intensivphase (März und Mai: Casriel; Juli und August 1998: Casriel und Familienaufstellungen nach Hellinger, abgekürzt Casriel/Fam.auf.)

#### Unterschiede zu Therapiebeginn

Die Gruppe im Juli zeigte sich deutlich stärker symptombelastet im Vergleich zu den anderen drei Gruppen, was sich vor allem durch erhöhte Werte in den Bereichen „Zwanghaftigkeit, Aggressivität, phobische Ängste, paranoides Denken und globaler Symptombelastung“ andeutet. Die Gruppe im August war etwas weniger symptombelastet. Die Mai- und die Juli-Gruppen wiesen einen sehr geringen Anteil an Selbsterfahrungs- bzw. Ausbildungsteilnehmern auf (9-10%), während in den März und August Gruppen 7-9 solcher Personen teilgenommen hatten (23-30%). In der Mai Gruppe war der Anteil der „Angst“-Patienten (Angststörung, selbstunsichere Persönlichkeit, posttraumatische Belastungsstörung) hochsignifikant stärker ausgeprägt wie in den übrigen Gruppen. Keine Unterschiede ergaben sich bezogen auf die anderen Merkmale.

#### Unterschiede im Therapieerfolg

Die beiden therapeutischen Intensivphasen Casriel/Fam.auf. erbrachten im Mittel deutlich geringere Effekte im Bereich „Somatisierung“ (SCL-90-R; Effektstärken jeweils 0 im Vergleich zu .39 oder .42 für die anderen beiden Gruppen).

Insgesamt profitierte die Gruppe im Mai mehr als die anderen Gruppen im Symptombereich (globale Effektstärke: .7 im Vergleich zu .28-.45 der anderen Gruppen), während die Gruppe im August mehr als die übrigen Gruppen im Beziehungsbereich Verbesserungen aufwies.

Die schwerer symptombelastete Gruppe im Juli profitierte im Symptom- und Bindungsbereich weniger als die Gruppe mit dem selben Konzept im August. Die August-Gruppe verbesserte sich vor allem im Bereich der sozialen Kompetenz (Effektstärke: .84) und des Modells vom Selbst (Effektstärke: .76). Während die August-Gruppe einen Zuwachs an sicherer Bindung und einen verstärkten Unabhängigkeitswunsch und ein geringeres Anklammerungsbedürfnis entwickelte, veränderte sich die Juli Gruppe kaum in den Bindungsskalen, zeigte jedoch eher einen geringeren Wunsch nach Unabhängigkeit, klammerte stärker an.

Interpretation:

Die Mai Gruppe profitierte wahrscheinlich deshalb mehr im Symptombereich, da sie ebenso wie die Gruppe Juli deutlichere Beschwerden zu Behandlungsbeginn zeigte, jedoch eher „leichtere“ Angststörungen aufwies. Vielleicht ist das Setting im DCI für eine solche Gruppe besonders geeignet. Jedoch zeigte sich auf der anderen Seite deutlich (siehe 4.7), daß die Angstpatienten nicht mehr als die übrigen Gruppen im Symptom- oder Beziehungsbereich profitierten. Eine mögliche Erklärung bestände darin, daß durch die zahlreichen Angstpatienten in der Mai Gruppe bestimmte Thematiken in der Gruppentherapie stärker fokussiert wurden, wobei von der therapeutischen Bearbeitung dieser Problematiken nicht unbedingt die Angstpatienten selbst profitierten, sondern gerade die übrigen Personen in dieser Gruppe.

Die August Gruppe enthielt prozentual die meisten Selbsterfahrungsteilnehmer ohne klinische Diagnose (n=7, 23%). Diese Personen zeigen eine deutlich geringere Symptombelastung zu Therapiebeginn (siehe 4.8) und sind trotz bestehender Beziehungsschwierigkeiten wahrscheinlich etwas flexibler in der Beziehungsgestaltung im Vergleich zu Personen mit klinischen Diagnosen. Diese Flexibilität könnte für den starken Zugewinn an Bindungssicherheit über die zwei Meßzeitpunkte in dieser Gruppe verantwortlich sein.

Die Juli Gruppe zeigte die stärkste Symptombelastung, was mit dem leicht höheren Anteil an Personen mit „schwerer Symptomatik“ (13% vs. 3-6% bei den anderen Gruppen; kein statistisch signifikanter Unterschied) und dem geringeren Anteil an Selbsterfahrungsteilnehmern erklärt werden könnte. Es ist davon auszugehen, daß in dieser Gruppe die Symptomatik am chronifiziertesten und die Beziehungsproblematik am schwersten ausgeprägt war, d.h. daß die Verbesserung in diesen Bereichen auch längere Behandlungen erfordern würde. Ein starker Beschwerdedruck zu Therapiebeginn kann nach der führenden Therapieforschungsgruppe um Ken Howard (Universität von Chicago) eindeutig als negativer Prädiktor für den Therapieerfolg betrachtet werden. Insofern hatte diese Gruppe eine schlechtere Prognose.

Die März Gruppe verändert sich durchschnittlich stark in allen Bereichen und ähnelt im Veränderungsprofil am meisten der August Gruppe.

