

Therapievorbereitung für Einzelpsychotherapien

Konzeption und Pilotstudie zur
Überprüfung deren Wirksamkeit

Inauguraldissertation

der Philosophisch-historischen
Fakultät der Universität Bern

zur Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt von

Fabienne Mathier
Salgesch

Selbstverlag, Bern, 2004

Von der Philosophisch-historischen Fakultät auf Antrag von
Prof. Dr. Klaus Grawe und Prof. Dr. Hansjörg Znoj angenommen

Bern, den 15. April 2005

Der Dekan: Prof. Dr. Reinhard Schulze

„May all beings be happy.“

S. N. Goenka

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Danksagung | 1 |
| Zusammenfassung | 2 |
| 1. Einleitung | 3 |
| 2. Einführung | 11 |
| 2.1 Theoretische Annahmen zu Therapieerwartungen und -motivation | 12 |
| 2.2 Empirische Untersuchungen zu Therapieerwartungen | 16 |
| 2.2.1 Zusammenhang zwischen Patientenvariablen und Patientenerwartungen | 16 |
| 2.2.2 Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Therapieprozess und -ergebnis..... | 17 |
| 2.3 Ansätze zur Therapievorbereitung | 26 |
| 2.3.1 Überblick über die verschiedenen Therapievorbereitungsansätze und ihre empirische Überprüfung | 26 |
| 2.3.2 Die Verhandlungsansätze von Bleyen et al. (1998) und Bents (2003) | 32 |
| 2.3.3 Motivierende Gesprächsführung von Miller, Rollnick, Kremer & Schroer (1999) | 34 |
| 2.4 Fragestellungen und Hypothesen..... | 39 |
| 3. Methode | 43 |
| 3.1 Experimentelles Untersuchungsdesign | 44 |
| 3.2 Beschreibung der Stichproben: Kontrollgruppe und Experimentalgruppe..... | 47 |
| 3.3 Messung der Erwartungen und Motivation der PatientInnen..... | 50 |
| 3.3.1 Patientenversion: PATHEV von Schulte (im Druck)..... | 50 |
| 3.3.2 Abklärer- und Therapeutenversion: TEMO..... | 53 |
| 3.3.3 Reliabilität des TEMO..... | 54 |
| 3.4 Messung weiterer Ausgangsmerkmale der PatientInnen..... | 55 |
| 3.5 Intervention in der Experimentalgruppe: Therapievorbereitungsgespräch..... | 56 |
| 3.5.1 Ziele der Therapievorbereitungsgespräche und deren Indikations- kriterien..... | 56 |
| 3.5.2 Durchführung des Therapievorbereitungsgesprächs..... | 59 |

| | |
|--|------------|
| 3.6 Outcomedaten | 64 |
| 3.7 Auswertung | 66 |
| 3.7.1 Statistische Auswertung | 66 |
| 3.7.2 Qualitative Auswertung | 67 |
| 4. Ergebnisse | 69 |
| 4.1 Vergleich der Ausgangsmerkmale der PatientInnen aus der Kontrollgruppe und Experimentalgruppe..... | 71 |
| 4.2 Vergleich der Ausgangsmerkmale der PatientInnen aus den Gruppen mit „Therapievorbereitung indiziert“ vs. „nicht indiziert“..... | 77 |
| 4.3 Zusammenhang zwischen Erwartungen und Therapiebeginn..... | 82 |
| 4.4 Statistische Auswertung der Therapievorbereitung: Vergleich Kontrollgruppe vs. Experimentalgruppe..... | 88 |
| 4.4.1 Veränderung der Erwartungen prä-post bei Kontrollgruppe und Experimentalgruppe..... | 88 |
| 4.4.2 Vergleich des Therapiebeginns bei Kontrollgruppe und Experimental- gruppe | 93 |
| 4.4.3 Vergleich der Abbrüche bei Kontrollgruppe und Experimentalgruppe | 105 |
| 4.5 Qualitative Auswertung der Therapievorbereitung..... | 107 |
| 4.5.1 Kurzbeschreibung der 10 PatientInnen und deren Therapie- vorbereitungsgespräche | 108 |
| 4.5.2 Zusammenfassende Auswertung der Gründe für die Therapievor- bereitung und der antizipierten Schwierigkeiten und Befürchtungen der PatientInnen bezüglich der Therapie..... | 131 |
| 5. Diskussion | 137 |
| 5.1 Kritik an der Methode | 138 |
| 5.2 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen..... | 142 |
| 5.2.1 Zusammenhang zwischen Erwartungen und Therapiebeginn | 143 |
| 5.2.2 Statistische Evaluation der Therapievorbereitungsgespräche | 143 |
| 5.2.3 Qualitative Evaluation der Therapievorbereitungsgespräche | 153 |
| 5.3 Ausblick | 160 |
| Literaturverzeichnis | 163 |

Anhang

- A: Anleitung für die Durchführung der Therapievorbereitungsgespräche
- B: Messung der Erwartungen
 - B-1: Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV; Schulte, im Druck)
 - B-2: Therapeutenfragebogen zur Therapieerwartung und –motivation des/r Patienten/in (TEMO)
- C: Patienten- und Therapeutenstundenbogen (Version 2000; Regli & Grawe, in Vorbereitung)
- D: Berner Therapiezielinventar (BIT; Grosse Holtforth, 2001)

Danksagung

An der vorliegenden Arbeit waren sehr viele Personen beteiligt, denen ich hiermit meinen grossen Dank aussprechen möchte.

Speziell danken möchte ich den PatientInnen und TherapeutInnen, die an der Studie beteiligt gewesen sind. Ohne ihre Offenheit für die Erforschung des menschlichen Verhaltens und Erlebens in der Psychotherapie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. In diesem Rahmen möchte ich auch Dr. Veith herzlich für den Einsatz eines Fragebogens der vorliegenden Untersuchung an einer Patientenstichprobe in Deutschland danken.

Ein grosser Dank geht an Prof. Dr. Klaus Grawe für die Ermöglichung dieses Projekts und die herzliche Unterstützung und an Prof. Dr. Hansjörg Znoj für die Unterstützung und Mitbeurteilung der Arbeit.

Weiter danken möchte ich dem ganzen wissenschaftlichen Team des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie auch den externen DoktorandInnen für den regen und fruchtbaren Austausch. Insbesondere möchte ich Dr. Martin Grosse Holtforth für die hilfreichen Hinweise danken. In diesem Rahmen sei auch die technische und fachliche Unterstützung durch Christoph Flückiger sowie die technische Unterstützung durch René Lehmann speziell erwähnt.

Ein grosser Dank gebührt dem Klinischen Team der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern. Ich möchte Franziska Zahrlı, Dr. Simon Itten, Dr. Daniel Regli und insbesondere Dr. Emma Smith für die grosse Mithilfe bei der Konzeption und Umsetzung der Therapievorbereitung herzlich danken.

Abschliessend möchte ich auch jenen Personen danken, die mir in dieser Zeit persönlich sehr nahe standen. Speziell danken möchte ich Alex Fries, Katrin Bieber, Christoph Stucki, Dr. Daniel Regli, Katharina Bieber, Pascale Le Stanc, Elisabeth Stalder und vor allem Anastasia Seiler.

Last, but not least, möchte ich meinen Eltern, meinem Bruder und Philippe Kaeser für ihr Dasein in meinem Leben von ganzem Herzen danken.

Bern, im Dezember 2004

Fabienne Mathier

Anmerkung:

In der Arbeit ist an manchen Stellen zur Vereinfachung nur das männliche Geschlecht angegeben, die weibliche Form ist in jedem Fall mitgedacht.

Zusammenfassung

Die Erkenntnis der Wichtigkeit von positiven Patientenerwartungen für den Therapieprozess und –erfolg (u.a. Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002; Lambert, 2004; Schulte, im Druck) und die daraus entstandene Nachfrage nach Interventionen zur Veränderung dieser Erwartungen sowie die Tatsache, dass bestimmten PatientInnen (vor allem interaktionell schwierigen PatientInnen) durch Psychotherapie immer noch ungenügend geholfen werden kann, bildeten die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit.

Mit Hilfe einer Therapievorbereitungssitzung für PatientInnen vor Therapiebeginn sollten ungünstige Erwartungen der PatientInnen, Motivationsprobleme und / oder andere Schwierigkeiten oder Befürchtungen gezielt bearbeitet werden. Die Therapievorbereitungssitzung umfasste die Aufklärung des Patienten über die Diagnose, das Problemverständnis und das differentielle Therapieangebot sowie eine ausführliche Besprechung der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie. Des Weiteren wurden antizipierte Schwierigkeiten im Therapieprozess (z. B. bei interaktionell schwierigen PatientInnen) oder Befürchtungen der PatientInnen thematisiert.

Das Untersuchungsdesign beinhaltete eine Kontrollgruppe mit 36 Therapien (unterteilt in Therapien mit und ohne Indikation zur Therapievorbereitung), bei der noch keine Therapievorbereitung durchgeführt wurde und eine Experimentalgruppe mit 28 Therapien (auch unterteilt in Therapien mit und ohne Indikation zur Therapievorbereitung) mit erfolgter Therapievorbereitung. Indikationsgrund waren ungünstige Erwartungen, Motivationsprobleme und / oder andere Schwierigkeiten. Es wurden jeweils die Untergruppen der Therapien mit Indikation zur Therapievorbereitung miteinander verglichen (Experimentalgruppe: n=12 und Kontrollgruppe: n=16).

Die Erwartungen der PatientInnen wurden vor und nach der Therapievorbereitung gemessen. Als Erfolgsvariable dienten die Einschätzungen der Prozessmerkmale der ersten fünf Sitzungen aus Sicht der PatientInnen und TherapeutInnen.

Die PatientInnen aus der Experimentalgruppe zeigten im Durchschnitt bessere Prozessmerkmale des Therapiebeginns, als die PatientInnen der Kontrollgruppe. Die Erwartungen der PatientInnen aus der Experimentalgruppe konnten zum Teil mit Hilfe des Therapievorbereitungsgesprächs in die gewünschte Richtung verändert werden.

Diese ersten Ergebnisse zeigen, dass weitere Untersuchungen in diesem Bereich, insbesondere zu Therapievorbereitung bei schwierigen PatientInnen, lohnenswert wären.

„The world is what you think it is.“

Hawaiian wisdom

1. Einleitung

Die Annahme und Hoffnung, dass eine Therapievorbereitung für PatientInnen vor Beginn der Therapie eine gewisse Nützlichkeit in Bezug auf die Verbesserung des Therapieprozesses und –erfolgs haben könnte, ist aus zwei Quellen heraus entstanden.

Erstens, aus der Erforschung von **unspezifischen Wirkfaktoren** in der Psychotherapie, insbesondere der Erkenntnis, dass **Patientenerwartungen** stark mit dem Therapieprozess und -erfolg zusammenhängen (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002; Lambert, 2004; Schulte, im Druck) und der Forderung der gleichen Autoren in zukünftiger Forschung auch die **Beeinflussung der Patientenerwartungen** zu untersuchen. Die Hoffnung bezüglich der Therapievorbereitung bestand darin, Veränderungserwartungen der PatientInnen zu verstärken und ungünstige Patientenerwartungen verändern zu können.

Zweitens, gestaltet sich (trotz jahrelanger Psychotherapieforschung und Weiterentwicklung der Therapieansätze) die Psychotherapie bei einzelnen PatientInnen, vor allem den **interaktionell schwierigen PatientInnen**, immer noch als sehr schwierig (Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000; Mathier, 2000; Derungs, 2002; Fey, 2003). Die Hoffnung diesbezüglich war, dass die interpersonalen Probleme dieser PatientInnen (PatientInnen mit Persönlichkeitsstörung) in einer Therapievorbereitungssitzung schon einmal angesprochen und vorweggenommen werden können, dass die PatientInnen realistischere Therapieerwartungen haben und dass dadurch die Bearbeitung der interaktionellen Schwierigkeiten im späteren Therapieprozess erleichtert wird.

Die oben erwähnte Forschung zu **Patientenerwartungen** und **unspezifischen Wirkfaktoren** ist ein sehr aktuelles Thema. Es gibt in der Psychotherapieforschung Themen, die alle paar Jahrzehnte wieder aufgegriffen und von neuem diskutiert werden. Die Frage danach, ob es eher die spezifischen oder die unspezifischen Wirkfaktoren sind, welche den Effekt von Psychotherapie erklären, ist eines davon.

Schulte & Eifert (2002) und Schulte (2004) kommen in ihrem dualen Modell der Psychotherapie zum Schluss, dass der Therapieerfolg auf beide Wirkmechanismen zurückzuführen ist: die technischen und die unspezifischen Interventionen.

Demgegenüber verneint Wampold (2001) in seiner Übersichtsarbeit über die letzten Jahrzehnte der Psychotherapieforschung die Wirksamkeit spezifischer Behandlungsfaktoren.

„Recounting the conclusions and comparing the various sources of the benefits of psychotherapy will serve to reinforce the conclusions that the specific ingredients of treatments are not responsible for the benefits of psychotherapy (S. 203-204).“

Aus den Effektstärken verschiedener Untersuchungen, die er heranzieht, kommt er zum provokativen Schluss, dass die spezifischen Faktoren einer Psychotherapie höchstens ein Prozent der Varianz im Therapieerfolg aufklären.

In der Metaanalyse von Ahn & Wampold (2001) über 27 Komponentenanalysen resultierte, dass die Differenz, ausgedrückt in Effektstärken, zwischen einer Behandlung mit und der gleichen Behandlung ohne die theoretisch postulierten wichtigen Komponenten, nicht signifikant von Null abwich. Dieser Effekt zeigte sich über verschiedene Diagnosekategorien und Behandlungsformen, wobei vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren untersucht wurden.

Ein weiterer Befund von Wampold (2001), dass alle psychotherapeutischen Verfahren gleich wirksam sind, ist schon aus den 70er Jahren bekannt (Sloane, 1975; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975). Dieser Befund spricht nach ihm für die Unwichtigkeit der unterschiedlichen Therapietechniken und –manuale. Die jahrelange Forschung zu „empirically supported treatments“ findet Wampold (2001) überflüssig. Er erklärt die Ursache dieses Missstandes damit, dass ein medizinisches Therapiemodell mit klar abgrenzbaren Wirkmechanismen auf die Psychotherapie übertragen wurde. Diesem stellt er ein „conceptual model“ gegenüber, in welchem der ganze Therapiekontext berücksichtigt wird und unspezifische Wirkfaktoren wie jene von Frank & Frank (1991), die Therapiebeziehung, das Behandlungssetting, das Behandlungsrationale und das Behandlungsritual, eine zentrale Rolle spielen.

In der Metaanalyse von Grawe, Donati & Bernauer (1994) konnten zwar klare Unterschiede zwischen einzelnen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden gefunden werden. Grawe (1998) zieht jedoch aus der vergangenen Psychotherapieforschung einen ähnlichen Schluss wie Wampold (2001), dass es nicht mehr darum geht herauszufinden, welches Therapieverfahren und welche Techniken generell wirksamer sind, sondern er plädiert in seiner psychologischen Therapie dafür „... die Gesamtheit der in der Psychotherapie entwickelten Möglichkeiten zum Wohle der einzelnen Patienten zu nutzen (S. 720).“ In seiner neuesten Revision der psychologischen Therapie, der Neuropsychotherapie kommt er zum Schluss:

„Was geblieben ist und sich eher noch verstärkt hat, ist meine Überzeugung, dass die Konzepte der herkömmlichen Therapieschulen heute keine angemessene Grundlage mehr für die Psychotherapie darstellen. ... Es sind Inszwischen sowohl in der Psychologie als auch in der Neurowissenschaft Grundlagen erarbeitet worden, die einen völligen Verzicht auf diese Konzepte möglich machen bzw. sogar

nahe legen. ... Die konsistenztheoretische Sicht psychischer Störungen und ihrer Behandlungsmöglichkeiten, ... ist offen für Erweiterungen und Veränderungen auf Grund neuer Forschungsergebnisse und Erkenntnisse (Grawe, 2004, S. 443).“

In dieser konsistenztheoretischen Sicht psychischer Störungen und ihrer Behandlungsmöglichkeiten spielen unspezifische Wirkfaktoren wie die Therapiebeziehung und die Induktion positiver Besserungserwartungen beim Patienten, letztere vor allem zu Beginn der Therapie, eine zentrale Rolle.

Eine weitere Übersicht über die Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte findet sich bei Lambert & Barley (2002). Er fasst die therapeutischen Faktoren, die für ein gutes Therapieergebnis verantwortlich sind, folgendermassen zusammen: 40 % Veränderungen ausserhalb der Therapie, 15% Techniken, 30% gemeinsame Faktoren und 15% Erwartungs- oder Placeboeffekte.

Nach ihm tragen Erwartungs- und Placeboeffekte gleich viel zur Wirkung von Psychotherapie bei wie therapeutische Techniken. Wenn diese Zahlen verglichen werden mit der Anzahl Studien zu den jeweiligen therapeutischen Faktoren, ist ganz klar ein Missverhältnis festzustellen. Die Wichtigkeit von Erwartungseffekten für den Therapieprozess ist von der Forschung erst kürzlich aufgegriffen worden und viele Autoren verweisen auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen in diesem Gebiet (Morrison, 1991; Weinberger & Eig, 1999; Hubble, Duncan & Miller, 2001; Arnkoff et al., 2002; Schulte, im Druck).

Dies ist genau der Punkt, an dem die vorliegende Arbeit anknüpft. Es sollen dabei nicht nur die **Zusammenhänge zwischen Patientenerwartungen und Therapieprozess** untersucht werden, sondern auch die weiterführende Frage, wie diese Patientenerwartungen günstig beeinflusst werden können. Vor allem bezüglich letzterer gibt es noch fast keine empirischen Nachweise. Konkret soll festgestellt werden, ob mit Hilfe einer **Therapievorbereitungssitzung** mit dem Patienten vor Beginn der Therapie einerseits die **Erwartungen der PatientInnen** und andererseits **die Motivation der PatientInnen und der Therapiebeginn dieser PatientInnen verbessert** werden können. Wie schon eingangs erwähnt, geht es auch um die Frage, ob sich dadurch der Therapiebeginn bei interaktionell schwierigen PatientInnen verbessern lässt.

Die Rolle der Therapiemotivation des Patienten für den Therapieprozess und –verlauf wurde von Veith (1997) ausführlich untersucht. Er fand geringe bis mittlere Zusammenhänge zwischen der Therapiemotivation und dem Therapieprozess und –ergebnis. Die Zuversicht (Veränderungserwartung) der PatientInnen erwies sich jedoch als besserer Prädiktor für das Therapieergebnis als die Therapiemotivation. Er kam daher zum

Schluss, dass ein wichtiges Ziel von Psychotherapie die Steigerung der Motivation und vor allem die Steigerung der Zuversicht der PatientInnen sein sollte.

Die Gründe, warum gerade der **Therapiebeginn** im Zusammenhang mit der Therapievorbereitung genauer analysiert wird, sind einerseits die grosse Wichtigkeit eines guten Therapieeinstiegs für den Therapieerfolg sowie die Annahme, dass sich die Therapievorbereitung vor allem auf den Beginn der Therapie positiv auswirken sollte und andererseits die Tatsache, dass der Einfluss von Patientenerwartungen auf den Therapiebeginn noch kaum erforscht worden ist und die vorliegende Studie an diese Forschungslücke anknüpfen möchte.

Es gibt eine Reihe von aktuellen Studien, in welchen die Wichtigkeit eines guten Therapiebeginns für ein gutes Therapieergebnis nachgewiesen worden ist. In diesen Studien wurden die sogenannten „early responders“, d.h. PatientInnen, die sehr schnell auf die Therapie ansprechen, genauer untersucht (Kolden, 1996; Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998; Tang & DeRubeis, 1999; Hollon, 1999). Bezüglich der Verlaufsprognose aus diesen schnellen Verbesserungen zu Therapiebeginn fanden sich in verschiedenen Studien klare Zusammenhänge.

Renaud, Brent, Baugher, Birmaher, Kolko & Bridge (1998) untersuchten Adoleszente mit Major Depression Erkrankung. Sie fanden bei den „rapid responders“ eine Symptomreduktion von 50% im BDI (Beck Depression Inventory) bis zur 2. Sitzung sowie nach Ende der Therapie bessere Follow-up-Masse und weniger Rückfälle. Es zeigte sich jedoch, dass diese PatientInnen zu Beginn der Therapie geringere Werte im BDI hatten, als diejenigen, die nicht so schnell auf die Therapie angesprochen hatten.

Crits-Christoph, Conolly, Gallop, Barber, Tu, Gladis & Siqueland (2001) konnten aufgrund der Veränderung der PatientInnen im BDI und im BAI (Beck Anxiety Inventory) vom Therapiebeginn hin zur Woche zwei bis vier gute Vorhersagen machen für die Besserung der PatientInnen in den gleichen Massen in Woche 16. Dabei zeigte sich, dass die Diagnose der PatientInnen, die Behandlungsart (Kognitive Therapie vs. dynamische Therapie) sowie die Behandlungsdauer (Kurz- vs. Langzeittherapie) keinen Einfluss auf diese Vorhersagen hatten.

Bessere Therapieerfolge und bessere Follow-up-Werte fanden sich auch bei den „rapid responders“ in der Studie von Haas, Hill, Lambert & Morrell (2002). Finch, Lambert & Schaalje (2001) ziehen aus diesen Ergebnissen den Schluss, dass es sich lohnen würde für TherapeutInnen ein Frühwarnsystem für einen möglichen Therapiemisserfolg einzurichten. Dazu könnte die Abweichung des einzelnen Patienten von statistisch

berechneten Kurven zu durchschnittlich erwarteten Verbesserungen der Symptomatik zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Therapie verwendet werden.

Ilardi und Craighead (1999) fanden in ihrer Übersicht über verschiedene Studien zu unspezifischen Behandlungsfaktoren bei Kognitiver Verhaltenstherapie von Depressionen, dass die Verbesserung der Symptome schon vor dem Einsatz der kognitiven Umstrukturierung passiert. Sie folgern daraus, dass unspezifische Behandlungsfaktoren wie das Behandlungsrationale und die Verordnung von Hausaufgaben zu Beginn der Therapie zu einer Verringerung der Hoffnungslosigkeit der PatientInnen führen, was wiederum eine Reduktion der depressiven Symptome begünstigt. Sie fanden in ihrer Übersicht Bestätigungen dafür, dass die Hoffnungslosigkeit in Kognitiven Verhaltenstherapien eine wichtige Mediatorrolle einnimmt.

Die beschriebenen Studien lassen sich gut einordnen in das **Phasenmodell der Therapie** von Howard, Lueger, Maling & Martinovich (1993b). Es teilt die Therapie in drei Phasen ein: die Remoralisierung, die Remediation und die Rehabilitation. In der ersten Phase der Remoralisierung werden aufgrund der angebotenen Hilfe durch den Therapeuten beim Patienten Hoffnungen und Erwartungen geweckt, die zur Verbesserung des Wohlbefindens führen. In der zweiten Phase der Remediation verbessert sich die Symptomatik und in der dritten Phase der Rehabilitation verbessert sich das Funktionsniveau des Patienten in verschiedenen Lebensbereichen. Howard et al. (1993b) gehen davon aus, dass diese drei Phasen genau in dieser Abfolge durchlaufen werden und konnten dies in ihrer Studie empirisch nachweisen. Eine weitere Bestätigung für die postulierte Reihenfolge der drei Phasen ergibt sich aus der Metaanalyse von Lueger et al. (1993, zitiert nach Lueger, 1995) und aus einer Studie von Martinovich (1995, zitiert nach Lueger, 1995). In allen genannten Studien verbesserte sich das Wohlbefinden der PatientInnen im Durchschnitt schon nach zwei bis vier Sitzungen.

Dies zeigt auf, wie wichtig und einflussreich der **Aufbau von Hoffnung und positiven Erwartungen** beim Patienten zu Beginn der Therapie ist. Nach den oben genannten Autoren ist diese erste Phase der Therapie eine notwendige Stufe zum Übergang zu den nächsten Phasen der Symptomreduktion und der Verbesserung des Funktionsniveaus. Auf dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann der Schluss gezogen werden, dass nichts unversucht gelassen werden sollte, um die Erwartungen und Hoffnung der PatientInnen zu verstärken und den Therapieprozess zu Beginn der

Therapie, vor allem bei den bisher eher schwierigen Therapien mit interaktionell schwierigen PatientInnen, zu verbessern. Dies wird in der vorliegenden Untersuchung mit Hilfe einer Therapievorbereitungssitzung versucht.

Im folgenden Einführungsteil werden zunächst theoretische Annahmen zu Therapieerwartungen und –motivation dargestellt, gefolgt von empirischen Untersuchungen zu Therapieerwartungen. In einem weiteren Teil folgt die Darstellung bereits vorhandener Ansätze zur Therapievorbereitung und zum Schluss des Einführungsteils folgen die sich daraus ergebenden Fragestellungen dieser Untersuchung. Des Weiteren werden die verwendete Methodik sowie der Ergebnisse und die Diskussion der Ergebnisse beschrieben.

2. Einführung

2.1 Theoretische Annahmen zu Therapieerwartungen und -motivation

Im Folgenden findet sich eine Zusammenstellung der wichtigsten theoretischen Aspekte von Therapieerwartungen und -motivation, die in der Literatur beschrieben werden. Sie werden anhand eines Arbeitsmodells (siehe Abb. 2.1) erläutert, welches auf der einen Seite die postulierten Zusammenhänge mit individuellen Merkmalen der PatientInnen zeigt und auf der anderen Seite die postulierten Zusammenhänge mit dem Therapieprozess und -erfolg. Die Inhalte der einzelnen Kästchen des Modells werden im Folgenden genauer erläutert. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zu den genannten Zusammenhängen werden in Kapitel 2.2 beschrieben.

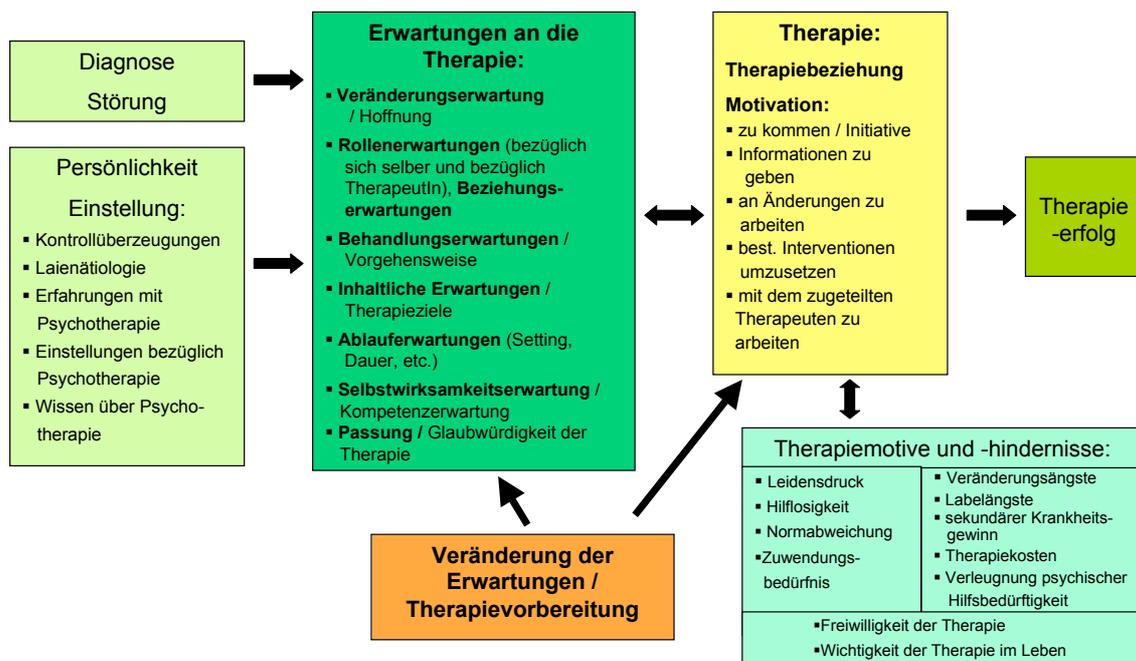


Abb. 2.1: Arbeitsmodell zu den Zusammenhängen zwischen Patientenvariablen, Erwartungen der PatientInnen, Basisverhalten der PatientInnen in der Therapie / Motivation, Therapiemotive und -hindernisse und Therapieerfolg

Arten von Therapieerwartungen

Als erstes soll dargestellt werden, welche verschiedenen Arten von Therapieerwartungen in der Literatur beschrieben werden. Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2000) unterscheiden fünf mögliche Bereiche von Therapieerwartungen:

prognostische Erfolgserwartungen, Rollenerwartungen, inhaltliche Erwartungen, Ablaufenerwartungen und Erwartungen aufgrund subjektiver Krankheitsüberzeugungen. Bei den Rollenerwartungen geht es um die Erwartung, welche Rollen im Therapieprozess nach Ansicht des Patienten, dem Therapeuten bzw. dem Patienten zufallen. Prognostische Erfolgserwartungen betreffen die Hoffnung des Patienten auf Therapieerfolg bzw. umgekehrt den Grad von Hoffnungslosigkeit. Inhaltliche Erwartungen beziehen sich auf die Arbeitsinhalte in der Therapie, d.h. welche Probleme und welche Ziele nach Ansicht des Patienten in der Therapie bearbeitet werden sollen. Ablaufenerwartungen beinhalten die Erwartungen des Patienten wie der Therapieprozess ablaufen wird oder soll. Die Erwartungen aufgrund subjektiver Krankheitsüberzeugungen („Health Beliefs“) umfassen Annahmen des Patienten darüber, wie er sich seine Schwierigkeiten erklärt, wodurch seine Probleme bedingt sind und womit sie zusammenhängen.

Eine weitere Art von Erwartungen, die *Behandlungserwartungen* der PatientInnen wurden von Faller (1998) genauer untersucht. Sie beinhalten die Erwartungen des Patienten über die Vorgehensweise in der Therapie, d.h. über welche Methoden die Therapie Fortschritte erzielen möchte, z.B. eher klärungs- oder bewältigungsorientierte Methoden.

Ein letzter Bereich von Erwartungen umfasst *Selbstwirksamkeits- und Kompetenzenerwartungen* des Patienten (Bandura, 1977a). Es geht darum, ob sich der Patient zutraut, seine Schwierigkeiten mit Hilfe der Therapie bewältigen zu können und genügend kompetent dazu zu sein.

Merkmale der PatientInnen und Therapieerwartungen

Als nächstes stellt sich die Frage, welche Merkmale der PatientInnen die Erwartungen an die Therapie beeinflussen können. Es werden v.a. zwei Bereiche beschrieben: die *Diagnose / Störung der PatientInnen* und *Persönlichkeits- oder Einstellungsvariablen*.

Im Bereich Persönlichkeit / Einstellung der PatientInnen wurden verschiedenste Aspekte untersucht: Kontrollüberzeugungen der PatientInnen, Problem- und Ursachenverständnis der PatientInnen (Laienätiologie), frühere Psychotherapieerfahrungen, allgemeine Einstellungen bezüglich Psychotherapie sowie das Wissen über Psychotherapie.

Therapieerwartungen und Therapieprozess

Die Therapieerwartungen der PatientInnen stehen in gegenseitiger Wechselwirkung mit dem Therapieprozess: mit der *Therapiebeziehung*, der *Motivation der PatientInnen* und dem *Engagement* oder *Basisverhalten der PatientInnen* in der Therapie (Schulte, 1996; Grawe, 1998; Kanfer et al. 2000). Es werden dabei verschiedene Aspekte der Motivation von PatientInnen unterschieden (Kanfer et al. 2000): die Motivation zu kommen, Informationen zu geben, an Änderungen zu arbeiten, bestimmte Interventionen durchzuführen und mit dem speziellen Therapeuten zu arbeiten. Eine sehr ähnliche Unterscheidung findet sich bei Schulte (1996), bei ihm umfasst das Basisverhalten des PatientInnen die Therapienachfrage, Selbstöffnung, Mitarbeit und das Erproben neuer Verhaltensweisen.

Therapiemotive und -hindernisse

Als Weiteres lassen sich Faktoren unterscheiden, die entweder die Therapie erleichtern oder sie behindern. Schulte (1996) zählt zu den Therapiemotiven und -anlässen den *Leidensdruck* und die *Hilflosigkeit des Patienten*, den sozialen Druck durch die *Normabweichung* sowie die positiven Aspekte einer *hilfreichen Therapiebeziehung*, bei Höger (1999) *Zuwendungsbedürfnis des Patienten* genannt.

Im Zusammenhang mit Therapiehindernissen werden vor allem die folgenden Faktoren beschrieben: *Veränderungsängste des Patienten* und *sekundäre Krankheitsgewinne* (Schulte, 1996), die *Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit* (Schulz, Nuebling & Rueddel, 1995), sowie *Therapiekosten*, *Anstrengung*, *Einschränkungen durch den Arbeitsplatz*, *Anfahrtsweg* und *die Meinung anderer* (Lutz, 2003).

Zwei Faktoren die je nach Ausprägung entweder ein Therapiemotiv oder ein –hindernis sein können, sind der Grad an *Freiwilligkeit der Therapie* vs. Geschickt-werden und die *Wichtigkeit der Therapie* im Leben der PatientInnen (Lutz, 2003).

Glaubwürdigkeit / Passung der Therapie

Aus dem Zusammenspiel zwischen den ersten Erfahrungen der PatientInnen in der Therapie und ihren Erwartungen ergibt sich der Grad der Passung der Therapie aus der Perspektive der PatientInnen gesehen, d.h. inwieweit die Therapie den Erwartungen der PatientInnen entspricht, wie glaubwürdig sie für die PatientInnen ist (Borkovec & Nau, 1972; Schulte, im Druck).

Veränderung der Erwartungen / Therapievorbereitung

Die verschiedenen Ansatzmöglichkeiten um die PatientInnen besser auf die Therapie vorzubereiten, werden im Kapitel 2.3 genauer vorgestellt. Sie sollen zur Verbesserung des Therapiebeginns und somit zur Verbesserung des Therapieerfolges führen. Es wird angenommen, dass es auf der einen Seite einen Effekt der Therapievorbereitung auf die Verbesserung der Therapieerwartungen der PatientInnen und somit auf den Therapiebeginn gibt und auf der anderen Seite einen direkten Effekt der Therapievorbereitung auf den Therapiebeginn.

Als nächstes werden die Resultate der empirischen Untersuchungen zu Therapieerwartungen aufgezeigt.

2.2 Empirische Untersuchungen zu Therapieerwartungen

Im Folgenden werden zuerst die empirischen Zusammenhänge zwischen Patientenvariablen und Patientenerwartungen beschrieben und in einem zweiten Teil die empirischen Zusammenhänge zwischen Patientenerwartungen und Therapieprozess bzw. -erfolg.

2.2.1 Zusammenhang zwischen Patientenvariablen und Patientenerwartungen

Diagnose der PatientInnen

In Bezug auf die Diagnose der PatientInnen haben sich in der Mehrzahl der Untersuchungen je nach Diagnose oder Schweregrad der psychischen Störung unterschiedliche Erwartungen an die Therapie gezeigt. Safren, Heimberg & Juster (1997) haben bei PatientInnen mit sozialer Phobie entdeckt, dass die Stärke der Symptome mit geringeren Erfolgserwartungen korrelierte und dass weitere Achse I-Störungen bei diesen PatientInnen keinen zusätzlichen Einfluss auf die Erwartungen hatten. Faller (1997) fand heraus, dass PatientInnen mit somatoformer Störung, Essstörung oder Depression jeweils andere Ursachenvorstellungen und dementsprechend andere Erwartungen an die Therapie haben. Er teilt die Ursachenvorstellungen ein in intrapsychische, interpersonelle, soziale und somatische. PatientInnen mit somatoformer Störung geben vor allem somatische Ursachenvorstellungen an. PatientInnen mit Essstörung oder Depression messen interpersonellen Ursachen einen grösseren Einfluss bei. Dementsprechend sind diese auch motivierter in der Therapie an interpersonellen Problemen zu arbeiten. Ähnliche Zusammenhänge fanden Schneider, Klinger & Beisenherz (1994). In ihrer Untersuchung vertraten SchmerzpatientInnen gegenüber depressiven PatientInnen vor allem ein somatisches Krankheitsmodell, sie erhofften sich Erfolg von einer organmedizinischen Behandlung und waren für eine psychotherapeutische Behandlung wenig motiviert. Goldfarb (1996) hingegen fand keine Zusammenhänge zwischen der Diagnose der PatientInnen und ihren Erwartungen. Auch bei Veith (1997) zeigte sich nur eine geringe Abhängigkeit der Zuversicht der PatientInnen vom Störungsbild. Signifikante Unterschiede ergaben sich nur bei der Zuversicht bezüglich körperlicher Besserung. Die PatientInnen mit vorwiegend körperlichen Symptomen (im Vergleich zu solchen ohne körperliche Symptome) hatten eine höhere Zuversicht.