Es zeigen sich zwischen den beiden Bedingungen Casriel vs. Casriel/Fam.auf. so gut wie keine Unterschiede (Ausnahme: Somatisierung verbesserte sich in den reinen Casriel Gruppen deutlicher). Die Unterschiede der Gruppen März und Mai oder der Gruppen Juli und August waren eindeutig größer als die Unterschiede zwischen den Gruppen März/Mai und Juli/August. Um festzustellen, ob die zusätzliche Einführung von Familienaufstellungen einen besseren Effekt im Vergleich zu reinen Casriel Gruppen bringt, müßte eine **größere** Anzahl von Teilnehmern per Zufall auf die beiden Bedingungen aufgeteilt werden, so daß keine oder eben nur zufällige a priori Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen. Ein für die Praxis eher durchführbarer Weg bestände darin, die Veränderungsprozesse zumindest im prä-post Vergleich von einer **großen** Zahl von Teilnehmern zu dokumentieren, um anschließend eine Stratifizierung bzw. Parallelisierung der Teilnehmer nach bestimmten Merkmalen vorzunehmen. Hier wird der Therapieerfolg z. B. jeweils einer Frau im Altersbereich 40-50 mit hoher Bildung, starker Symptomausprägung zu Therapiebeginn und einer Depression als Diagnose in Gruppe A (z.B. Casriel) verglichen mit einer Frau mit denselben Merkmalen in Gruppe B (z. B. Casriel/Fam.auf.). Für dieses Vorgehen werden große Fallzahlen benötigt.

Um die Ergebnisse noch sinnvoller interpretieren zu können, müßten die Behandlungsbedingungen und die Therapeuten- und Patientenmerkmale deutlicher beschrieben werden. Zum Beispiel wären hierzu detailliertere Protokolle des Therapieprozesses hilfreich.

**4.2. Alter**

### Unterschiede zu Therapiebeginn

Jüngere Gruppenteilnehmer (jünger als 40 Jahre) wiesen eine ängstlichere Symptomatik auf (SCL-90-R) und zeigten sich in der Beziehungsgestaltung anklammernder, ängstlicher, weniger vertrauensvoll und mit mehr Angst vor dem Verlassenwerden und weniger Angst vor Abhängigkeit in Bindungen.

### Unterschiede im Therapieerfolg

Jüngere Teilnehmer verbessern sich stärker in der ängstlichen Symptomatik, während diejenigen die mindestens 40 Jahre alt waren, sich stärker im Bereich des Bildes von sich selbst verbessern. Weiter werden sie unabhängiger und profitieren mehr als die Jüngeren im Bereich der ängstlich-vermeidenden Beziehungsgestaltung.

### Interpretation:

Die Befunde stehen in Einklang mit der wissenschaftlichen Literatur, daß soziale Beziehungsängste ihren Höhepunkt im jungen Erwachsenenalter aufweisen. Ältere Personen lernen durch die größere Anzahl an sozialen Interaktionen bzw. sozialen Herausforderungen in ihrem Leben wahrscheinlich „lockerer“ mit solchen Situationen umzugehen (Gewöhnungs- und Übungseffekt) oder entwickeln ein stärkeres Unabhängigkeitskonzept im negativen Sinne („ich brauche niemanden“; „hilf Dir selbst sonst hilft Dir keiner“). Das zuletzt angesprochene Modell entspricht dem des unabhängigen Bindungsstils. Ferner kann hierzu herangezogen werden, daß jüngere Personen *im allgemeinen* impulsiver und weniger zwanghaft sind im Vergleich zu Älteren. Dies könnte die erhöhte „Anklammerungsrate“ (im negativen Sinne) bei den Jüngeren erklären.

Interessanterweise profitieren die Jüngeren stärker in der ängstlichen Symptomatik (Unsicherheit im Sozialkontakt sinkt) und die Älteren mehr in der ängstlichen Beziehungsgestaltung (der ängstlich-vermeidende Bindungsstil sinkt bzw. das Selbstkonzept verbessert sich). Dieser Befund kann nur schwer mit den vorliegenden Variablen interpretiert werden.

## **4.3. Geschlecht**

Es zeigen sich keinerlei a priori Unterschiede zwischen Männern und Frauen und es beide Geschlechter profitieren gleich gut von den therapeutischen Intensivphasen.

## **4.4. Bildung**

### Unterschiede zu Therapiebeginn

Abiturienten bzw. Studenten ohne Hochschulabschluß zeigen eine deutlich höhere Symptombelastung im Vergleich zu den Vergleichsgruppen der Hauptschüler/mittlere Reife oder den Hochschulabgängern mit Abschluß. Weiterhin vertrauen die Studenten in Beziehungen weniger, während die Personen mit Hauptschule/mittlerer Reife am meisten vertrauen bzw. die geringsten Werte im paranoiden Denken aufweisen.

### Unterschiede im Therapieerfolg

Es ergaben sich Trends dahingehend, daß die Personen mit abgeschlossenem Hochschulstudium im Vergleich zu den anderen Gruppen sich weniger im Symptombereich verbesserten (v.a. „Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, globaler Symptomwert“). Ferner verbesserten sich Personen mit Abitur im Vergleich zu denen ohne Abitur weniger im Bereich der ängstlich-vermeidenden Bindung.