Persönlichkeit / Einstellung der PatientInnen

Im Bereich Persönlichkeit / Einstellung der PatientInnen sind die Zusammenhänge erwartungsgemäss, so z.B. die Korrelation zwischen einer idealistischen, humanistischen Weltansicht mit positiven Therapieerwartungen (Kaplan, 2000), eine Korrelation zwischen hoher persönlicher Offenheit und hoher Akzeptanz des Therapieangebotes (Franz, Schiessl, Manz, Fellhauer, Schepank & Tress, 1990) sowie zwischen externalen Kontrollüberzeugungen und geringem psychologischem Funktionsniveau (Brannigan, Rosenberg & Loprete, 1977). Faller (1998) befasste sich ebenfalls mit den Kontrollüberzeugungen der PatientInnen und fand heraus, dass internale Kontrollüberzeugungen mit internalen Ursachenvorstellungen und einer eher einsichtsorientierten Behandlungserwartung einhergingen im Vergleich zu PatientInnen mit externalen Kontrollüberzeugungen, externalen Ursachenvorstellungen und mit eher passiver Behandlungserwartung. Letztere werden in der Literatur oft als „KurpatientInnen“ bezeichnet. Schneider, Klauer, Janssen & Tetzlaff (1999) stellten fest, dass ein besserer Therapieerfolg mit hoher Offenheit der PatientInnen für Psychotherapie und mit psychosozialer Ursachenzuschreibung der PatientInnen zusammenhing im Vergleich zu somatischer Ursachenzuschreibung. Ähnliche Resultate beschreiben Adler, Rauchfleisch und Müllejans (1996). In ihrer Studie hatten PatientInnen mit psychologischen Krankheitskonzepten günstige Erfolgsprognosen. PatientInnen mit stress- bzw. körperorientierten Krankheitskonzepten und solche mit starken Wünschen nach Regression und Schonung hatten ungünstige Erfolgsprognosen und es wurde keine Indikation für eine Psychotherapie, sondern für eine stützende Betreuung gestellt.

2.2.2 Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Therapieprozess und -ergebnis

Zum Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Therapieprozess resp. -erfolg gibt es eine grosse Anzahl von Studien und drei neuere Übersichtsarbeiten: eine Metaanalyse von Arnkoff et al. (2002), eine Metaanalyse von Lambert (2004) und einen Übersichtsartikel von Schulte (im Druck).

Am meisten untersucht wurden dabei vor allem drei Arten von Erwartungen: **Veränderungserwartungen, Rollenerwartungen** und die **Passung** zwischen den Erwartungen der PatientInnen und der Therapie, von einzelnen Autoren auch **Glaubwürdigkeit der Therapie** genannt. Ein weiterer Aspekt der noch wenig untersucht wurde, sind die **Vorlieben der PatientInnen** bezüglich der Therapie, sie

überschneiden sich z.T. inhaltlich mit der oben beschriebenen Passung der Therapie und wurden bisher wahrscheinlich mit den Erwartungen der PatientInnen gleichgesetzt. Vor allem Arnkoff et al. (2002) haben sich mit den Vorlieben der PatientInnen beschäftigt und die dazu durchgeführten Studien in ihrer Metaanalyse zusammengestellt. Diese Studien sowie die Studien zu den anderen drei Erwartungsbereichen sind im Folgenden anhand von vier Übersichtstabellen zusammengefasst, welche jeweils die Anzahl Studien zeigen mit positiven Zusammenhängen zwischen den entsprechenden Erwartungen und dem Therapieprozess resp. –erfolg, solche mit gemischten Ergebnissen und Studien in denen kein Zusammenhang gefunden wurde. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Arnkoff et al. (2002), die nach verschiedenen Outcomemessungen unterschieden waren, wurden der Übersicht halber zusammengefasst und mit den anderen Studien aufgeführt. Die bei Arnkoff et al. (2002) unter der ersten Spalte aufgeführten Studien (Studien mit positiven Zusammenhängen) haben alle signifikante Resultate erzielt, bei den anderen Studien ist nicht bei allen klar, ob die positiven Zusammenhänge auch signifikant waren. Der weitaus grösste Teil der Studien wurde im Bereich ambulante oder stationäre Einzelpsychotherapie durchgeführt, es sind jedoch vereinzelt auch Studien mit Gruppentherapie-Setting oder solche aus dem Beratungsbereich dabei.

Veränderungserwartungen / Hoffnung

Die Zusammenhänge zwischen Veränderungserwartungen / Hoffnung der PatientInnen und dem Therapieprozess resp. –erfolg (Tab. 2.1) gehen klar in die erwartete Richtung, von 42 aufgeführten Studien, konnten in 24 Studien positive Zusammenhänge gefunden werden und in je 9 Studien wurden gemischte Resultate oder keine Zusammenhänge berichtet.

Tab. 2.1: Zusammenhang zwischen Veränderungserwartungen / Hoffnung und Therapieprozess und -ergebnis (42 Studien)

| Veränderungserwartungen / Hoffnung | | |
|--|---|---|
| positiver Zusammenhang | gemischte Ergebnisse | kein Zusammenhang |
| Metaanalyse von Arnkoff et al. (2002), 24 Studien: | | |
| Bradley et al. (1980) Friedman (1963) Goldstein & Shipman (1961) Heine (1962) Lipkin (1954) Maki et al. (2000) Martin et al. (1977) Mathews et al. (1976) Rizvi et al. (2000) Safren et al. (1997) Tollinton (1973) Uhlenhuth & Duncan (1968) | Chambless et al. (1997) Gunzberger et al. (1985) Hardy et al. (1995) Keijsers et al. (1994) Kim et al. (2000) Lax et al. (1992) Morrison & Shapiro (1987) | Brady et al. (1960) Goldstein (1960b) Heine & Trosman (1960) Lightsey (1997) Piper & Wogan (1970) |
| Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert, 2004), 9 Studien: | | |
| Archer, Forbes, Metcalfe & Winter (2000) DeJong-Meyer, Hautzinger, Rudolf, Strauss & Frick (1996b) Clark et al. (1999) Durham, Allan & Hackett (1997) Safren, Heimberg & Juster (1997) Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery & Pastyrnak (1997) | | Hautzinger et al. (1996) Freeston et al. (1997) Ladouceur et al. (2000) Spanos et al. (1993) |
| Weitere 9 Studien: | | |
| Abouguendia et al. (2004) Connolly Gibbons et al. (2003) Goldfarb (1996) Joyce & Piper (1998) Joyce et al. (2003) Lutz, Martinovich & Howard (2001) Mussel et al. (2000) Schulte (2004) Veith (1997) | Lorentzen & Hoglend (2004) Persson & Nordlund (1983) | |
| 24 Studien | 9 Studien | 9 Studien |

Rollenerwartungen

Ein sehr ähnliches Bild zeigt sich bezüglich der Rollenerwartungen der PatientInnen (Tab. 2.2). Von 41 Studien weisen 21 positive Zusammenhänge, 14 gemischte Resultate und 7 keine Zusammenhänge auf.

Tab. 2.2: Zusammenhang zwischen Rollenerwartungen und Therapieprozess und –ergebnis (41 Studien)

| Rollenerwartungen | | |
|--|---|--|
| positiver Zusammenhang | gemischte Ergebnisse | kein Zusammenhang |
| Metaanalyse von Arnkoff et al. (2002), 38 Studien: | | |
| Baum & Felzer (1964) Borghi (1968) Clemes & D'Andrea (1965) Day & Reznikoff (1980) Fiester (1977) Freedman et al. (1958) Hankoff et al. (1960) Heine (1962) Heine & Trosman (1960) Isard & Sherwood (1964) Jacobs et al. (1972) Kamin & Caughlan (1963) Overall & Aronson (1963) Rabin et al. (1985) Rawlings (1986) Richardson & Cohen (1968) Rogers (1960) Schonfield et al. (1969) Yalom (1966) | Al-Darmaki & Kivlighan (1993) Atlas (1993) Brennan (1990) Farley et al. (1975) Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson (1989) Heppner & Heesacker (1983) Horenstein & Houston (1976) Martin et al. (1976) Pattison (1992) Severinsen (1966) Silverberg (1982) Tokar et al. (1996) | Brennan (1990) Hardin et al. (1988) Heppner & Heesacker (1983) Hoffmann (1982) Otto & Moos (1974) Rosen & Wish (1980) Volsky et al. (1965) |
| Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert, 2004): | | |
| Anderson & Strupp (1996) | | |
| Weitere 3 Studien: | | |
| Kaplan (2000) | Duckro, Real & George (1979) Joyce, McCallum, Piper & Ogrodniczuk (2000) | |
| 21 Studien | 14 Studien | 7 Studien |

Glaubwürdigkeit / Passung der Therapie

Noch klarer sind die Resultate in Bezug auf die **Passung / Glaubwürdigkeit der Therapie** (Tab. 2.3); von 17 Studien fanden sich in 12 Studien positive Zusammenhänge, in drei Studien gemischte Ergebnisse und in zwei Studien keine Zusammenhänge. Es scheint für den Verlauf der Therapie sehr wichtig zu sein, wie die PatientInnen die Therapie zu Beginn beurteilen und wie gut diese Beurteilung mit ihren vorangegangenen Erwartungen bezüglich der Therapie übereinstimmt.

Tab. 2.3: Zusammenhang zwischen Passung / Glaubwürdigkeit der Therapie und Therapieprozess und -ergebnis (17 Studien)

| Passung / Glaubwürdigkeit der Therapie | | |
|---|---|---|
| positiver Zusammenhang | gemischte Ergebnisse | kein Zusammenhang |
| Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert, 2004), 5 Studien: | | |
| Addis & Jacobson (2000) Priebe & Gruyters (1995) Safren, Heimberg & Juster (1997) | | Freeston et al. (1997) Ladouceur et al. (2000) |
| Weitere 12 Studien: | | |
| Adler, Rauchfleisch & Müllejans (1996) Derlega, Winstead, Lewis & Maddux (1993) Elkin et al. (1999) Fennell & Teasdale (1987) Marmar, Gaston, Gallagher & Thompson (1989) Persson & Nordlund (1983) Priebe (1993) Schulte (2004) Strauss & Burgmeier-Lohse (1995) | Ambühl & Grawe (1988) Horenstein & Houston (1976) Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson (1989) | |
| 12 Studien | 3 Studien | 2 Studien |

Vorlieben der PatientInnen

Durchwegs negativ sind die Ergebnisse bezüglich der **Vorlieben der PatientInnen** für die Therapie. Die Ergebnisse der Metaanalyse von Arnkoff et al. (2002) zu den Vorlieben der PatientInnen (Tab. 2.4) sind unterteilt in Vorlieben **bezüglich der spezifischen Rollenübernahme in der Therapie** und Vorlieben **bezüglich der Art**

des Therapievorgehens. Die wenigen bisher vorhandenen Studien zeigen fast ausschliesslich keine Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg. Von vier Studien zu Rollenvorlieben fanden drei keine Zusammenhänge und nur eine Studie fand positive Zusammenhänge. Im Bereich Vorlieben bezüglich der Art des Therapievorgehens fanden fünf Studien gemischte Resultate und weitere fünf Studien keine Zusammenhänge.

Tab. 2.4: Zusammenhang zwischen Rollenvorlieben resp. Vorlieben für die Art der Therapie und Therapieergebnis (14 Studien)

| Vorlieben | | |
|---|--|---|
| signifikanter Zusammenhang | gemischte Ergebnisse | kein Zusammenhang |
| Rollenvorlieben Arnkoﬀ et al. (2002), 4 Studien: | | |
| Tracey & Dundon (1988) | | Gladstein (1969) Goin et al. (1965) Pohlmann (1964) |
| Vorlieben für die Art des Therapievorgehens Arnkoﬀ et al. (2002), 10 Studien: | | |
| | Addis & Jacobson (1996) Chilvers et al. (2001) Devine & Fernald (1973) Elkin et al. (1999) Hardy et al. (1995) | Atkinson et al. (1991) Bakker et al. (2000) Carlson (1981) van Dyck & Spinhoven (1997) Wallach (1988) |
| 1 Studie | 5 Studien | 8 Studien |

Insgesamt lassen die Resultate zu den am meisten untersuchten Patientenerwartungen sehr positive Schlussfolgerungen zu, mit Ausnahme der Vorlieben der PatientInnen sind die genannten Erwartungen der PatientInnen sehr stark mit dem Therapieprozess und –erfolg verbunden.

Bei dieser Schlussfolgerung sollte das Ergebnis aus der Übersicht von Schulte (2004, im Druck) berücksichtigt werden, dass der Zusammenhang zwischen den Erwartungen der PatientInnen und dem Therapieerfolg von der Art der Erfolgsmessung beeinflusst wird. Er fand heraus, dass sich positive Zusammenhänge in jenen Studien fanden, in denen der Therapieerfolg anhand der Zielerreichung oder Postmessung erhoben wurde. Keine Zusammenhänge zu den Patientenerwartungen ergaben sich, bei der Messung des Therapieerfolgs mittels Prä-Post-Differenzwerten in der Symptomatik. Dies bedeutet, dass die Anzahl positiver Zusammenhänge wahrscheinlich noch höher

wäre, wenn der Therapieerfolg in den Studien anhand der Zielerreichung am Ende der Therapie erhoben werden würde.

Ein weiteres Ergebnis einer empirischen Untersuchung von Schulte (2004) anhand einer grossen Stichprobe ($n > 300$) ist, dass die Veränderungserwartungen / Hoffnung der PatientInnen, die Veränderungsangst und die Glaubwürdigkeit / Passung der Therapie in einem Strukturgleichungsmodell durch die von den PatientInnen wahrgenommene Kompetenz der TherapeutInnen vorhergesagt werden konnte. Diese wahrgenommene Kompetenz der TherapeutInnen übte ihren Einfluss auf die Glaubwürdigkeit / Passung über die Therapiebeziehung aus. Die Glaubwürdigkeit / Passung der Therapie sagte die Veränderungserwartungen und die Veränderungsangst voraus. Weitere Forschung in diesem Bereich könnte mehr Aufschluss über die detaillierten kausalen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Variablen geben.

Weitere Untersuchungen

Im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Bergin & Garfield, 1994), im Kapitel von Orlinsky, Grawe & Parks, zeigten sich ähnliche Resultate wie jene in den oben aufgeführten Tabellen 2.1 bis 2.4. Die Erwartungen der PatientInnen waren in ihrer Übersicht noch zusammengefasst unter „expectational clarity / goal consensus“. Sie fanden bei 35 berichteten Ergebnissen aus 13 Studien 24 Ergebnisse mit positiven Zusammenhängen mit dem Therapieerfolg, 18 Ergebnisse ohne Zusammenhang mit dem Erfolg und kein Ergebnis mit negativem Zusammenhang mit dem Erfolg. Interessant dabei ist, dass bei Aufgliederung der Ergebnisse nach der Quelle der Erfolgsbeurteilung, positive Zusammenhänge aus Sicht der PatientInnen und mittels objektiver Indizes gefunden wurden, wohingegen aus Therapeutesicht keine Zusammenhänge der Erwartungen mit dem Erfolg gegeben waren. Diese Differenz zwischen Patienten- und Therapeutesicht konnte bei den neueren Ergebnissen aus der Metaanalyse von Arnkoff et al. (2002) nicht bestätigt werden.

Neben Veränderungserwartungen, Rollenerwartungen und Passung / Glaubwürdigkeit der Therapie / Vorlieben der PatientInnen wurden vereinzelt auch andere Bereiche von Patientenerwartungen untersucht. Es werden beispielhaft zwei Studien aufgezeigt. Faller (1998) beschäftigte sich mit den **Behandlungserwartungen der PatientInnen**. Er fand heraus, dass PatientInnen mit Erwartungen im Hinblick auf eine eher einsichtsorientierte Therapie, im Gegenteil zu einer aus Patientensicht eher passiven Therapie, eine bessere Arbeitsbeziehung mit ihren TherapeutInnen hatten.

Mueller & Pekarik (2000) untersuchten die **Erwartungen bezüglich der Dauer der Therapie**. Sie stellten fest, dass die von den PatientInnen erwartete Anzahl Sitzungen der beste Prädiktor für die tatsächliche Anzahl Therapiesitzungen der PatientInnen war.

Zwei neuere Studien von Joyce, Ogradniczuk, Piper & McCallum (2003) und von Abouguendia, Joyce, Piper & Ogradniczuk (2004) sind der Frage nachgegangen inwieweit die **Therapiebeziehung eine Mediatorvariable** im Bezug auf den Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Therapieerfolg ist. In beiden Studien konnte diese Annahme bestätigt werden. Der Mediatoreffekt über die Therapiebeziehung erklärte bei Joyce et al. (2003) einen Drittel des direkten Einflusses der Erwartungen auf den Therapieerfolg im Einzeltherapiesetting. Auch im Gruppentherapiesetting (Abouguendia et al., 2004) scheint die Verbindung zwischen Erwartungen und Therapieerfolg durch eine gute Beziehung der einzelnen Gruppenmitglieder mit dem Therapeuten gefördert zu werden. In ihrer früheren Studie (Joyce & Piper, 1998) fanden die Autoren auch schon heraus, dass die Erwartungen nur mit der Therapiebeziehung korreliert waren, nicht aber mit dem Therapieerfolg. Die Ergebnisse lassen sich gut in die Erkenntnisse der bisherigen Psychotherapieforschung über die Wichtigkeit einer guten Therapiebeziehung für das Therapieergebnis eingliedern (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Grawe, 1998, Lambert, 2004). Die Studien zu diesem Mediatoreffekt sind jedoch noch wenig zahlreich um gesicherte Aussagen darüber machen zu können.

Zusammenfassendes Modell

Die oben beschriebenen empirischen Ergebnisse sollen im Folgenden grafisch anhand des in Kapitel 2.1 (Abb. 2.1) dargestellten Arbeitsmodells zu Therapieerwartungen und -motivation zusammengefasst werden. Das Arbeitsmodell wurde aufgrund der oben aufgeführten Studien auf jene Variablen reduziert, die am häufigsten untersucht wurden und bei denen sich die stärksten empirischen Zusammenhänge gefunden haben (siehe Abb. 2.2). In Klammern ist jeweils das Verhältnis von Studien, die positive Zusammenhänge gefunden haben, im Vergleich zur Gesamtzahl durchgeführter Studien, angegeben.

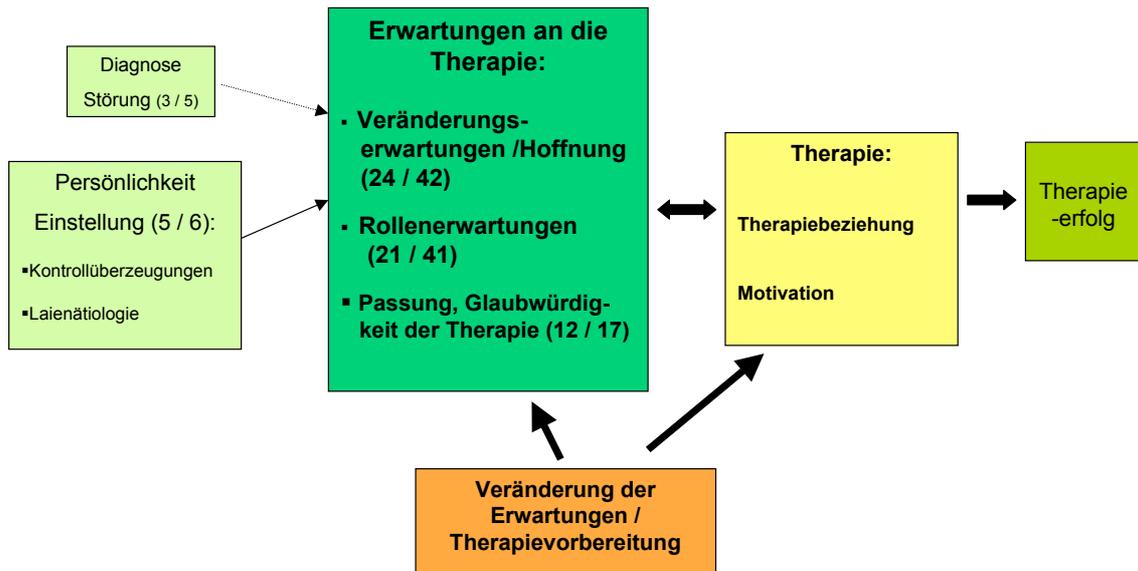


Abb. 2.2: Gekürztes Arbeitsmodell zu den Zusammenhängen zwischen Patientenvariablen, Erwartungen des Patienten, Basisverhalten des Patienten in der Therapie / Motivation und Therapieerfolg

Im folgenden Kapitel werden die in der Literatur beschriebenen und zum Teil empirisch untersuchten Ansätze zur Therapievorbereitung dargestellt.

2.3 Ansätze zur Therapievorbereitung

Viele Autoren, die im vorangegangenen Kapitel aufgeführt wurden, haben aus den klaren Zusammenhängen zwischen Therapieerwartungen und Therapieprozess resp. –erfolg die Schlussfolgerung gezogen, dass das Potential, das in den Erwartungen der PatientInnen steckt, unbedingt für die Psychotherapie genutzt werden sollte. Sie haben verschiedenste Anregungen für Therapievorbereitung gemacht, vom blossen Berücksichtigen der Patientenerwartungen bis hin zum Versuch sie in die günstige Richtung zu verändern. Neben den Auswirkungen von Therapievorbereitung auf die Therapieerwartungen der PatientInnen werden auch positive Auswirkungen auf die Therapiemotivation und den Therapieprozess direkt beschrieben. Demnach sind die Inhalte der verschiedenen Therapievorbereitungsansätze nicht nur auf die Patientenerwartungen begrenzt, sondern beinhalten auch allgemeine Psychoedukation / transparentes Arbeiten, Erhöhung der Mitsprache und Kontrolle der PatientInnen, kompetentes Auftreten der TherapeutInnen etc.

Bisher wurden die Ansätze zur Therapievorbereitung noch sehr wenig empirisch erforscht. Eine Ausnahme bildet die Therapievorbereitung für PatientInnen im Rahmen des Gruppenpsychotherapiesettings, welche in begrenztem Umfang erforscht ist. Liebler (2004) fasst diese Forschungsergebnisse zusammen. Im Folgenden wird ein Überblick gegeben über die bestehenden Therapievorbereitungsansätze für das Einzeltherapiesetting und deren empirische Grundlagen. Im Weiteren werden drei genauer ausgearbeitete Therapievorbereitungsansätze, zwei „Verhandlungsansätze“ von Bleyen (1998) und Bents (2003) sowie die motivationale Gesprächsführung von Miller, Rollnick, Kremer & Schroer (1999) näher erläutert.

2.3.1 Überblick über die verschiedenen Therapievorbereitungsansätze und ihre empirische Überprüfung

Die verschiedenen Ansätze zur Therapievorbereitung lassen sich anhand eines zweidimensionalen Modells zusammenfassen (siehe Abb. 2.3): 1. Dimension: **implizite Therapievorbereitungsansätze** vs. **explizite** und 2. Dimension: **Therapievorbereitungsansätze** die eher **beim Patienten ansetzen** vs. Therapievorbereitungsansätze bei denen Veränderungen **vom Therapeuten vorgegeben** werden. Bei den **Verhandlungsansätzen** handelt es sich um eine Kombination sowohl zwischen expliziten und impliziten Therapievorbereitungsansätzen als auch zwischen Ansätzen, die vom Patienten und jenen, die vom Therapeuten

ausgehen, d.h. bei denen zwischen Patient und Therapeut verhandelt wird. Die Einordnung der Therapievorbereitungsansätze anhand der beiden Dimensionen ist als Heuristik zu betrachten, in der psychotherapeutischen Praxis sind die Grenzen zwischen den einzelnen Ansätzen wahrscheinlich fließend. Im Weiteren werden nacheinander die fünf Kategorien von Therapievorbereitungsansätzen sowie empirische Untersuchungen dazu vorgestellt.

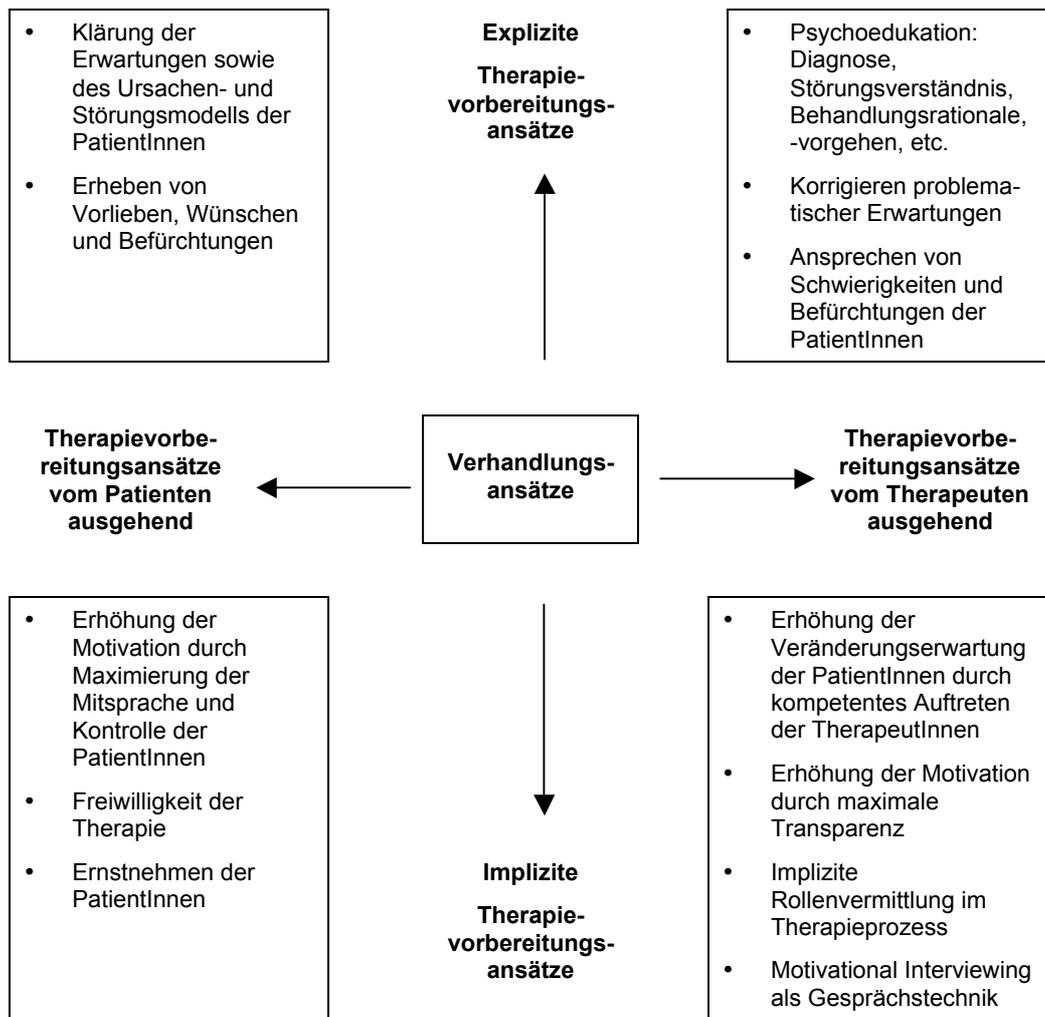


Abb. 2.3: Therapievorbereitungsansätze

Explizite Therapievorbereitungsansätze vom Patienten ausgehend

Bei den expliziten Therapievorbereitungsansätzen, die vom Patientenstandpunkt ausgehen, sollen die Erwartungen der PatientInnen, ihr Ursachen- und Störungsmodell sowie Vorlieben, Wünsche und Befürchtungen erhoben und in der Therapie diskutiert

und das therapeutische Vorgehen soll gegebenenfalls an diese Erwartungen angepasst werden. Empfehlungen in diese Richtung stammen von Overall & Aronson (1963), Frank et al. (1978) und Strupp (1978) (alle zitiert nach Arnkoff et al., 2002) sowie von Kirsch (1999) und Safren et al. (1997). Elkin et al. (1999) machen die Empfehlung, die Vorlieben der PatientInnen zu erheben und darauf zu reagieren, indem z.B. die PatientInnen weiterverwiesen werden oder eine therapeutische Intervention auf einen späteren Zeitpunkt in der Therapie verschoben wird, weil der Patient noch nicht bereit dafür ist. Arnkoff et al. (2002) differenzieren die oben gemachten Aussagen insofern, als sie es für ungünstig erachten, die Veränderungserwartungen der PatientInnen anzusprechen, wenn der Verdacht besteht, dass diese negativ sind. Dies würde bedeuten, dass die Annahmen des Patienten einer Korrektur bedürften und der Patient einsehen müsste, dass er im Unrecht war. Sie erachten eine solche verbale Überzeugung / Überredung des Patienten als ungünstig und finden es in diesem Fall besser, den Patienten durch implizit vermittelte Kompetenz vom Vorgehen zu überzeugen (siehe weiter unten). Die oben genannten Empfehlungen wurden noch nicht empirisch überprüft.

Explizite Therapievorbereitungsansätze vom Therapeuten ausgehend

Die expliziten Therapievorbereitungsansätze, die vom Therapeuten ausgehen, umfassen das Informieren der PatientInnen über ihre Diagnose, das Problemverständnis und das sich daraus ergebende Behandlungsrationalie und -vorgehen sowie weitere Psychoedukation wie z.B. über die Patientenrolle etc. Des Weiteren umfassen diese Ansätze das Korrigieren problematischer Erwartungen sowie das Thematisieren der antizipierten Schwierigkeiten oder Befürchtungen der PatientInnen.

Unter den Autoren, die solche Ansätze vertreten, gehören Yalom (1966), Lorion (1978), Sue, Zane & Young (1994) und Chambless et al. (1997), (alle zitiert nach Arnkoff et al., 2002).

Einige der expliziten Therapievorbereitungsansätze, welche vom Therapeuten ausgehen, wurden auch schon empirisch überprüft. **Lambert & Lambert (1984)** führten mit 30 immigrierten PatientInnen in Hawaii eine randomisierte Studie durch, bei der die PatientInnen entweder einer *Rollenvorbereitung* vor Therapiebeginn oder einer Placebovorbereitung zugewiesen wurden. Die Rollenvorbereitung wurde mit Hilfe einer ca. 17 Minuten dauernden Audiokassette durchgeführt, auf der Erklärungen zu

Rollenerwartungen, zum Therapieprozess, zu Erwartungen bezüglich Sich-Öffnen (verbal disclosure), Probleme, die in der Therapie auftauchen können, Missverständnisse über Psychotherapie sowie die Notwendigkeit des regelmässigen Aufsuchens der Therapie beschrieben waren. Beide Gruppen hatten ihre Erwartungen bis zum Ende der Therapie in die positive Richtung verändert, die PatientInnen der Experimentalgruppe, im Vergleich zur Placebogruppe, waren jedoch bei Therapieende weniger abhängig von ihren TherapeutInnen, waren zufriedener mit der Therapie, schätzten ihren Zustand als stärker gebessert ein und hatten signifikant geringere Abbruchraten.

Gonzalez (2000) führte eine ähnliche Studie durch, bei der ein Teil der PatientInnen ein *Informationsblatt* zur Therapie erhielt. Auch sie konnte zeigen, dass durch diese „Minimalintervention“ die Erwartungen der PatientInnen bezüglich der Therapie verbessert werden konnten.

Breisacher, Ries, Bischoff & Ehrhardt (2003) haben ein umfassenderes *psychoedukatives Gruppentherapieprogramm* für PsychosomatikPatientInnen mit geringer Psychotherapieerfahrung und fraglicher Therapiemotivation evaluiert, welches von TherapeutInnen der Bad Dürkheimer Psychosomatischen Fachklinik entwickelt wurde. Das Programm mit 10 Gruppentherapiesitzungen beinhaltet erstens, die Vermittlung von Basisinformationen zur Psychosomatik und Psychotherapie, zweitens, die Erarbeitung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells und drittens, die Steigerung grundsätzlicher Selbstmanagementfähigkeiten. Dadurch soll die Therapiemotivation erhöht und die Symptomatik verbessert werden. Die Ergebnisse dieser Prä-post-Studie ohne Kontrollgruppe waren gemischt. Auf der einen Seite bewerteten die PatientInnen die Sitzungen und Hausaufgaben als didaktisch hervorragend und persönlich bedeutsam, sie erzielten den gewünschten Wissenszuwachs, veränderten ihre Einstellungen zu psychosomatischen Sachverhalten in die positive Richtung und wiesen am Ende des stationären Aufenthalts eine höhere Therapiemotivation und geringere Symptome auf. Auf der anderen Seite hingegen hing die Veränderung der Therapiemotivation nicht wesentlich mit den Wissens- und Einstellungsänderungen zusammen.

Im Folgenden werden die Resultate von drei **Metaanalysen** dargestellt. **Mayerson (1984)** fasst die Studien zusammen, welche im *Gruppensetting* eine Therapievorbereitung durchgeführt haben. Als theoretischen Hintergrund verwendet er das Konzept von Bandura (1977a), wonach sowohl eine angemessene Selbstwirksamkeitserwartung als auch eine Veränderungserwartung für die Ausübung eines neuen

Verhaltens notwendig sind. Demnach schliesst Mayerson, dass für eine erfolgreiche Therapievorbereitung folgende Ziele / Erwartungen beim Patienten angestrebt werden sollten: Erstens, *Klarheit über die Patientenrolle* und das von ihm erwartete Verhalten, zweitens, *Selbstwirksamkeitserwartung* des Patienten bezüglich Ausübung der Patientenrolle sowie drittens, die Erwartung des Patienten, dass das Ausüben der Patientenrolle nicht aversiv sein wird (*kurzfristige Ergebniserwartung*) und *die langfristige Veränderungserwartung / Hoffnung* auf ein gutes Endergebnis. Bandura (1977a) beschreibt vier grundlegende Quellen der Erwartungsbildung: direkte Erfahrung, Modelllernen, verbale Überzeugung und der eigene affektiv-physiologische Erregungszustand, wobei durch direkte Erfahrung die dauerhaftesten Effekte erzielt werden. Nach Mayerson (1984) geht es dementsprechend bei der Therapievorbereitung darum, dass der Patient die neue Rolle selber erfährt und seine Erwartungen dementsprechend verändert. Die Ergebnisse der Therapievorbereitungen aus 21 Vergleichsstudien sind mehrheitlich nicht signifikant: Abbruchrate (2 signifikante Ergebnisse / 3 nicht signifikante), Zufriedenheit der PatientInnen (1 s. / 4 n.s.) und Therapieergebnis sowohl aus Sicht der PatientInnen (3 s. / 6 n.s.) und der TherapeutInnen (1 s. / 3 n.s.). Einzig bezüglich des verbalen Verhaltens der PatientInnen (Sich-Öffnen) konnten in der Mehrheit der Studien signifikante Ergebnisse erzielt werden (7 s. / 3 n.s.).

Eine weitere Metaanalyse zu Therapievorbereitungsansätzen stammt von **Tinsley, Bowman & Ray (1988)**. Sie haben anhand von 24 Studien vor allem verglichen, welche Interventionsmethoden am erfolgreichsten sind und fanden heraus, dass *Audio- / Video-Präsentationen* am erfolgreichsten waren, gefolgt von gedruckten Informationen und dass die verbalen Interventionen am wenigsten erfolgreich waren.

Im Überblick von **Lambert (2004)** zeigt sich, dass seit Erscheinen des Handbooks of Psychotherapy and Behavior Change (1994) keine neuen Studien zur Rollenvorbereitung der PatientInnen hinzugekommen sind. In der Übersicht von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) werden drei Studien zitiert, bei denen mit *Rollenvorbereitungen* für die PatientInnen mehrheitlich positive Resultate in Bezug auf den Therapieerfolg erreicht wurden: 24 Ergebnisse mit positiven Zusammenhängen zum Erfolg, 18 Ergebnisse mit nicht-signifikanten Unterschieden und kein Ergebnis mit negativen Zusammenhängen. Rollenvorbereitungen scheinen vor allem wertvoll zu sein für PatientInnen mit wenig Therapieerfahrungen oder für jene die kulturell nicht an Therapie gewöhnt sind sowie für TherapeutInnen, die mit spezifischen

Patientenpopulationen oder PatientInnen aus anderen Kulturen wenig Erfahrung haben.