### Interpretation:

Die Ausgangsunterschiede lassen sich zum Teil durch das jüngere Alter der Abiturienten/Studenten im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen begründen. Zur Interpretation sind somit die Befunde zum Alter (4.2.) zu beachten.

Auch die Ergebnisse zum Therapieerfolg lassen sich im Einklang mit den Kapiteln 4.8. und 4.2. erklären. Personen mit Abitur sind etwas jünger und die Jüngeren profitieren weniger beim Rückgang der ängstlich-vermeidenden Bindungsanteile. Personen mit Hochschulabschluß sind mit höherer Wahrscheinlichkeit der Gruppe der Personen mit Selbsterfahrungs- bzw. Ausbildungsinteresse zuzuordnen. Diese weisen einen deutlich geringeren Beschwerdedruck auf, wodurch die Wahrscheinlichkeit sinkt, daß sich in diesem Bereich etwas ändern kann („wo nichts ist, kann sich nichts verändern“).

## **4.5. Zusätzliche ambulante Psychotherapie**

Die Anzahl an Personen, die erst nach der therapeutischen Intensivphase eine Psychotherapie begonnen haben ist mit sieben zu gering, um hier Analysen durchzuführen. Deshalb werden in der Folge die Personen, die sich zusätzlich zum Gruppenangebot am DCI noch in ambulanter Psychotherapie befanden (n=24) mit den 46 Personen verglichen, die eindeutig angaben, im Nachbefragungszeitraum keine ambulante oder stationäre Behandlung durchgeführt zu haben. 44 Personen wurden aus der Analyse ausgeschlossen, da bei ihnen dazu keine eindeutigen Angaben gemacht wurden.

### Unterschiede zu Therapiebeginn

Personen, die sich während der Nachbefragung in ambulanter Psychotherapie befanden, waren wesentlich jünger, im Bindungsstil anklammernder, weniger sicher gebunden, weniger unabhängig oder ängstlich-vermeidend gebunden, hatten mehr Angst vor dem Verlassenwerden und weniger Vertrauen in Beziehungen. Sie wiesen ein wesentlich schlechteres Selbstbild auf als die nicht weiter ambulant behandelten.

### Unterschiede im Therapieerfolg

Von allen 30 geprüften Skalenunterschieden wurde nur ein Ergebnis signifikant: Personen mit ambulanter Therapie verbesserten sich im Bereich der phobischen Ängste weniger als die ohne ambulante Vortherapie.

Interpretation:

Wie zu erwarten zeichneten sich die Personen in ambulanter Therapie durch deutlichere Beziehungsprobleme aus. Sie schilderten sich als anklammernder im Bindungsverhalten, was auch das „Anklammern“ an einen ambulanten Therapeuten wahrscheinlicher macht. Wie vielfach angenommen werden gerade die wenig anklammernden Personen, also unabhängig Gebundene, deutlich seltener in Psychotherapie kommen, da ihr Lebensmotto eher lautet „ich schaffe es alleine“. Solche Personen erleben es als persönliche Niederlage und als Gefahr, auf die Hilfe anderer (z. B. eines Therapeuten) angewiesen zu sein. Sie gelangen in der Regel erst durch starke Symptombelastungen (z. B. psychosomatische Körperbeschwerden oder Depressionen, d. h. hier vor allem Vereinsamung) in Behandlung.

Insgesamt sind Personen, die eine zusätzliche ambulante Behandlung haben zumindestens im Beziehungsbereich eine deutlich stärker belastete Gruppe. Durch die großen a priori Unterschiede der beiden Gruppen ist das Ergebnis zur geringeren Verbesserungsrate der ambulant Behandelten im Bereich „phobische Ängste“ kaum zu interpretieren. Bei 30 Prüfungen hätte man genau ein signifikantes Ergebnis per Zufall erwarten können (5% von 30=1.5). Andersherum gesagt scheint es plausibel zu sein, daß die stärker „beziehungsgestörte“ Gruppe durch die ambulante Therapie den gleichen Therapieerfolg gerade in den Beziehungs- und Bindungsskalen erreicht wie die weniger beeinträchtigte Gruppe ohne ambulante Therapie. Diese Interpretation müßte selbstverständlich durch ein geeigneteres Versuchsdesign empirisch erhärtet werden.

**4.6. Art des Bindungsstils zu Beginn der therapeutischen Intensivphase**

Zur Bindungsstileinschätzung wurde hier das kategoriale Maß „RQ-1“ nach Bartholomew („wähle den einen Stil, der am besten zu Dir paßt“) verwendet (siehe Kapitel 3.2.).

Unterschiede zu Therapiebeginn

Natürlich unterscheiden sich Personen, die mit Hilfe einer kategorialen Einschätzung ihren Bindungsstil einschätzten auch hinsichtlich der übrigen Bindungs- und Beziehungsskalen wie „Furcht vor dem Verlassenwerden, Genießen von Nähe“ etc.. Wie bereits in der Literatur berichtet (Steffanowski, 1999), zeigen sich Personen mit sicherem Bindungsstil deutlich weniger symptombelastet (fast alle SCL-90-R Skalen) im Vergleich zu denen, die sich in erster Linie als ängstlich-vermeidend einstuften. Die beiden anderen Bindungsstile „unabhängig“ und „anklammernd“ zeigten keine besonderen Symptomcharakteristika.