Die empirischen Untersuchungen zu den expliziten Therapievorbereitungsansätzen von Therapeutenseite aus (meistens Rollenvorbereitungen für die PatientInnen) lassen sich folgendermassen zusammenfassen: es finden sich zwei Studien mit positiven Resultaten (Lambert & Lambert, 1984; Gonzalez, 2000), eine Studie mit gemischten Resultaten (Breisacher et al. 2003) und bei den drei Metaanalysen weist diejenige von Mayerson (1984) überwiegend nicht signifikante Resultate, diejenige von Tinsley et al. (1988) gemischte Resultate und diejenige von Lambert (2004) überwiegend positive Resultate auf. Insgesamt ist die empirische Datenlage bisher noch unklar.

Implizite Therapievorbereitungsansätze vom Patienten ausgehend

Die Ideen zu impliziten Therapievorbereitungsansätzen, die von der Patientenseite ausgehen, stammen vor allem aus dem Selbstmanagementansatz von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2000). Die Motivation der PatientInnen kann demnach erhöht und gefördert werden durch maximale Mitsprache und persönliche Kontrolle seitens der PatientInnen, durch Selbststeuerung und Selbstmotivation sowie durch das Prinzip der Freiwilligkeit der Therapie, d.h. der freien Entscheidung der PatientInnen für oder gegen eine Therapie. Dieses letzte Prinzip der Freiwilligkeit der Therapie wird von den Vertretern der Verhandlungsansätze ebenfalls sehr stark gewichtet.

Implizite Therapievorbereitungsansätze vom Therapeuten ausgehend

Zu den impliziten Therapievorbereitungsansätzen, die vom Therapeuten ausgehen, gehören die mehrfach nachgewiesene Erhöhung der Veränderungserwartung der PatientInnen durch kompetentes Auftreten der TherapeutInnen (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Grawe, 1998; Schulte, 2004), die Erhöhung der Motivation der PatientInnen durch maximale Transparenz (Kanfer et al., 2000), die implizite Rollenvermittlung im Therapieprozess selber (Richert, 1983) und die motivationale Gesprächsführung nach Miller et al. (1999). Letztere wird im Kapitel 2.3.3 näher beschrieben.

Verhandlungsansätze: Integration von expliziten und impliziten Therapiebereitungsansätzen sowie von Patienten- und Therapeutenseite

Die Therapiebereitungsansätze, welche die Patienten- und Therapeutenseite verbinden und integrieren werden im Folgenden nach Bleyen, Vertommen & Van Audenhove (1998) Verhandlungsansätze (negotiation approach) genannt. Weitere Autoren, die diesen Ansatz unterstützen, auf der einen Seite Patientenvorlieben und –befürchtungen zu erheben, auf der anderen Seite aber auch den Patienten aufzuklären und ihn frei für oder gegen eine Therapie entscheiden zu lassen, sind Devine & Fernald, 1973, Addis & Jacobson 1996, (zitiert nach Arnkoff et al., 2002) sowie Van Audenhove & Vertommen (2000) und Bents (2003). Diese Ansätze beinhalten jeweils explizite und implizite Elemente der Veränderung von Therapieerwartungen und –motivation. Der genaue Inhalt und das Vorgehen bei den Verhandlungsansätzen von Bleyen et al. (1998) und Bents (2003) wird im folgenden Kapitel beschrieben.

2.3.2 Die Verhandlungsansätze von Bleyen et al. (1998) und Bents (2003)

Das genaue Vorgehen des Verhandlungsansatzes von **Bleyen, Vertommen & Van Audenhove** (1998; Van Audenhove & Vertommen, 2000), nach ihnen **Behandlungsselektionsprozess** genannt, ist in Tabelle 2.5 beschrieben.

Tab. 2.5: Behandlungsselektionsprozess nach Bleyen et al. (1998)

1. Erfassung und Offenlegen der Perspektive des Patienten

Krankheitstheorie, Therapieziele, Behandlungswünsche, etc.

2. Informieren des Patienten

Störungshypothesen, Behandlungsmöglichkeiten, Ablauf, Setting, Kosten, etc.

3. Kooperativer Verhandlungsprozess

Zwischen den Vorlieben des Patienten bezüglich Behandlungsmethode (Klärung / Bewältigung, etc.), Merkmalen des Therapeuten, Setting, etc. und der Sicht des Therapeuten

Der Therapeut macht verschiedene Behandlungsangebote.

4. Entscheidung des Patienten für ein bestimmtes Therapieangebot

Bleyen et al. (1998) konnten mit ihrem Vorgehen an einer untersuchten Stichprobe von 120 Therapien die Abbruchrate signifikant verringern und verbesserte erste therapeutische Kontakte erzielen.

Bents (2003) führt die Therapievorbereitung mit den PatientInnen, wie in Tabelle 2.6 dargestellt, in Form von vier Schritten durch.

Tab. 2.6: Therapievorbereitung nach Bents (2003)

1. Diagnose mitteilen

2. Störungsmodell: Anfälligkeit, Auslöser, Aufrechterhaltung

Wichtig ist die Glaubwürdigkeit des Modells. Das Modell (z.B. Angst- oder Essstörungsmodell) wird mittels sokratischem Dialog mit dem Patienten besprochen und die subjektiven Erfahrungen des Patienten werden in die Kästchen des Störungsmodells hineingeschrieben.

3. Therapieplan: Ziele, Verlauf, Methoden, Erwartungen

Anhand des oben eingeführten Störungsmodells werden für die einzelnen Komponenten des Modells mögliche Ansatzpunkte in der Therapie vorgestellt. Die Erwartungen des Patienten werden angesprochen (Rolle des Therapeuten, Angst vor Veränderungen etc.)

4. Motivation

Ambivalenzkonflikte: Die Vor- und Nachteile der Therapie werden mit dem Patienten anhand eines 4-Felder-Schemas besprochen und die Argumente und Bedenken des Patienten werden gemeinsam in die leeren Felder eingetragen (siehe Abb. 2.4).

Entscheidungsautonomie: es ist wichtig, dass sich der Patient nach dieser Auflistung frei für oder gegen eine Therapie entscheiden kann.

Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Motivation ist das Abwägen und die Bewusstmachung der Ambivalenzkonflikte des Patienten. Dazu werden die Vor- und Nachteile der Therapie mit dem Patienten anhand einer 4-Felder-Tafel besprochen (Abb. 2.4). Es ist wichtig, dass die in der Abbildung 2.4 eingezeichnete Reihenfolge der Kästchen eingehalten wird. Der Patient traut sich eher, Bedenken zu äussern, nachdem die Vorteile der Therapie schon festgehalten sind. Es sollte darauf geachtet werden, dass zu jedem der vier Felder genügend Argumente genannt werden. Zum Schluss wird dem Patienten nochmals vor Augen geführt, dass circa gleich viele Argumente für oder gegen eine Therapie sprechen und es daher nicht die „richtige“ Entscheidung gibt. Bents (2003) beschreibt, dass im Anschluss an die

Therapievorbereitungen, die er regelmässig mit PatientInnen mit Essstörungen durchführt, trotz der offensichtlichen Nachteile einer Therapie, sich circa 90 Prozent der PatientInnen für eine Therapie entscheiden.

| | Vorteile | Nachteile | |
|----------------|---|---|--|
| Therapie | 1. Remoralisierung Verbesserung der Symptomatik und der psychosozialen Situation | 3. Kontrolle abgeben Veränderungsängste Zuwendungsverlust durch Angehörige | FAZIT: Es ist keine richtige Entscheidung möglich, für beide Varianten gibt es gute Gründe und Vorbehalte. |
| keine Therapie | 4. Kontrolle / Sicherheit „Bleibe mir treu“ → <i>zeigt nochmals wichtigste Bedürfnisse des Patienten auf</i> | 2. Hoffnungslosigkeit Bleibende Symptomatik und neg. psychosoziale Situation | |

Abb. 2.4: 4-Felder-Schema zur Therapiemotivation nach Bents (2003)

2.3.3 Motivierende Gesprächsführung von Miller, Rollnick, Kremer & Schroer (1999)

Miller et al. (1999) haben aufgrund ihrer jahrelangen Erfahrung mit SuchtpatientInnen eine Gesprächsführung entwickelt, die speziell darauf angelegt ist die Veränderungsbereitschaft der PatientInnen zu fördern. Sie bezeichnen ihren Ansatz als eine personenzentrierte, direktive Methode der Kommunikation zur Förderung der Veränderungsbereitschaft mittels Erforschung und Auflösung von Ambivalenz.

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte ihrer Methode stichwortartig beschrieben. Dabei sind diejenigen Aspekte berücksichtigt, die sich für die spezielle Situation der Therapievorbereitung mit PatientInnen mit verschiedenen Störungsbereichen eignen.

Motivation als Zustand – Stadien der Veränderung

Nach Prochaska und Di Clemente (1982) und Prochaska, Norcross & Di Clemente (1994) ist Motivation keine Persönlichkeitsvariable des Patienten, sondern ein

beeinflussbarer Zustand von Veränderungsbereitschaft. Dabei durchlaufen PatientInnen sechs Stadien der Veränderung:

1. Die Absichtslosigkeit
2. Die Absichtsbildung
3. Die Vorbereitung der Handlung
4. Die Handlung
5. Die Aufrechterhaltung der Handlung
6. Den Rückfall

Es handelt sich um einen spiralförmigen Veränderungsprozess, der z.T. mehrmals durchlaufen wird, vor allem von SuchtpatientInnen. Miller et al. (1999) betrachten auf diesem Hintergrund Widerstand des Patienten als eine Reaktion auf ungeeignete und dem jeweiligen Veränderungsstadium des Patienten unangemessene Interventionen des Therapeuten. Daher empfehlen sie je nach Veränderungsstadium des Patienten andere Vorgehensweisen von Seiten des Therapeuten. Im Rahmen der Vorbereitung der PatientInnen auf die Therapie sind v.a. die ersten beiden Stadien der Veränderung zentral. In Tabelle 2.7 sind die motivierenden Aufgaben des Therapeuten in den ersten beiden Stadien aufgezeigt.

Tab. 2.7: Stadien der Veränderung und Aufgaben des Therapeuten, Auszug aus Miller et al. (1999, S.34)

| Stadium | Motivierende Aufgaben des Therapeuten |
|-------------------|--|
| Absichtslosigkeit | Lassen Sie Zweifel aufkommen – erhöhen Sie bei Ihrem Klienten die Wahrnehmung von Problemen und Risiken in Bezug auf sein derzeitiges Verhalten |
| Absichtsbildung | Irritieren Sie das Gleichgewicht zwischen dem Wunsch nach Veränderung und dem Wunsch, alles beim alten zu lassen. Stärken Sie das Selbstvertrauen im Hinblick auf eine Veränderung des derzeitigen Verhaltens. |

In diesen ersten beiden Stadien der Veränderung spielt die Ambivalenz der PatientInnen eine grundlegende Rolle, sie befinden sich ständig in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt. Miller et al. (1999) arbeiten in diesen Stadien

ebenfalls mit einem 4-Felder-Schema der Vor- und Nachteile von Veränderung, resp. Beibehaltung des Ist-Zustandes, bei ihnen Entscheidungswaage genannt.

Fünf Prinzipien motivierender Gesprächsführung

1. Empathie ausdrücken

2. Diskrepanzen entwickeln:

Dem Patienten werden die Diskrepanz zwischen seinem aktuellen Verhalten und seinen grundsätzlichen Lebenszielen bewusst gemacht. Der Patient sollte die Argumente zur Veränderung selbst liefern.

3. Beweisführungen vermeiden:

Vermeidung vorwurfsvoller Konfrontationen: es ist zu vermeiden, dem Patienten die Notwendigkeit einer Veränderung nachzuweisen, ihn dazu zu überreden. Widerstand ist ein Signal, die Strategie zu ändern.

4. Den Widerstand aufnehmen:

Mittels Reflexion der Aussagen des Patienten und Umformulieren / Fokus verschieben wird der Widerstand des Patienten aufgenommen. Die persönliche Entscheidungsfreiheit und Selbstkontrolle des Patienten werden betont. Evtl. wird eine paradoxe Intervention durchgeführt.

5. Selbstwirksamkeit fördern

Selbstmotivierende Aussagen beim Patienten hervorrufen

Bei der motivierenden Gesprächsführung soll der Patient selber die Gründe für eine Verhaltensänderung äussern. Der Therapeut sollte es dem Patienten erleichtern, solche Aussagen zu entwickeln. Miller et al. (1999) teilen selbstmotivierende Aussagen in vier allgemeine Kategorien ein:

1. Problembewusstsein
2. Besorgnis über Probleme
3. Veränderungsabsicht
4. Zuversicht im Hinblick auf Veränderung

Sie verwenden verschiedene Methoden, um solche selbstmotivierenden Aussagen beim Patienten hervorzurufen:

1. Auffordernde Fragen
2. Die Entscheidungs-Waage (entspricht dem 4-Felder-Schema von Bents, 2003)
3. Ausführliche Darstellung (z.B. konkrete Beispiele erfragen)
4. Extreme benutzen (z.B. unangenehmste Konsequenzen erfragen)
5. Zurückschauen (z.B. auf die Zeit vor der Entstehung der psychischen Probleme)
6. Nach vorn blicken (z.B. Wunderfrage)
7. Ziele herausfinden
8. Paradox intervenieren (z.B. „...vielleicht ist es noch zu früh für Sie an Ihrer Situation etwas zu verändern, vielleicht sollten Sie den Zustand beibehalten ...“)

Zum ersten Punkt „auffordernde Fragen“ sind in Tabelle 2.8 einige Beispiele angegeben.

Tab. 2.8: Beispielhafte Fragen zur Förderung selbstmotivierender Aussagen, Auszug aus Miller et al. (1999, S.93)

| |
|--|
| <p>1. Problembewusstsein</p> <p>T: Was daran bringt Sie auf den Gedanken, dass es sich um ein Problem handelt?</p> <p>2. Besorgnis</p> <p>T: Auf welche Weise beunruhigt Sie das? T: Was glauben Sie, wird geschehen, wenn Sie nichts verändern?</p> <p>3. Veränderungsabsicht</p> <p>T: Die Tatsache, dass Sie hier sind, zeigt, dass zumindest ein Teil von Ihnen glaubt, nun sei es an der Zeit etwas zu unternehmen. Welche Gründe sprechen dafür, sich zu verändern?</p> <p>4. Zuversicht</p> <p>T: Was lässt Sie glauben, dass Sie es schaffen, wenn Sie sich zu einer Entscheidung durchringen?</p> |
|--|

Zusammenfassung

Die Ansätze zur Therapie Vorbereitung sind bisher noch wenig empirisch erforscht worden. Die bestehenden empirischen Untersuchungen zeigen jedoch insgesamt eher ein positives Bild ihrer Wirksamkeit.

Bei den **expliziten Therapie Vorbereitungsansätzen** sind jene, die von der **Therapeutenseite** ausgehen, genauer untersucht worden und die empirischen Ergebnisse sind bisher gemischt, es finden sich Studien, die positive Effekte aufzeigen und solche, bei denen sich keine signifikanten Unterschiede fanden. Diese Ansätze beinhalten vor allem Psychoedukation sowie das Korrigieren problematischer Erwartungen der PatientInnen.

Bei den **impliziten Therapie Vorbereitungsansätzen** sind ebenfalls jene, die von der **Therapeutenseite** ausgehen, empirisch untersucht worden. Es finden sich dabei positive Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg. Das kompetente Auftreten des Therapeuten scheint diesbezüglich ein wichtiger Wirkfaktor zu sein. Weitere Inhalte dieser Ansätze sind die Erhöhung der Therapiemotivation durch maximale Transparenz und durch motivierende Gesprächsführung sowie die implizite Rollenvermittlung im Therapieprozess.

In den **Verhandlungsansätzen** wird versucht die verschiedenen Inhalte der genannten Therapie Vorbereitung Ansätze zu verbinden und dadurch eine bessere Wirkung zu erzielen. Zu diesen Ansätzen gibt es bisher erst die Studie von Bleyen et al. (1998) mit positivem Ergebnis.

Es zeigen sich vielfältige Ansatzpunkte für die Therapie Vorbereitung, einerseits das Erheben und die Veränderung der **Patientenerwartungen** und andererseits die Verbesserung der **Motivation der PatientInnen** und die Erleichterung des **Einstiegs in die Therapie**. Ein weiterer möglicher Ansatzpunkt, der bisher in der Literatur noch fehlt, ist das **Ansprechen von Schwierigkeiten und Befürchtungen** vor allem **bei interaktionell schwierigen PatientInnen**. Er wurde in das Therapie Vorbereitungskonzept der vorliegenden Studie integriert und wird im Methodenteil genauer beschrieben (Kap. 3.5.2).

2.4 Fragestellungen und Hypothesen

Aus dem bisherigen Einführungsteil geht hervor, dass einerseits die Erwartungen der PatientInnen stark mit dem Therapieprozess und –erfolg zusammenhängen und dass andererseits Ansätze zur Therapievorbereitung, zur Veränderung der Therapieerwartungen und –motivation sowie zum Ansprechen und Vorwegnehmen von interaktionellen Schwierigkeiten, bisher noch sehr wenig empirisch untersucht wurden. Die bestehenden Ergebnisse gehen jedoch in die positive Richtung und bestärken dadurch weitere Untersuchungen. Die integrativsten der Therapievorbereitungsansätze sind die Verhandlungsansätze.

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Verhandlungsansätze von Bleyen et al. (1998) und Bents (2003) weiterentwickelt, mit der Gesprächshaltung aus der motivierenden Gesprächsführung von Miller et al. (1999) sowie mit eigenen Ideen ergänzt und an der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern eingesetzt und empirisch überprüft.

Die Fragestellungen und die daraus abgeleiteten Hypothesen sind in Tabelle 2.9 und Tabelle 2.10 aufgelistet. Wie in der Einleitung erwähnt, beziehen sich die Fragestellungen und Hypothesen auf den bisher im Zusammenhang mit Therapievorbereitung und Veränderung von Therapieerwartungen und –motivation noch wenig untersuchten Therapiebeginn. Die zentrale Frage der Untersuchung ist, inwieweit durch Therapievorbereitung die Erwartungen der PatientInnen verändert werden können und / oder inwieweit die Therapievorbereitung einen direkten Effekt auf die Prozessmerkmale des Therapiebeginns der PatientInnen hat. Diese beiden möglichen Effekte der Therapievorbereitung wurden schon im theoretischen Arbeitsmodell in Abbildung 2.1 und 2.2 dargestellt.

Tab. 2.9: Fragestellungen

Fragestellungen

1. Zusammenhang Therapieerwartungen und Therapiebeginn

- 1.1 Zeigt sich der in Kapitel 2.2.2 dargestellte Zusammenhang zwischen den **Veränderungserwartungen der PatientInnen** und dem Therapieprozess auch bereits zu **Therapiebeginn**?
- 1.2 Gibt es einen Zusammenhang mit dem **Therapiebeginn** bei den bisher noch wenig untersuchten **Veränderungsängsten**?
- 1.3 Wie unterschiedlich sind die Prozessmerkmale des **Therapiebeginns** bei den Patientengruppen mit **Therapievorbereitung indiziert vs. nicht indiziert**?

2. Veränderung der Therapieerwartungen

- 2.1 Können ungünstige **Therapieerwartungen** der PatientInnen mit Hilfe einer Therapievorbereitungssitzung vor Beginn der Therapie **verbessert werden**?

3. Veränderung des Therapiebeginns und der Therapieabbruchrate

- 3.1 Kann der **Verlauf des Therapiebeginns** mit Hilfe einer Therapievorbereitungssitzung **verbessert** werden (bezüglich Kontroll-, Selbstwert-, Bewältigungs- Klärungserfahrungen, Problemaktivierung, Therapiebeziehung, Therapiefortschritte etc.)?
- 3.2 Kann die **Therapieabbruchrate** mit Hilfe einer Therapievorbereitungssitzung **reduziert** werden?

4. Explorative Fragestellungen bezüglich Inhalt der Therapievorbereitung

- 4.1 Aus **welchen Indikationsgründen** wurden die verschiedenen Therapievorbereitungsgespräche durchgeführt? Wie häufig waren die verschiedenen Gründe?
- 4.2 Welche antizipierten **Schwierigkeiten / Befürchtungen** wurden im Therapievorbereitungsgespräch **thematisiert**? Wer brachte diese ins Gespräch ein (PatientIn oder TherapeutInnen)?

Tab. 2.10: Hypothesen

Hypothesen

1. Zusammenhang Therapieerwartungen und Therapiebeginn

- 1.1 PatientInnen mit **hohen Veränderungserwartungen** vor Therapiebeginn weisen bessere Prozessmasse in den ersten fünf Sitzungen der Therapie auf, als PatientInnen mit geringen Veränderungserwartungen.
- 1.2 PatientInnen mit **geringen Veränderungsängsten** vor Therapiebeginn weisen bessere Prozessmasse in den ersten fünf Sitzungen der Therapie auf, als PatientInnen mit hohen Veränderungsängsten.
- 1.3 PatientInnen mit „**Therapievorbereitung nicht indiziert**“ weisen bessere Prozessmasse in den ersten fünf Sitzungen der Therapie auf, als PatientInnen mit „Therapievorbereitung indiziert“.

2. Veränderung der Therapieerwartungen

- 2.1 PatientInnen, mit denen ein **Therapievorbereitungsgespräch durchgeführt** wurde, haben **günstigere Therapieerwartungen** nach der ersten Sitzung, als PatientInnen, mit denen kein solches Gespräch durchgeführt wurde.

3. Verbesserung des Therapiebeginns und Reduktion der Abbruchrate

- 3.1 PatientInnen, mit denen ein **Therapievorbereitungsgespräch durchgeführt** wurde, weisen einen **besseren Verlauf der Prozessmasse** in den ersten fünf Sitzungen der Therapie auf, als PatientInnen, mit denen kein solches Gespräch durchgeführt wurde (mehr Kontroll-, Selbstwert-, Bewältigungs- Klärungserfahrungen, Problemaktivierung, bessere Therapiebeziehung, Therapiefortschritte etc.).
- 3.2 Die **Therapieabbruchrate** ist in der Experimentalgruppe mit durchgeführter Therapievorbereitung **geringer** als in der Kontrollgruppe.

Diese Fragestellungen und Hypothesen wurden anhand einer Stichprobe von 62 Therapien untersucht. Die genauen Operationalisierungen, die verwendeten Daten, die Untersuchungsstrategie und die durchgeführte Therapievorbereitung werden im folgenden Methodenteil näher beschrieben.

3. Methode

3.1 Experimentelles Untersuchungsdesign

Um die Frage nach der Veränderbarkeit der Erwartungen und Motivation, der Verbesserung des Therapiebeginns sowie der Vorwegnahme von Schwierigkeiten und Befürchtungen (v.a. bei interaktionell schwierigen PatientInnen) mittels eines Therapievorbereitungsgesprächs zu untersuchen, wurde das in Abbildung 3.1 dargestellte experimentelle Design gewählt.

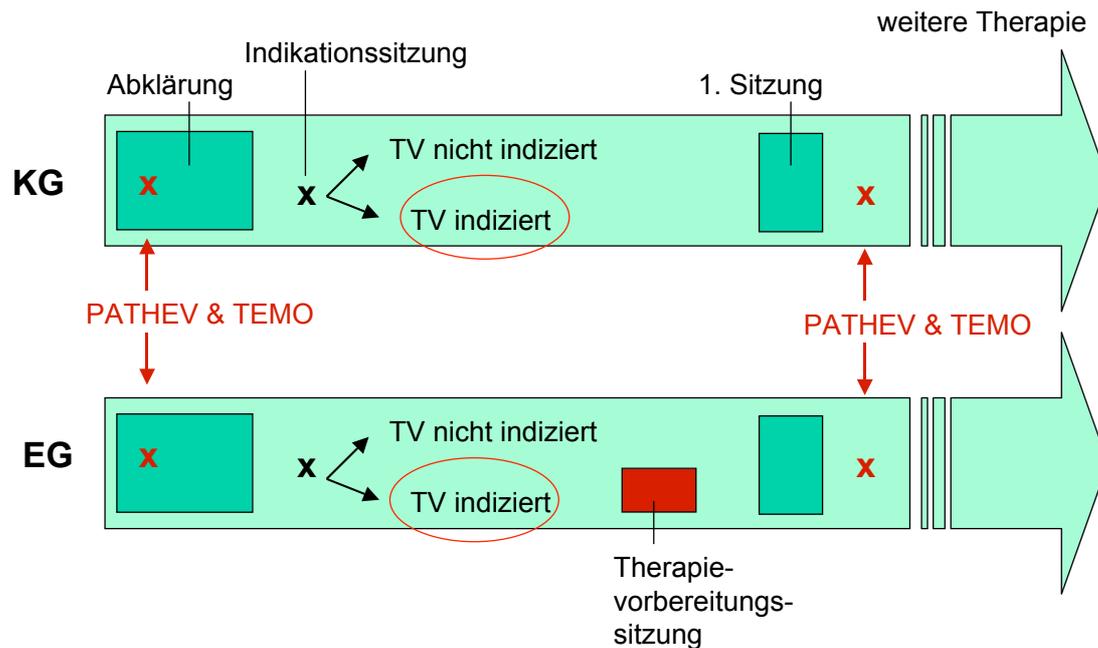


Abb. 3.1: Untersuchungsdesign und Zeitpunkte der Messung von Erwartungen und Motivation der PatientInnen

Die Untersuchung wurde an der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern durchgeführt. Die PatientInnen durchliefen das normale **Abklärungsprozedere** (siehe Grawe, 1998) bestehend aus Erstgespräch, System-Erstgespräch (SEG, mit PartnerIn oder naher bekannten Person), Fragebogensitzung und SKID-Interview. Anschliessend fand eine Indikationssitzung des Klinischen Teams, bestehend aus vier erfahrenen TherapeutInnen, statt, in der entschieden wurde an welchen Therapeuten oder welche Therapeutin die Therapie übergeben werden sollte. Es standen jeweils erfahrene TherapeutInnen und solche in Ausbildung zur Auswahl.

Die **Therapien** richteten sich nach der Psychologischen Therapie von Grawe (1998), ein integrativer Ansatz, der auf dem Hintergrund der Konsistenztheorie die

verschiedenen Therapieschulen miteinander verbindet. Ein besonderes Gewicht erhält dabei die Beziehungsgestaltung und die Aktivierung von Ressourcen der PatientInnen. Ziel ist es, den PatientInnen vermehrt zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen zu verhelfen.

In der **Indikationssitzung** wurde ausserdem entschieden, ob ein **Therapie-vorbereitungsgespräch** bei den PatientInnen **indiziert** wäre oder nicht. Die Indikationskriterien zum Therapie-vorbereitungsgespräch waren ungünstige Erwartungen, ambivalente Motivation und / oder andere Schwierigkeiten (z.B. interaktionelle Schwierigkeiten). Sie sind in Kapitel 3.5.1 detaillierter beschrieben. Der Indikationsentscheid zum Therapie-vorbereitungsgespräch war ein Klinisches Urteil (Konsens) der vier TherapeutInnen des Klinischen Teams. Er basierte auf den Informationen aus dem Erstgespräch, System-Erstgespräch, den Fragebögen (Psychopathologische Symptomatik, Interpersonales Verhalten, Ressourcen, etc.), dem SKID-Interview sowie den beiden Erwartungsfragebögen PATHEV und TEMO (siehe unten).

In der **Kontrollgruppe** wurde noch kein Therapie-vorbereitungsgespräch durchgeführt. Die Kontrollgruppe wurde ein halbes Jahr lang erhoben (von September 2003 bis Februar 2004).

Bei der **Experimentalgruppe** (erhoben von März 2004 bis Oktober 2004) wurde bei den PatientInnen mit ungünstigen Erwartungen, ambivalenter Motivation und / oder anderen Schwierigkeiten (z.B. interaktionellen Schwierigkeiten) zusätzlich ein Therapie-vorbereitungsgespräch nach der Abklärung und vor der ersten Therapiesitzung durchgeführt. Ein solches Gespräch wurde bei ca. der Hälfte der PatientInnen aus der Experimentalgruppe durchgeführt.

Das Untersuchungsdesign beinhaltete demnach vier Untergruppen: Kontroll- und Experimentalgruppe, jeweils unterteilt in Patientengruppen mit Therapie-vorbereitung indiziert und nicht indiziert. Für die Untersuchung der Wirksamkeit der Therapie-vorbereitungen wurden die Untergruppen der Kontroll- und Experimentalgruppe mit Therapie-vorbereitung indiziert verglichen. Auf diese Weise konnte gewährleistet werden, dass PatientInnen mit ähnlich problematischen Erwartungen, ungünstiger Motivation oder anderen Schwierigkeiten miteinander verglichen wurden.

Die **Erwartungen und Motivation der PatientInnen** sollten von zwei Perspektiven aus erhoben werden: einmal aus Patientensicht und einmal aus der Sicht der

AbklärerInnen und der zukünftigen TherapeutInnen. Für die Patientenperspektive wurde der Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV) von Schulte (im Druck) gewählt. Für die Therapeutenperspektive wurde eigens ein Fragebogen entwickelt, der Fragebogen zur Therapieerwartung und –motivation des/r Patienten/in (TEMO). Beide Fragebögen wurden zweimal erhoben: einmal nach dem Erstgespräch und ein zweites Mal nach der ersten Therapiesitzung. Die beiden Fragebögen bieten auf der einen Seite Informationen für die individuelle Anpassung des Therapievorbereitungsgesprächs, je nach Motivationsdefiziten und problematischen Erwartungen des Patienten und auf der anderen Seite dienen sie der Evaluation der Therapievorbereitung. Sie werden in Kapitel 3.3 genauer beschrieben.

In Bezug auf das Untersuchungsdesign ist noch zu sagen, dass **parallel** eine andere **Untersuchung von Wüsten (in Vorbereitung) und Flückiger (in Vorbereitung)** durchgeführt wurde. Sie hatte das Ziel, die Einwirkung vermehrter Ressourcenaktivierung auf die Verbesserung des Therapiebeginns zu analysieren. Dazu wurde bei einigen der TherapeutInnen der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern jeweils kurz vor ihrer Sitzung mit dem Patienten hinsichtlich der Ressourcenaktivierung ein Priming durchgeführt. Den TherapeutInnen wurden die wichtigsten Ressourcen ihres Patienten nochmals vor Augen geführt und sie mussten angeben, wie sie die Ressourcen des Patienten in der Sitzung aktivieren möchten. Dies wurde jeweils für die ersten fünf Sitzungen gemacht. Da sich die Stichprobe der Untersuchung nur zum Teil mit derjenigen der vorliegenden Untersuchung überschneidet, konnte eine Konfundierung der beiden Interventionen verhindert werden. Die Auswertung der Therapievorbereitung (siehe Ergebnisse, Kap. 4.4) erfolgte einmal mit und einmal ohne die Stichprobe mit dem "Ressourcenpriming". Die Anzahl überschneidender Therapien wird im nächsten Kapitel genauer beschrieben. Die Kontrollgruppe der vorliegenden Untersuchung war noch nicht von dieser Überschneidung betroffen, da das Ressourcenpriming erst nach der Erhebung der Kontrollgruppe eingesetzt wurde.

3.2 Beschreibung der Stichproben: Kontrollgruppe und Experimentalgruppe

Die **Stichprobengrösse** der vier Untergruppen: Kontroll- und Experimentalgruppe mit Therapievorbereitung indiziert vs. nicht indiziert ist in Tabelle 3.1 angegeben. In Klammer ist die Anzahl verbleibender Therapien angegeben, wenn die Therapien, welche zusätzlich im Ressourcenprimingsprojekt (Wüsten, in Vorbereitung; Flückiger, in Vorbereitung) waren, abgezählt wurden. Im engeren Vergleich der Therapien aus der Kontroll- und Experimentalgruppe mit Therapievorbereitung indiziert, werden demnach 16 Therapien aus der Kontrollgruppe mit 12 Therapien aus der Experimentalgruppe verglichen. Ohne die Überschneidung mit dem Ressourcenprimingsprojekt sind es 7 Therapien aus der Experimentalgruppe, verglichen mit 16 Therapien aus der Kontrollgruppe. Es handelt sich noch um eine kleine Stichprobe. Dies wird bei der Interpretation der Ergebnisse mitberücksichtigt werden.

Tab. 3.1: Anzahl Therapievorbereitungen indiziert vs. nicht indiziert in der Kontrollgruppe und Experimentalgruppe, n = 62; bei der Experimentalgruppe ist in Klammer die Zahl der Therapien angegeben, welche nach Abzug der, Therapien, bei denen gleichzeitig das Ressourcenpriming durchgeführt wurde, übrig bleibt

| | | KG | EG | Total |
|---------------------------|--------------------|------------------|----------------------|------------|
| Therapie- vorbereitung | indiziert | 16 44% | 12 (7) 46% | 28 45% |
| | nicht indiziert | 20 56% | 14 (4) 54% | 34 55% |
| Total | | 36 100% | 26 100% | 62 100% |

Das Geschlechterverhältnis der PatientInnen aus den vier Untergruppen ist sehr ähnlich, ca. 40% Frauen und 60% Männer (Tab. 3.2). Der Frauenanteil ist im Vergleich zu anderen Untersuchungen geringer.

Tab. 3.2: Geschlecht der PatientInnen von der Kontrollgruppe und Experimentalgruppe, n = 62

| | | KG: TV nicht indiziert | KG: TV indiziert | Total KG | EG: ohne TV | EG: mit TV | Total EG |
|--------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|-------------|----------------|---------------|-------------|
| Geschlecht der Patienten | weiblich | 8 40% | 7 44% | 15 42% | 6 43% | 4 33% | 10 38% |
| | männlich | 12 60% | 9 56% | 21 58% | 8 57% | 8 66% | 16 62% |
| Total | | 20 100% | 16 100% | 36 100% | 14 100% | 12 100% | 26 100% |

Das **Durchschnittsalter** der PatientInnen war bei der Kontrollgruppe (34 Jahre) und Experimentalgruppe (36 Jahre) sehr ähnlich (Tab. 3.3).

Tab. 3.3: Alter der PatientInnen (in Jahren) von der Kontrollgruppe und Experimentalgruppe, n = 62

| | | KG | EG |
|-----------------------------------|------------|----|----|
| Alter der Patienten (Jahre) | Min. | 20 | 20 |
| | Max. | 65 | 59 |
| | Mittelwert | 34 | 36 |

Die Zusammensetzung der Stichproben hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik der PatientInnen nach DSM-IV (1994) ist in Tabelle 3.4 dargestellt. Die Verteilung auf die einzelnen Diagnosegruppen ist in den verschiedenen Unterstichproben sehr ähnlich. Auffallend ist einzig, dass es in der Experimentalgruppe mehr PatientInnen ohne Achse-I Diagnose hat, aber dafür verhältnismässig mehr PatientInnen mit Persönlichkeitsstörung z. B. bei der Experimentalgruppe mit Therapievorbereitung indiziert, 3 von 12 PatientInnen.

Tab. 3.4: Psychopathologische Symptomatik der PatientInnen aus der Kontrollgruppe und Experimentalgruppe, n = 62

| | KG: TV nicht indiziert | KG: TV indiziert | Total KG | EG: ohne TV | EG: mit TV | Total EG |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|
| Affektive Störungen | 10 | 5 | 15 (44%) | 3 | 4 | 7 (28%) |
| Angststörungen | 4 | 5 | 9 (26%) | 5 | 3 | 8 (32%) |
| Sonstiges | 3 | 5 | 8 (24%) | 3 | 2 | 5 (20%) |
| Keine Achse-I Diagnose | 2 | 0 | 2 (6%) | 2 | 3 | 5 (20%) |
| Total | 19 | 15 | 34 (100%) | 13 | 12 | 25 (100%) |
| Komorbidität | 9 | 7 | 16 | 4 | 4 | 8 |
| Diagnose fehlt | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| Persönlichkeits- störung (Achse-II) | 1 | 1 | 2 | 0 | 3 | 3 |
| Persönlichkeits- störung, Diagnose zurückgestellt | 2 | 4 | 6 | 1 | 1 | 2 |
| Keine Achse-II Diagnose | 16 | 9 | 25 | 11 | 8 | 19 |
| Diagnose fehlt | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 |

3.3 Messung der Erwartungen und Motivation der PatientInnen

3.3.1 Patientenversion: PATHEV von Schulte (im Druck)

Nach einer Durchsicht bestehender Fragebögen zur Erfassung von Therapieerwartungen und -motivation des Patienten (siehe Tab. 3.5) wurde gemeinsam mit dem Forschungs- und dem Klinischen Team entschieden den **Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)** von Schulte (im Druck) einzusetzen (siehe Anhang B-1), weil er sehr kurz und reliabel ist. Er besteht aus 11 Items mit den drei Skalen „**Hoffnung auf Besserung**“, „**Furcht vor Veränderung**“ und „**Passung**“.