Unterschiede im Therapieerfolg

Es ergaben sich bindungsspezifische Veränderungsverläufe. Zu Therapiebeginn besonders anklammernde Personen verbesserten sich stärker wie die übrigen Bindungsgruppen im Bereich „Angst vor dem Verlassenwerden“ (Effektstärke=.78), während sich die anfangs stark ängstlich-vermeidenden Personen stärker als Personen mit anderen Bindungsstilen in Bereich „Psychotizismus“ (mißt unter anderem auch sozialen Rückzug) verbesserten. Die ängstlich-vermeidenden und anklammernden verbesserten sich zudem stärker bei der allgemeinen Bindungsängstlichkeit (Effektstärken: .40 und .55).



Interpretation:

Personen mit sicherem oder unabhängigem Bindungsstil zu Therapiebeginn zeigen eine geringere Symptombelastung und auch unauffälligere Werte auf den Beziehungsskalen. Dadurch kann sich einfach weniger verbessern, da es bereits zu Beginn „gut“ ist. Wie erwähnt sind die Personen mit unabhängigem Bindungsstil Menschen, die Beschwerden eher verleugnen bzw. nicht wahrhaben wollen. Sie unterscheiden sich, setzt man wie in der vorliegenden Untersuchung nur Fragebogen (Selbstauskunft) ein, nicht von den sicher Gebundenen. Will man die Abwehr (Selbstidealisation, Idealisierung der Beziehungen, Verleugnung von Symptomen) der unabhängig Gebundenen umgehen, dann sollte man Fremdbeurteilungen des Therapieerfolgs einsetzen (z. B. mit Hilfe von Interviews).

**4.7. Art der Diagnosen**

Die 31 Personen, die zu Therapiebeginn als **depressiv** diagnostiziert wurden, zeigten im Vergleich zu den Nicht-Depressiven mehr Näheängste, weniger Vertrauen, weniger Bindungssicherheit, ein schlechteres Selbstbild und im Symptombereich mehr Ängstlichkeit und Depressivität. Sie verbesserten sich während der zwei Erhebungszeitpunkte weniger stark in den Bereichen „soziale Unsicherheit“ und „paranoides Denken“.

Die 26 Personen, die eine **Angstdiagnose** aufwiesen<sup>22</sup>, waren zu Beginn stärker ängstlich-vermeidend und unabhängig gebunden, konnten Nähe weniger genießen und hatten einen stärkeren Unabhängigkeitswunsch. Auch bei der Nachbefragung erwiesen sie sich stärker ängstlich-vermeidend und dazu auch eher anklammernd gebunden im Vergleich zur Nicht-Angst Gruppe. Sie verbesserten sich weniger stark im Bereich „Psychotizismus“ (ungewöhnliche, bizarre Gedanken, sozialer Rückzug etc.), Bindungssicherheit und dem Bild von sich selbst. Betrachtet man die Gruppen mit **posttraumatischer Belastungsstörung** (n=11) und **selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung** (n=9) separat, dann ergeben sich für diese keine schlechteren Therapieerfolge als für die jeweiligen Gruppen ohne diese Störung<sup>23</sup>.

Die Personen mit **psychosomatischen und somatoformen Störungen** (n=15) wiesen zu Beginn eine geringere soziale Unsicherheit auf. Im Therapieerfolg waren sie besser im Bereich der Veränderung des Selbstbildes und schlechter in den Symptombereichen „Ängstlichkeit“ und „Feindseligkeit“. Diese Gruppe zeigte zum zweiten Meßzeitpunkt im Mittel sogar eine etwas stärkere Aggressivität und Feindseligkeit. Dieses Ergebnis sollte nicht unbedingt als Verschlechterung interpretiert werden, da erstens die Validität der Skala „Aggressivität“ der SCL-90-R nicht unbestritten ist<sup>24</sup> und zweitens theoretische Hinweise dafür vorliegen, daß eine Zunahme an Aggressivität bei Psychosomatikern als ein Fortschritt gesehen werden kann. Konflikte können nun auch aggressiv ausgetragen werden und müssen nicht mehr somatisiert werden. In der Tat lag der Aggressivitätswert bei dieser Gruppe zu Beginn im Mittel im Normbereich einer gesunden Population. Bei der Ängstlichkeit veränderte sich in dieser Gruppe nichts, jedoch passierte hier bei den Nicht-Psychosomatikern viel.

<sup>22</sup> Hier wurden drei Diagnosegruppen zusammengefaßt: Angststörung, Posttraumatische Belastungsreaktion und selbstunsichere Persönlichkeitsstörung.

<sup>23</sup> Dieses Ergebnis könnte ein Artefakt der kleinen Stichprobe sein, da hier jeweils ca. 10 Personen gegen 80 andere getestet wurden und nur ein wahrlich großer Unterschied zu einem signifikanten Ergebnis geführt hätte.

<sup>24</sup> Bei dieser Skala kommt es öfter zu Verschlechterungen, obwohl klinisch gesehen eine Besserung vorliegt - man sollte hier eher von einer verstärkten Sensibilisierung sprechen.