Tabelle 3.5: Überblick über bestehende Fragebögen zur Erfassung von Therapieerwartungen und -motivation

| Autoren Fragebogen, Anzahl Items | Verwendete Skalen und Konstrukte |
|---|--|
| Scheer et al. (1976) Krankheitskonzeptbogen (KKB) , zwei Teile: 26 + 18 Items | - 1. Teil: Ursachenbogen: persönliche Ursachenattribution in Bezug auf die Probleme - 2. Teil: Erwartungsbogen: Erwartungen an die Behandlung |
| Schneider, Basler & Beisenherz (1989) Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP) , 47 Items | - Krankheitserleben - Laienaetiologie - Allgemeine Behandlungserwartungen - Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie |
| Lohaus & Schmitt (1989) Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) | - Internalität - soziale Externalität - fatalistische Externalität |
| Finke & Teusch (1991) Therapieerwartungsfragebogen (TEB) , 19 Items | - Behandlungsziele: Erwartung an die Haltung / Behandlungstechnik des Therapeuten - Bevorzugung von Einzel- oder Gruppentherapie bezogen auf inhaltliche Schwerpunkte |
| Schulz, Nuebling & Rueddel (1995) FPTM-40 Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation , 39 Items | - Psychischer Leidensdruck - Hoffnung - Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit - Wissen - Symptombezogene Zuwendung durch andere - Initiative |

| | |
|--|--|
| <p>Zenz, Bischoff & Hrabal (1996) Patiententheoriefragebogen (PATEF), 46 Items</p> | <p>Ursachenzuschreibung des Patienten für die Krankheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychosozial aussen: psychosoziale äussere Einwirkung - psychosozial innen: eigene innere Persönlichkeitsdisposition - Gesundheitsverhalten des Patienten - naturalistisch aussen: physische äussere Einwirkung - naturalistisch innen: eigene körperliche Verfassung |
| <p>Bleyen, Vertommen & Van Audenhove (1998)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Krankheitstheorie des Patienten: Probleme und deren Attribution - Heilungstheorie: Ideen und Erwartungen zum Heilungsprozess, 2 Skalen: <ul style="list-style-type: none"> Positive Erwartungen Erwartungen bezgl. Veränderungsprozess - Gesundheitstheorie: Therapieziele und -werte |
| <p>Joyce & Piper (1998) 2 Items</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Erwartete Nützlichkeit der Therapie - Erwartetes Wohlbefinden in der Therapie |
| <p>Faller (1998) Ursachenvorstellungen, 16 Items Behandlungserwartungen, 17 Items Kontrollüberzeugungen (KKG, siehe oben)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ursachenvorstellungen: intrapsychische, interpersonelle, externale (Beruf, Stress), somatische - Behandlungserwartungen: einsichtsorientierte, interpersonelle, passive (z.B. Hypnose, Kur), somatische - Kontrollüberzeugungen: internale, sozial-externale, fatalistisch-externale |
| <p>Höger (1999) Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE), 32 Items</p> | <p>Erwartungen an die Beziehung zum Therapeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanzprobleme (z.B. Befürchtung, vom Therapeuten nicht akzeptiert zu werden) - Öffnungsbereitschaft des Patienten - Zuwendungsbedürfnis des Patienten |
| <p>Elkin, Yamaguchi, Arnkoff, Glass, Sotsky & Krupnick (1999) 28 Items</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 17 verschiedene Krankheitsursachen - 11 verschiedene Behandlungsweisen |
| <p>Bleyen, Vertommen, Vander Steene & Van Audenhove (2001) Psychotherapy Expectancy Inventory-R (PEI-R), 24 Items</p> | <p>Rolle des Therapeuten laut Klienten (erste drei Skalen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zustimmung - Rat - Zuhören - Offenheit des Patienten |
| <p>Connolly Gibbons, Crits-Christoph, de la Cruz, Barber, Siqueland & Gladis (2003) 1 Item</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Veränderungserwartung |
| <p>Schulte (im Druck) Fragebogen zur Patientenerwartung (PATERWA 96), 20 Items</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Hoffnung auf Besserung (Zuversicht) - Furcht vor Veränderung - Hoffnung auf soziale Verbesserung (sozialer Druck) - Furcht vor sozialer Diskriminierung |

| | |
|---|---|
| Schulte (im Druck) Motivationsfragebogen (MOFRA 96) , 18 Items | - Leidensdruck - Abnormalität - Hilflosigkeit |
| Schulte (im Druck) Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV) , 11 Items | - Hoffnung auf Besserung - Furcht vor Veränderung - Passung |

Der PATHEV ist eine verkürzte und verbesserte Neuversion basierend auf den beiden Fragebögen „Fragebogen zu Patientenerwartungen (PATERWA 96)“ von Schulte (in Vorbereitung) und dem „Fragebogen zur Therapiebewertung (THEBEWE 96)“ von Schulte (in Vorbereitung). Die Skalen der beiden Fragebögen sind in Tabelle 3.6 aufgezeigt.

Tabelle 3.6: Skalen des PATERWA 96 und des THEBEWE 96 von Schulte (in Vorbereitung)

| | |
|--------------------|--|
| PATERWA 96: | Hoffnung auf Besserung (Zuversicht) Furcht vor Veränderung Hoffnung auf soziale Verbesserung (sozialer Druck) Furcht vor sozialer Diskriminierung |
| THEBEWE 96: | Passivität / Rollenerwartung Wichtigkeit der Therapie Glaube an Therapie → Passung Zweifel an Therapie → Passung |

Für den PATHEV hat Schulte (im Druck) die beiden Skalen zu sozialen Bewertungen aus dem PATERWA 96 weggelassen, da sich empirisch fast keine Zusammenhänge dieser Skalen zum Basisverhalten und zum Therapieerfolg fanden. Aus dem THEBEWE 96 hat er die ersten beiden Skalen weggelassen. Mit den verbliebenen Items aus beiden Fragebögen hat er eine Faktorenanalyse gerechnet, aus der die oben beschriebenen drei Faktoren des PATHEV resultierten.

Bezüglich der Reihenfolge der Items des Fragebogens wurde eine kleine Änderung vorgenommen: die ersten beiden Items wurden vertauscht (siehe Anhang B-1), damit an erster Stelle nicht ein negativ formuliertes Item steht (*„Ich befürchte, dass mir auch durch Psychotherapie nicht geholfen werden kann.“*). In den ersten paar Erhebungswochen (dies betrifft acht PatientInnen) war ausserdem noch ein Item weggelassen worden (Item 5: *„Auch durch eine Therapie wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel ändern.“*), welches danach wieder hineingenommen wurde. Ein Item war positiv umformuliert worden (Item 2: *„Ich befürchte, dass mir auch durch Psychotherapie nicht geholfen werden kann.“*, Originalfragebogen: Item 1), welches danach wieder wie im Originalfragebogen verwendet wurde, so dass der Fragebogen

identisch ist mit dem Original bis auf die Reihenfolge der ersten beiden Items. Die acht Fragebögen aus den ersten Erhebungswochen wurden entsprechend umkodiert und ebenfalls in die Untersuchung einbezogen.

3.3.2 Abklärer- und Therapeutenversion: TEMO

Für die Abklärer- und Therapeutenversion der Erfassung der Therapieerwartungen und –motivation der PatientInnen konnte kein bestehender Fragebogen gefunden werden. Ausserdem sollten noch weitere Konstrukte erhoben werden, die für die Untersuchung als wichtig erachtet wurden und beim PATHEV nicht enthalten sind. Deshalb wurde ein Fragebogen entworfen, der die wichtigsten, bereits im Einführungsteil (Kap. 2.1) beschriebenen Konstrukte zu Therapieerwartungen und –motivation erfasst. Die erste Version des Fragebogens wurde 13 Experten (Mitglieder des Mitarbeiterteams) zur kritischen Durchsicht vorgelegt. Nach mehreren Veränderungen aufgrund der Rückmeldungen ist der **Abklärerfragebogen (resp. Therapeutenfragebogen) zur Therapieerwartung und –motivation des/r Patienten/in (TEMO)** entstanden (siehe Anhang B-2). Er besteht aus 18 Items, die erfassten Konstrukte und die dazugehörenden Items sind in Tabelle 3.7 dargestellt.

Tabelle 3.7: Erfasste Konstrukte im TEMO, Itemnummer und Quelle der übernommenen Items

| Konstrukt | Item | Quelle |
|--|-------|-------------|
| Leidensdruck des Patienten | 1 | |
| Hilflosigkeit des Patienten | 2 | |
| Veränderungsmotivation des Patienten | 3 | |
| Kosten / Aufwand der Therapie | 4 | Lutz (2003) |
| Ausmass an Erwartungen zur Therapie | 5 | |
| Veränderungserwartung | 6 | |
| Selbstwirksamkeitserwartung | 7 | |
| Ursachenvorstellungen / Laienätiologie | 8-11 | |
| Wichtigkeit der Therapie für den Patienten | 12 | Lutz (2003) |
| Rollenerwartung des Patienten: aktive Mitarbeit | 13 | |
| Erwartungen zum Behandlungsvorgehen: Klärung vs. Bewältigung | 14-15 | |
| Frühere Therapieerfahrung des Patienten | 16 | Lutz (2003) |
| Chronizität der Probleme | 17 | Lutz (2003) |

| | | |
|---|----|---|
| Interaktionelle Schwierigkeit des Patienten (aus dem Therapeutenstundenbogen, Version 2000) | 18 | Regli & Grawe (in Vor- bereitung) |
|---|----|---|

Einzelne Items wurden in abgeänderter Form von Lutz (2003) übernommen, da diese in seinen Untersuchungen eine hohe Relevanz für die Vorhersage des Therapieverlaufs gezeigt haben: Kosten / Aufwand der Therapie, Wichtigkeit der Therapie für den Patienten, frühere Therapieerfahrung des Patienten und Chronizität der Probleme. Ein anderes Item, das eine hohe Relevanz für den Therapieverlauf hat und im Therapeutenstundenbogen (Version 2000, Regli & Grawe, in Vorbereitung) enthalten ist, die interaktionelle Schwierigkeit des Patienten, wurde ebenfalls übernommen.

3.3.3 Reliabilität des TEMO

Zur Berechnung der Reliabilität anhand des Cronbach Alpha wurde der TEMO zusätzlich bei einer externen Validierungsstichprobe von 41 PatientInnen einer ambulanten psychotherapeutischen Gruppenpraxis von Dr. Veith und Mitarbeitern in Dortmund eingesetzt.

Zur Reduktion der Items auf Skalen wurden zunächst mit der Validierungsstichprobe und danach mit der Stichprobe aus der vorliegenden Untersuchung Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation) berechnet. Aus den Berechnungen bei beiden Stichproben erfolgte jeweils eine Lösung mit einer 2-Faktor-Struktur. Der erste Faktor umfasste positive Erwartungen und die Motivation aktiv an der Therapie teilzunehmen, der zweite Faktor umfasste Leidensdruck, Hilflosigkeit und externale Ursachenvorstellungen. Die zwei Skalen aus den Berechnungen bei beiden Stichproben wiesen mittlere bis gute Cronbach Alpha-Werte auf ($\alpha = 0.59 - 0.79$), es ergab sich jedoch keine stabile Faktorenstruktur, d. h. bei den beiden Stichproben resultierten jeweils leicht unterschiedliche Itemzuordnungen zu den beiden Skalen. Deshalb werden in der vorliegenden Untersuchung die Daten aus dem TEMO auf Itemebene ausgewertet.

3.4 Messung weiterer Ausgangsmerkmale der PatientInnen

Die in dieser Untersuchung verwendeten Messmittel zur Erfassung weiterer Ausgangsmerkmale der PatientInnen vor Therapiebeginn sind in Tabelle 3.8 beschrieben. Eine ausführliche Darstellung der an der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern verwendeten Messmittel findet sich bei Grawe & Braun (1994).

Tabelle 3.8: Auswahl von Messmitteln zur Erfassung verschiedener Ausgangsmerkmale der PatientInnen vor Therapiebeginn

| | |
|--|--|
| Psychopathologische Belastung: | - BSI: Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version (Franke, 2000) |
| Interpersonale Probleme: | - IIP-D: Inventar interpersonaler Probleme – Deutsche Version (Horowitz, Strauss & Kordy, 1994) |
| Bewältigung / Coping: | - CTI-K: Constructive Thinking Inventory (Epstein, S., Lamertz, C. & Hoyer, J., 1997) - GK: Generalisierte Kompetenzerwartung (Schwarzer, 1993) |
| Motivationale Schemata: | - FAMOS: Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) |
| Inkongruenz, Befriedigung der Grundbedürfnisse: | - INK: Inkongruenzfragebogen - ein konsistenztheoretisch konzipiertes Instrument zur Messung der Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse (Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, 2004) |

Der Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth & Grawe, 2002) erfasst 23 motivationale Schemata der PatientInnen, aufgeteilt in 14 Annäherungsziele und 9 Vermeidungsziele. Die 23 Ursprungsskalen wurden zusammengefasst zu 9 Sekundärskalen. Die ersten drei, dieser Sekundärskalen erfassen den Mittelwert der Annäherungsziele, den Mittelwert der Vermeidungsziele und die Vermeidungsdominanz (Quotient Vermeidungsziele / Annäherungsziele). In den weiteren 6 Sekundärskalen wurden die 23 motivationalen Schemata den drei Grundbedürfnissen Bindung, Selbstwerterhöhung sowie Orientierung / Kontrolle zugeordnet und zwar jeweils getrennt für Annäherung- und Vermeidungsziele.

Der Inkongruenzfragebogen (INK, Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, 2004) erfasst dieselben 23 motivationalen Schemata, jedoch wird beim INK nicht die Wichtigkeit der Schemata befragt, sondern inwieweit sie im Leben der PatientInnen umgesetzt werden können, respektive wie hoch die Inkongruenz (Nichtbefriedigung der Schemata) ist. Die Sekundärskalen sind dieselben wie beim FAMOS, bis auf die Skala, welche die Gesamtingkongruenz misst (anstatt die Vermeidungsdominanz).

3.5 Intervention in der Experimentalgruppe: Therapievor- bereitungsgespräch

Im Folgenden werden zuerst die Ziele des Therapievorbereitungsgesprächs und die damit verbundenen Indikationskriterien für ein solches Gespräch beschrieben, dann folgt die Darstellung der genauen Durchführung der Therapievorbereitungsgespräche.

3.5.1 Ziele der Therapievorbereitungsgespräche und deren Indikations- kriterien

Die Ziele des Therapievorbereitungsgesprächs sind in der Tabelle 3.9 beschrieben.

Tabelle 3.9: Ziele des Therapievorbereitungsgesprächs

- **Erhöhung der Veränderungserwartung / Hoffnung des Patienten und Verbesserung der Therapiemotivation**
- **Veränderung problematischer Erwartungen des Patienten**
 - Verändern inadäquater Ursachenvorstellungen / eines inadäquaten subjektiven Problemverständnisses (TEMO 8-11)
 - Verändern inadäquater Rollenerwartungen (TEMO 13)
- **Ansprechen möglicher zukünftiger Schwierigkeiten oder von Befürchtungen des Patienten**
 - Ansprechen möglicher zukünftiger interaktioneller Probleme in der Therapie bei interaktionell schwierigen PatientInnen (TEMO 18)
 - Ansprechen von Befürchtungen / Kritik des Patienten
 - Erleichterung eines späteren Wiederaufgreifens dieses Themas in der Therapie
- **Bessere Vorbereitung des Therapeuten (auf die Therapeutenrolle)**
- **Besserer Informationstransfer zwischen Abklärung und Therapiebeginn**

Dementsprechend sind die **Indikationskriterien** für ein Therapievorbereitungsgespräch: geringe Veränderungserwartung / Hoffnung des Patienten, geringe oder ambivalente Therapiemotivation, problematische Erwartungen, von den TherapeutInnen antizipierte Schwierigkeiten des Patienten und Befürchtungen / Kritik des Patienten bezüglich der Therapie.

Mit Hilfe der Angaben des Abklärers aus dem Erstgespräch, dem System-Erstgespräch, den Fragebögen sowie dem SKID-Interview und den Informationen aus

den beiden Erwartungsfragebögen PATHEV und TEMO, entscheidet das Klinische Team in der Indikationssitzung, ob ein Therapie-vorbereitungsgespräch indiziert ist oder nicht. Der Indikationsentscheid ist somit ein Klinisches Urteil. Das Klinische Team besteht aus vier erfahrenen TherapeutInnen.

Um aufzuzeigen wie dieses Klinische Urteil mit den Erwartungen respektive mit den interaktionellen Schwierigkeiten der PatientInnen übereinstimmt, sind in den Tabellen 3.10 bis 3.12 die Häufigkeitsverteilungen der Patientengruppen mit Therapie-vorbereitung indiziert vs. nicht indiziert und mit geringen vs. hohen Werten (Mediansplit) in den drei Skalen des PATHEV (Veränderungserwartung / Hoffnung, Veränderungsangst und Glaubwürdigkeit / Passung) sowie mit geringen vs. hohen Werten im Item 18 des TEMO „Dies ist ein interaktionell schwieriger Patient.“ (Tab. 3.13) dargestellt.

Die Übereinstimmung zwischen dem Klinischen Urteil und den Erwartungen der PatientInnen liegt bei 52 bis 63%. Die Unterschiede waren im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant. Dies bedeutet, dass in etwas mehr als der Hälfte der Fälle der Indikationsentscheid zum Therapie-vorbereitungsgespräch wegen ungünstigen Erwartungen der PatientInnen getroffen wurde.