Die 16 Personen mit **Anpassungsstörungen** waren zu Therapiebeginn häufiger sicher gebunden und weniger ängstlich-vermeidend, sie waren etwas älter, weniger ängstlich, hatten ein besseres Selbstmodell, konnten mehr vertrauen, hatten weniger Verlassenheitsangst und zeigten weniger Ängstlichkeit in der Symptomatik. Ferner deutete sich an, daß sie auch in den anderen Symptomen weniger belastet waren. Diese Gruppe verbesserte sich mehr in den Bereichen „Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, paranoides Denken“ und sehr viel mehr auf den Skalen „Nähe genießen und weniger Furcht vor Nähe“. Zusammenfassend war diese Gruppe zu Beginn von allen klinischen Gruppen am wenigsten symptombelastet und profitierte sehr stark (siehe Abbildung 11).

Die sieben Personen mit einer **schweren Beziehungsstörung** (Borderline und narzißtische Persönlichkeitsstörung) war deutlich jünger, hatte wesentlich weniger Vertrauen in Beziehungen und zeigte auf fast allen Symptomskalen die höchsten Werte, war also am meisten belastet. Sie profitierte jedoch in den Symptomen „Somatisierung, soziale Unsicherheit, Ängstlichkeit, Aggressivität, paranoides Denken und globale Symptombelastung“ mehr als die Anderen (siehe Abbildung 11).

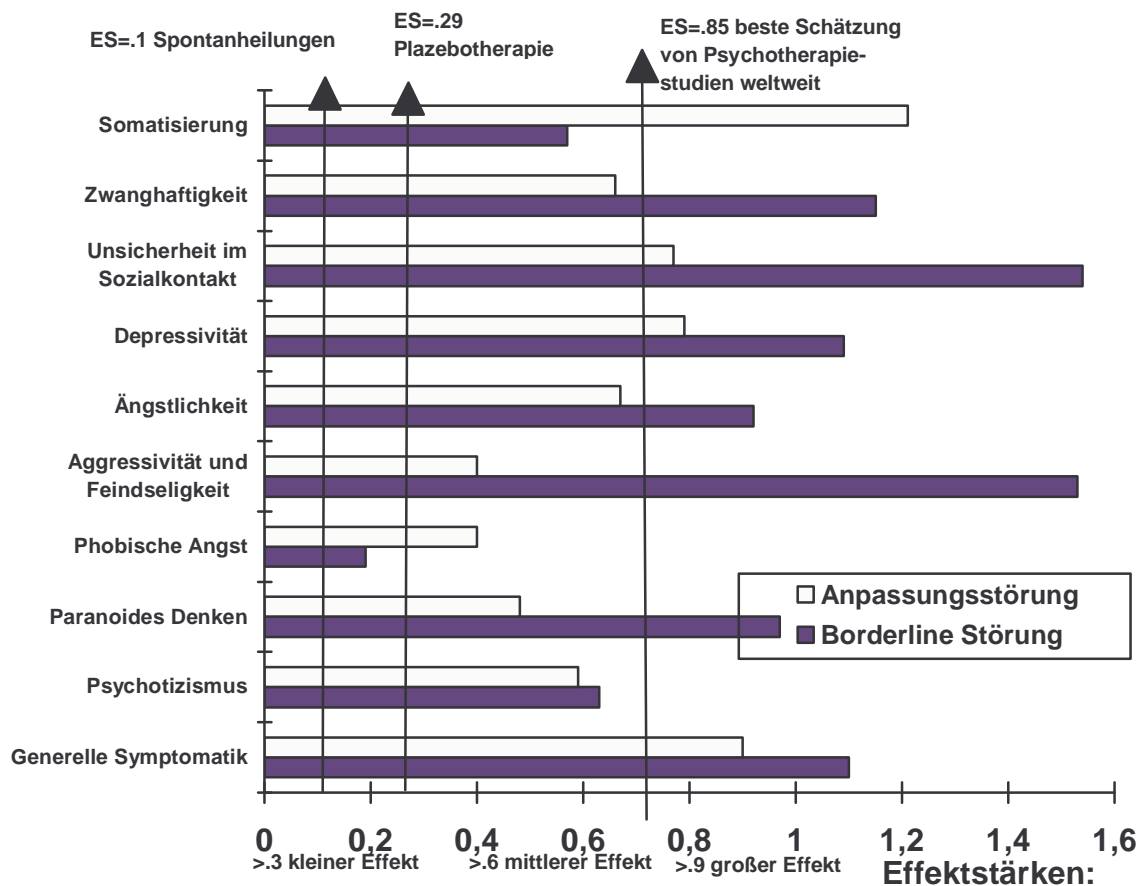


Abbildung 11: Effektstärken der Symptomskalen für die beiden am meisten profitierenden Gruppen: schwere Persönlichkeitsstörungen (n=7) und Anpassungsstörungen (n=16).

#### 4.8. Weiterbildungsteilnehmer und Personen ohne Diagnosen im Vergleich zu Personen mit Diagnosen

##### Unterschiede zu Therapiebeginn

Sieben Personen hatten an der therapeutischen Intensivphase als Fortbildungsteilnehmer teilgenommen, wiesen jedoch so deutliche Probleme auf, daß Ihnen zum Zwecke dieser Studie eine Diagnose verliehen wurde, während 14 weitere Fortbildungs- oder Selbsterfahrungsteilnehmer überhaupt keine Diagnose erhielten. Beide Gruppen wurden hier zusammengefaßt, da sich keine Unterschiede zwischen Ihnen ergaben. Erwartungsgemäß zeigte diese Gruppe ein Symptomprofil, welches etwas über den Werten der Normstichprobe lag, war also deutlich weniger belastet im Vergleich zu den übrigen Personen. Auch im Beziehungsbereich ergaben sich höhere Werte für eine sichere Bindung aber auch höhere Werte für eine unabhängige Bindung<sup>25</sup>. Ferner hatten sie ein besseres Selbstbild.

##### Unterschiede im Therapieerfolg

Es ergaben sich *keinerlei Unterschiede im Therapieerfolg* zwischen dieser Fortbildungsgruppe und den übrigen Therapieteilnehmern. Aufgrund der niedrigeren Ausgangswerte waren die Fortbildungsteilnehmer etwas häufiger gleichbleibend in ihren Werten („stagniert“ im Sinne der klinischen Signifikanz) und waren weniger oft klinisch nicht relevant gebessert. Letzteres bedeutet, daß in dieser Gruppe weniger Personen beim Nachbefragungszeitpunkt über dem kritischen Cut-Off Wert lagen, der die klinische von der gesunden Population trennt im Vergleich zur „echten“ Patientengruppe.

## 5. Integrative Prüfung aller Einflußvariablen

Um die Befunde zusammenfassend darzustellen wurde aus drei Variablenblöcken ein multiples Ergebniskriterium (MEK) gebildet:

1. Statistisch signifikante Veränderungen auf der SCL-90-R  
(10 Skalen; Werte: +1=verbessert, -1=verschlechtert, 0=unverändert)
2. Klinisch relevante Veränderungen auf der SCL-90-R  
(10 Skalen; Werte: +1=geheilt, -1=nicht geheilt, 0=bereits vorher nicht auffällig)
3. Alle 13 eindeutig interpretierbaren Bindungsskalen (Verbesserungen um  $\geq$  einen Punkt auf der Fünf-Punkte-Skala galten als +1, Verschlechterungen um  $\geq$  einen Punkt = -1; sonst = 0)

Das MEK konnte folglich theoretisch von -33 bis +33 reichen. Der Mittelwert lag bei 0 (SD: 9.32); normalverteilt; Minimum: -23, Maximum: +26. Eine Faktorenanalyse brachte drei sinnvoll zu interpretierende Faktoren zustande, die 44% Varianz aufklärten und sehr exakt nach Varimax Rotation die drei eben beschriebenen Variablenblöcke replizierten. Diese Faktorenanalyse rechtfertigt im Nachhinein das hier gewählte Vorgehen einer getrennten Analyse der drei Bereiche (statistische Signifikanz bei der SCL, klinische Relevanz und Bindungsskalen). In

<sup>25</sup> Die sieben Fortbildungsteilnehmer mit Diagnosen wiesen die höchsten Werte beim abweisenden Bindungsstil auf, was andeuten könnte, daß sie ein zu starkes Selbständigkeitskonzept besitzen. Es spricht für die Validität der Skala „abweisende Bindung“, daß sie zwischen den Fortbildungsteilnehmern mit Diagnosen versus denen ohne trennen kann.

einem zweiten Schritt wurde geprüft, wie sich sämtliche hier berichtete Teilgruppen auf dem MEK (als abhängiger Variable) abbilden ließen. Die Ergebnisse sind der Abbildung 12 zu entnehmen. Kurz gesagt unterstreichen diese Ergebnisse sehr genau die vorher im Detail dargestellten Analysen und werden deshalb hier nicht weiter ausgeführt.

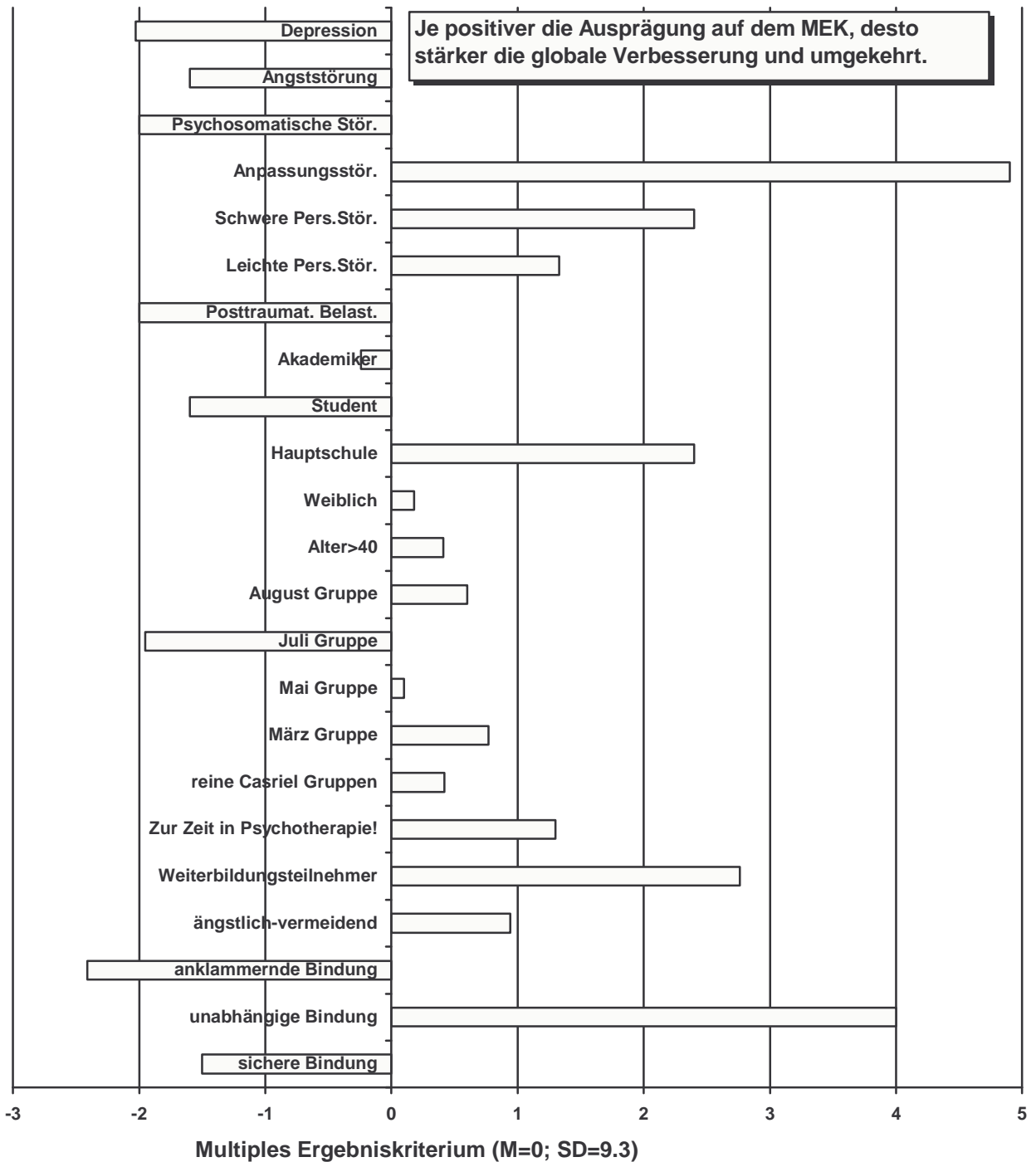


Abbildung 12: Einflüsse aller Untersuchungsvariablen auf das multiple Ergebniskriterium.

Anmerkungen: Alle Variablen wurden vorweg dichotomisiert (vorhanden/nicht vorhanden); herangezogen wurden die vier Bindungsstile zu *Therapiebeginn*; die genauen Bezeichnungen der Diagnosen sind dem Kapitel 4.7. zu entnehmen;

Am meisten profitierten weniger Gebildete mit unabhängigem Bindungsstil, Weiterbildungsteilnehmer, Personen mit *Anpassungsstörungen* oder *Persönlichkeitsstörungen*.

## 6. Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung

- ◆ Als Ergänzung zur indirekten Veränderungsmessung (prä-post Vergleich) sollten unbedingt einige Variablen zur direkten Veränderungsmessung hinzugezogen werden.
  - ◆ Die Veränderungen der Gruppenteilnehmer können nicht direkt auf die psychotherapeutischen Intensivphasen zurückgeführt werden, da die Möglichkeit besteht, daß sich vergleichbare Personen, die **nicht** mit dieser Methodik behandelt worden wären, im gleichen Ausmaß oder noch stärker verändert hätten. Es fehlen somit die Ergebnisse von unbehandelten Kontrollgruppen, um die erreichten Effekte wirklich auf die Intervention zurückführen zu können.
- Abhilfe: Zusätzliche Erhebung einer Kontrollgruppe, die hinsichtlich zentraler Merkmale (Alter, Geschlecht, Diagnosen, Einzugsgebiet...) mit der Therapiegruppe vergleichbar sein sollte. Diese Kontrollgruppe könnte aus Wartelisten rekrutiert werden, wobei kontrolliert werden muß, ob die Patienten in der Wartezeit noch zusätzliche Behandlungen erhalten haben (siehe z.B. Kazdin, 1994).
- ◆ Der Nachuntersuchungszeitraum von 3 Monaten ist kurz. Kostenträger und auch die Patienten selbst haben ein Interesse an längerfristigen Psychotherapieeffekten. Hier haben sich gewisse Standards in der Katamnestik durchgesetzt. Z.B. empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992, S. 121) als kürzesten Katamnesezeitraum ein halbes Jahr, gefolgt von den Intervallen 1, 2 und 5 Jahre. Ein kurzer Nachbefragungszeitraum hat den Vorteil, daß die Veränderungen zwar eher auf die Interventionen zurückgeführt werden können, aber den Nachteil, daß die Patienten „noch gar nicht richtig im Alltag stehen“.
- Abhilfe: Halbjahres oder Jahreskatamnesen durchführen
- ◆ Die Spezifität der Meßinstrumente ist fraglich. Standardisierte Skalen wie die hier eingesetzten Instrumente SCL-90-R oder IIP sind aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Studien von Vorteil. Ferner sind sie von den wissenschaftlichen Gütekriterien her gut abgesichert. Jedoch ergibt sich die Frage, ob man mit spezifischeren, auf die Ziele der psychotherapeutischen Intensivphasen genau zugeschnittenen Instrumenten nicht noch deutlichere Therapieerfolge hätte nachweisen können.
- Abhilfe: Genaue Ziele der psychotherapeutischen Intensivphasen sind festzulegen: In welchen Lebensbereichen erwartet man Verbesserungen beim Patienten? Im nächsten Schritt ist festzustellen, wie diese Ziele gemessen werden können. Diese Skalen (z.B. für emotionale Befindlichkeitsveränderungen; verändertes Selbstkonzept) bzw. auch selbstentwickelten Instrumente sollten dann zusätzlich zu den bereits erprobten Standardmaßen verwendet werden.
- ◆ Unklar ist auch weiterhin, welche einzelnen Elemente der psychotherapeutischen Intensivphase gewirkt haben. Vielleicht sind dies völlig andere, als man erwartet hätte.
- Abhilfe: Erfragen von Wirkfaktoren am Ende des Kurses oder bei der Nachuntersuchung (z.B. „Wie hilfreich war für Sie die Gruppenatmosphäre?“). Methodisch besser aber kaum

durchführbar: Variation der einzelnen Komponenten der psychotherapeutischen Intensivphasen. Z.B. führt man eine Gruppe mit dem Element „Holding“ durch, die andere ohne „Holding“. Die zufällige Zuteilung der Teilnehmer zu einer der beiden Bedingungen wäre dann auch gefordert.

### Literatur:

- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A Test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.
- Brisch, K.-H. (1999). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Casriel, D. H. (1975). Die Wiederentdeckung des Gefühls-Schreithérapie und Gruppendynamik. München: Bertelsmann Verlag. (Original erschienen 1972: A scream away from happiness)
- Collins, N.L. & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (4), 644-663.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg i.Br.: Lambertus
- Doll, J., Mentz, M. & Witte, E. H. (1995). Zur Theorie der vier Bindungsstile: Meßprobleme und Korrelate dreier integrierter Verhaltenssysteme. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 148-159.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (ed), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley and sons.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Franke, G. (1995). SCL-90-R - Die Symptom Checkliste von Derogatis - Deutsche Version, Testmanual. Weinheim: Beltz Verlag
- Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1987). *Emotions in Psychotherapy*. NY: Guilford Press.
- Griffin, D. & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. *Advances in Personal Relationships*, 5, 17-52.
- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen?. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 24 (4), 337-343.
- Hautzinger, M. & De Jong-Meyer, R. (1996). Themenheft Depression. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25 (2), 79-160.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme* (Deutsche Version, Testmanual). Weinheim: Beltz.
- Howard, K. I., Kopta, S., Krause, M. & Orlinsky, D. E.. (1986). The dose-effect-relationship. *American Psychologist*, 41, 159-164.

- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revensdorf, D. (1984). Psychotherapy Outcome Research: Methods for Reporting Variability and Evaluating Clinical Significance.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (p 19-71). New York: John Wiley & Sons.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The Efficacy of Psychological, Educational, and Behavioral Treatment - Confirmation from Meta-Analysis. *American Psychologist*, 48 (12), 1181-1209.
- Lueger, R. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 267-278.
- McGaw, B. & Glass, G. V. (1980). Choice of metric for effect size in meta-analysis. *American Educational Research Journal*, 17, 325-337.
- Mestel, R. (1995). Therapieevaluation am Dan Casriel Institut - Therapieergebnisse von fünf NIP Workshops im Jahr 1995. Unveröffentlichter Bericht; Grönenbach, 16.10.96.
- Mestel, R., Neeb, K., Hauke, B., Klingelhöfer, J. & Stauss, K. (1999). Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten. In Bassler, M. (Hrsg.): Empirische Forschung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation.
- Pfeiffer, S. (1998). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die stationäre Psychotherapie. Ergebnisse einer Evaluationsstudie an der Fachklinik Bad Herrenalp. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Koblenz-Landau.
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist 90 R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch- und klinisch-signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 257-264.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.) (1995). Die Bindungstheorie - Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steffanowski, A. (1999). Konstruktion und Validierung von bindungsdiagnostischen Skalen. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Heidelberg.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22 (4), 374-393.
- Tscheulin, D. & Schäfer, P. (1993). Differentielle Effektforschung an der Hochgrat Klinik: IV Effektstärkenberechnungen. Unveröffentlichter Bericht: Würzburg. Psychologisches Institut.
- Wittmann, W. W., Held, M., Rudolf, A. & Schulze, R. (1996). Gutachten über die Programmevaluations-Studie der Klinik für Psychosomatische Medizin in Grönenbach. Unveröffentlichter Bericht: Universität Mannheim.
- Wittmann, W. W. & Matt, (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.
- Yalom, I.D. (1992). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. München: Pfeiffer Verlag (Original erschienen 1970: The theory and practice of group psychotherapy)