Tab. 3.10: Häufigkeitsverteilung der PatientInnen auf den beiden Dimensionen „Therapie-vorbereitung indiziert vs. nicht indiziert“ (Klinisches Urteil) und „geringe vs. hohe Veränderungserwartung“ (Mediansplit bei Skala 1 aus dem PATHEV), n = 53, Chi-Quadrat-Test nicht signifikant (p=.28)

| | | Geringe Veränderungserwartung | Hohe Veränderungserwartung | Total |
|-----------------------|-----------------|-------------------------------|----------------------------|------------|
| Therapie-vorbereitung | indiziert | 17 53% | 8 38% | 25 47% |
| | nicht indiziert | 15 47% | 13 62% | 28 53% |
| Total | | 32 100% | 21 100% | 53 100% |

Tab. 3.11: Häufigkeitsverteilung der PatientInnen auf den beiden Dimensionen „Therapievorbereitung indiziert vs. nicht indiziert“ (Klinisches Urteil) und „hohe vs. geringe Veränderungsangst“ (Mediansplit bei Skala 2 aus dem PATHEV), n = 53, Chiquadrattest nicht signifikant (p=.13)

| | | Hohe Veränderungsangst | Geringe Veränderungsangst | Total |
|----------------------|-----------------|------------------------|---------------------------|------------|
| Therapievorbereitung | indiziert | 15 58% | 10 37% | 25 47% |
| | nicht indiziert | 11 42% | 17 63% | 28 53% |
| Total | | 26 100% | 27 100% | 53 100% |

Tab. 3.12: Häufigkeitsverteilung der PatientInnen auf den beiden Dimensionen „Therapievorbereitung indiziert vs. nicht indiziert“ (Klinisches Urteil) und „geringe vs. hohe Glaubwürdigkeit / Passung“ (Mediansplit bei Skala 3 aus dem PATHEV), n = 53, Chiquadrattest nicht signifikant (p=.44)

| | | Geringe Glaubwürdigkeit / Passung | Hohe Glaubwürdigkeit /Passung | Total |
|----------------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| Therapievorbereitung | indiziert | 16 52% | 9 41% | 25 47% |
| | nicht indiziert | 15 48% | 13 59% | 28 53% |
| Total | | 31 100% | 22 100% | 53 100% |

Bei interaktionell schwierigen und einfachen PatientInnen (nach Einschätzung der TherapeutInnen) wurde ca. gleich häufig (in 43 bis 44% der Fälle) ein Indikationsentscheid zur Therapievorbereitung getroffen (Tab. 3.13). Dies heisst, dass die interaktionelle Schwierigkeit der PatientInnen beim Indikationsentscheid nicht im Vordergrund lag. Dies ist damit zu erklären, dass interaktionelle Schwierigkeiten der PatientInnen in der vorliegenden Stichprobe nicht sehr häufig vorkamen (siehe Ergebnisse, Kap. 4.5.2) und die anderen Gründe für eine Therapievorbereitung, problematische Erwartungen oder eine ambivalente Motivation, häufiger waren.

Tab. 3.13: Häufigkeitsverteilung der PatientInnen auf den beiden Dimensionen „Therapievorbereitung indiziert vs. nicht indiziert“ (Klinisches Urteil) und „Interaktionell schwierig vs. einfach“ (Mediansplit bei Item 18 aus dem TEMO), n = 53, Chiquadratstest nicht signifikant (p=.95)

| | | Interaktionell schwierig | Interaktionell einfach | Total |
|---------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|------------|
| Therapie- vorbereitung | indiziert | 14 44% | 9 43% | 23 43% |
| | nicht indiziert | 18 56% | 12 57% | 30 57% |
| Total | | 32 100% | 21 100% | 53 100% |

3.5.2 Durchführung des Therapievorbereitungsgesprächs

Ablauf und Inhalt des Therapievorbereitungsgesprächs

Der Abklärer/ die Abklärerin und der zukünftige Therapeut / die zukünftige Therapeutin bereiten das Therapievorbereitungsgespräch gemeinsam vor. Dem Therapeuten / der Therapeutin dienen folgende Informationen als Grundlage: die Videoaufnahme des Erstgesprächs und des System-Erstgesprächs, PATHEV und TEMO (Abklärer) sowie Informationen des Abklärers. Das Therapievorbereitungsgespräch wird zu dritt durchgeführt (AbklärerIn, PatientIn und zukünftiger Therapeut / zukünftige Therapeutin).

Der Ablauf des Therapievorbereitungsgesprächs wurde von Bents (2003, siehe Einführung Kap. 2.3.2) aus seinen motivationsfördernden Therapievorbereitungen übernommen und an die spezifischen Anforderungen der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern angepasst. Er ist in Tabelle 3.14 dargestellt. Das Vorgehen von Bents (2003) wurde weiterentwickelt und ergänzt durch individuelle Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs bei spezifischen Schwierigkeiten von PatientInnen und durch die Motivierende Gesprächsführung von Miller et al. (1999). Beide werden weiter unten näher beschrieben. Das Therapievorbereitungsgespräch beinhaltet ausserdem einige der motivationsförderlichen Grundbedingungen des Selbstmanagementansatzes von Kanfer et al. (2000) wie maximale Mitsprache und persönliche Kontrolle seitens des Patienten, Selbstmotivation, maximale Transparenz und das Prinzip der Freiwilligkeit.

Tabelle 3.14: Ablauf des Therapievereinbarungsgesprächs, in Anlehnung an Bents (2003)

1. **Diagnose mitteilen**
2. **Problemverständnis:** stark vereinfachtes auf das Verständnis und die Bedürfnisse des Patienten zugeschnittenes Inkongruenzquellen-Modell (Grawe 2002, siehe Anhang A) und eventuell zusätzlich ein störungsspezifisches Modell
3. **Behandlungsrationale:** individuelle Ansatzpunkte der Therapie aufgrund des Inkongruenzquellenmodells, erklärt vom zukünftigen Therapeuten, = differentielles Therapieangebot
4. **Motivation: 4-Felder-Schema:** Ambivalenzkonflikte: Besprechen der Vor- und Nachteile der Therapie mit dem Patienten anhand eines 4-Felder-Schemas und gemeinsames Eintragen der Argumente und Bedenken des Patienten in die leeren Felder (siehe Einführung, Kap. 2.3.2), Entscheidungsautonomie des Patienten für oder gegen die Therapie

Die ersten beiden Schritte führt der Abklärer mit dem Patienten durch und Schritt drei und vier übernimmt der zukünftige Therapeut.

Bei der Vermittlung des Problemverständnisses erklärt der Abklärer dem Patienten seine Inkongruenzquellen aufgrund verschiedener Prämessungen wie Inkongruenzfragebogen (INK, Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, 2004), Inventar für Interpersonale Probleme (IIP, Horowitz et al., 1994) und Störungsmasse (siehe Kap. 3.4) sowie aufgrund von Angaben des Patienten, etc. anhand einer Vorlage mit den verschiedenen Inkongruenzquellen (siehe Anhang A). Auf dieser Vorlage werden gemeinsam mit dem Patienten seine individuellen Probleme und Inhalte eingetragen. Das differentielle Therapieangebot des Therapeuten knüpft an diese Inkongruenzquellen des Patienten an. Beim 4-Felder-Schema der Motivation ist es wichtig, dass sich der Patient nach der Auflistung frei für oder gegen eine Therapie entscheiden kann. Der Patient kann sich dies in Ruhe zu Hause überlegen und entscheiden, ob er mit der Therapie beginnen möchte. Es wird eine Zeitspanne vereinbart, in welcher sich der Patient entschieden haben sollte.

Das Therapievereinbarungsgespräch dauert ein bis zwei Stunden. Die zweite Hälfte der Zeit sollte für das 4-Felder-Schema reserviert werden, da es ziemlich zeitaufwendig ist. D.h. die ersten drei der in Tabelle 3.14 aufgeführten Schritte sollten insgesamt nicht länger als eine Stunde Zeit einnehmen.

Bei den Schritten eins bis drei geht es vor allem darum, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass er in kompetenten Händen ist (durch das differentielle Problemverständnis und Therapieangebot) und dass transparent gearbeitet wird. Beim letzten Punkt geht es darum, dass Bedenken und Befürchtungen offengelegt werden und der Patient sich aufgrund aller vorangegangenen Informationen frei für oder gegen eine Therapie entscheiden kann.

Individuelle Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs bei spezifischen Schwierigkeiten der PatientInnen

Als Grundlage für die Entscheidung, welche individuellen Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs beim Patienten notwendig sind, dienen der TEMO (Abklärer) und die Informationen des Abklärers. Eine Auflistung möglicher zu berücksichtigender Bereiche für individuelle Anpassungen findet sich in Tabelle 3.15.

Problematische Erwartungen des Patienten können während der Besprechung des Problemverständnisses und des Behandlungsrationalen angesprochen werden. Befürchtungen des Patienten und von den TherapeutInnen antizipierte Schwierigkeiten (z. B. interaktionelle Schwierigkeiten) können während der Besprechung des 4-Felder-Schemas unter „Nachteile der Therapie“ angesprochen werden.

Tabelle 3.15: Checkliste für individuelle Anpassungen des Therapie-vorbereitungsgesprächs

1. Ansprechen problematischer Erwartungen des Patienten

- Ansprechen inadäquater Ursachenvorstellungen / eines inadäquaten subjektiven Problemverständnisses (TEMO 8-11)
bei PatientInnen die überwiegend andere Personen, externe Faktoren und körperliche Faktoren als Ursachen ihrer Probleme angeben
- Ansprechen inadäquater Rollenerwartungen (TEMO 13):
bei PatientInnen, die eher eine passive, reaktive Vorstellung ihrer eigenen Rolle haben („KurpatientInnen“) und wenig motiviert sind, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen
- Ansprechen weiterer problematischer Erwartungen des Patienten
 - Viele Erwartungen an die Therapie (TEMO 5) → Welche? Problematische?
 - Mangelnde Veränderungserwartung (TEMO 6)
 - Mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung (TEMO 7)

2. Ansprechen problematischer Erwartungen des Patienten

- Ansprechen inadäquater Ursachenvorstellungen / eines inadäquaten subjektiven Problemverständnisses (TEMO 8-11)
 bei PatientInnen die überwiegend andere Personen, externe Faktoren und körperliche Faktoren als Ursachen ihrer Probleme angeben
- Ansprechen inadäquater Rollenerwartungen (TEMO 13):
 bei PatientInnen, die eher eine passive, reaktive Vorstellung ihrer eigenen Rolle haben („KurpatientInnen“) und wenig motiviert sind, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen
- Ansprechen weiterer problematischer Erwartungen des Patienten
 - Viele Erwartungen an die Therapie (TEMO 5) → Welche? Problematische?
 - Mangelnde Veränderungserwartung (TEMO 6)
 - Mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung (TEMO 7)

In Bezug auf inadäquate Rollenerwartungen der PatientInnen ist das Modell von Richert (1983) hilfreich. Er teilt PatientInnen aufgrund ihrer Erwartungen bezüglich der Therapie in vier Typen ein, auf den beiden Dimensionen: Bewältigungs- vs. Klärungserwartungen und Therapeut als Experte vs. Therapeut als Begleiter (siehe Tab. 3.16).

Tab. 3.16: Patiententypologie von Richert (1983)

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------|---------|
| Therapeut als Experte | | | |
| Bewältigung | medical modelers | revelationists | Klärung |
| | problem solvers | explorers | |
| Therapeut als Begleiter | | | |

Medical modelers sind PatientInnen, die eine Arzt-Patient-Beziehung wie in der Medizin erwarten, d.h. sie erwarten, dass der Therapeut ihnen die Probleme löst. *Problem solvers* sind PatientInnen, die sich aktiv an der Problembewältigung beteiligen wollen. *Revelationists* sind PatientInnen, die unter Anleitung des Therapeuten Klärung bezüglich ihrer Probleme erfahren möchten. *Explorers* sind PatientInnen, die zusammen mit dem Therapeuten ihr Leben „erkunden“ möchten. Vor allem die beiden oberen Patiententypen, die *medical modelers* und *revelationists* könnten zu passive Erwartungen bezüglich der Therapie haben.

Motivierende Gesprächsführung von Miller et al. (1999) als Grundhaltung beim Therapievorbereitungsgespräch

Der Patient soll im Therapievorbereitungsgespräch nicht vom Therapeuten und Abklärer dazu überredet werden eine Therapie zu machen, sondern er sollte sich aus eigener Motivation dazu entscheiden. Grundlage hierfür ist die im Einführungsteil (Kap. 2.3.3) beschriebene Motivierende Gesprächsführung von Miller et al. (1999).

3.6 Outcomedaten

An der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern werden verschiedene direkte und indirekte Veränderungsmessmittel alle 10 Sitzungen, bei Therapieende und ein halbes Jahr sowie ein Jahr nach Therapieende eingesetzt. Zusätzlich werden nach jeder Therapiesitzung jeweils von den PatientInnen und von den TherapeutInnen Stundenbögen ausgefüllt. Für eine ausführliche Beschreibung der an der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern verwendeten Messmittel siehe Grawe & Braun (1994). Für die vorliegende Pilotstudie konnte erst der kurzfristige Outcome, d.h. die Ergebnisse aus den Patienten- und Therapeutenstundenbögen (Version 2000, Regli & Grawe, in Vorbereitung; siehe Anhang C) berücksichtigt werden.

Der **Patientenstundenbogen** (Version 2000) umfasst 22 Items, die anhand einer siebenstufigen Ratingskala, die von -3 (überhaupt nicht) bis +3 (ja, ganz genau) verläuft, beantwortet werden. Der Patient kann darin angeben, wie er das Therapiegeschehen in der Sitzung subjektiv erlebt hat. Der **Therapeutenstundenbogen** (Version 2000) umfasst 27 Items. Die Ratingskala ist z.T. ebenfalls siebenstufig und z.T. fünfstufig (0 = überhaupt nicht bis 4 = stimmt vollkommen). Die verwendeten Skalen zum Patienten- und Therapeutenstundenbogen, sind in Tabelle 3.17 dargestellt. Die Skalen bestehen aus den Mittelwerten der dazugehörigen Items. In Klammer sind die Items angegeben und die Ratingskala.

Die Skalen erheben jeweils die vier von Grawe (1998) postulierten zentralen Wirkfaktoren in der Psychotherapie: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung (gefühlsmässige Beteiligung), Problembewältigung und motivationale Klärung. Hinzu kommt noch die Erfassung der Therapiebeziehung (eine Form der Ressourcenaktivierung) und der Therapiefortschritte. Beim Therapeutenstundenbogen werden ausserdem das Basisverhalten des Patienten erhoben, die interaktionelle Perspektive (ob zwischenmenschliche Probleme bearbeitet wurden), die interaktionelle Schwierigkeit des Patienten sowie der Bezug zur realen Lebenssituation des Patienten.

Tabelle 3.17: Skalen des Patienten- und Therapeutenstundenbogens (Version 2000, Regli & Grawe, in Vorbereitung)

| Skalen des Patientenstundenbogens 2000 | Skalen des Therapeutenstundenbogens 2000 |
|--|--|
| 1. Ressourcenaktivierung I: Positive Kontroll- erfahrungen (Item-Nr. 20, 21, 22; siebenstufig: -3 bis 3) | 1. Ressourcenaktivierung (Item-Nr. 14, 20, 22; fünfstufig: 0 - 4) |
| 2. Ressourcenaktivierung II: Positive Selbstwert- erfahrungen (Item-Nr. 5, 10, 16; siebenstufig: -3 bis 3) | 2. Therapiebeziehung (Item-Nr. 1, 2, 3; siebenstufig: -3 bis 3) |
| 3. Positive Bindungserfahrungen: Aufgehobensein in der Therapie (Item-Nr. 8, 12, 14, 19; siebenstufig: -3 bis 3) | 3. Basisverhalten I: Offenheit und sich einlassen (Item-Nr. 5, 9, 10, 11; siebenstufig: -3 bis 3) |
| 4. Positive Therapiebeziehung (Item-Nr. 1, 7, 9; siebenstufig: -3 bis 3) | 4. Basisverhalten II: Anstrengungsbereitschaft (Item-Nr. 4, 12; siebenstufig: -3 bis 3) |
| 5. Problemaktualisierung (Item-Nr. 15, 17; siebenstufig: -3 bis 3) | 5. Problemaktualisierung (Item-Nr. 16, 19, 23; fünfstufig: 0 - 4) |
| 6. Positive Bewältigungserfahrungen (Item-Nr. 11, 13, 1; siebenstufig: -3 bis 3) | 6. Problembewältigung (Item-Nr. 15, 17, 21; fünfstufig: 0 - 4) |
| 7. Positive Klärungserfahrungen (Item-Nr. 2, 3, 6; siebenstufig: -3 bis 3) | 7. Motivationale Klärung (Item-Nr. 13, 24, 25; fünfstufig: 0 - 4) |
| 8. Therapiefortschritte (Item-Nr. 4; siebenstufig: -3 bis 3) | 8. Therapiefortschritte (Item-Nr. 6, 8; siebenstufig: -3 bis 3) |
| | 9. Interaktionelle Perspektive (Item-Nr. 18, 26; fünfstufig: 0 - 4) |
| | 10. Interaktionell schwieriger Patient (Item-Nr. 7; siebenstufig: -3 bis 3) |
| | 11. Bezug zur realen Lebenssituation (Item-Nr. 27; fünfstufig: 0 - 4) |

3.7 Auswertung

3.7.1 Statistische Auswertung

Zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe sowie anderer Vergleichsgruppen, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Da die Stichproben der vorliegenden Untersuchung zu klein sind, um mittlere Effekte statistisch signifikant abbilden zu können (siehe Bortz, 1993), wurden zusätzlich d-Effektstärken berechnet, welche unabhängig von der Stichprobengrösse sind. Zur Bestimmung der Effektstärken wurden die Ergebnisse der t-Tests mit Hilfe folgender Formel in d-Effektstärken (Cohen's d nach Rosenthal, 1991) umgewandelt:

$$d = t (n_1+n_2) / ((df)^{1/2} (n_1*n_2)^{1/2})$$

Es handelt sich um d-Effektstärken für ungleiche n, da die verwendeten Stichproben sich in einigen Fällen hinsichtlich der Grösse unterscheiden. Bei gleich grossen Stichproben ist das Ergebnis der Effektstärkenberechnung mit oben stehender Formel identisch mit dem Ergebnis aus der Formel für gleiche n. Bei den Werten des t-Tests (t und Freiheitsgrade) wurden die unkorrigierten Werte (bezüglich Korrektur für ungleiche Varianzen) verwendet, da diese konservativer sind. D.h. der t-Wert ist kleiner als der korrigierte und die Freiheitsgrade sind grösser als die korrigierten. Die Korrektur für ungleiche Varianzen der beiden Stichproben geschieht durch die Verwendung der Effektstärkenformel für ungleiche n. Die eigentlich vorgegebene Korrektur für unterschiedliche Varianzen sollte nur dann gemacht werden, wenn der Levene-Test signifikant ist (Bortz, 1993). Da dies nicht bei allen Variablen der Fall ist, würde diese Korrektur zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, da einige Werte korrigiert werden und dadurch erhöht und andere nicht. Durch die Verwendung der Effektstärkenformel für ungleiche n kommt es zu einer gleichmässigen Korrektur.

D-Effektstärken von 0.2 bis 0.5 kennzeichnen nach Sedlmeier & Gigerenzer (1992) kleine Effekte, solche von 0.5 bis 0.8 mittlere und d-Effektstärken von 0.8 und höher kennzeichnen grosse Effekte. Für die vorliegende Untersuchung werden d-Effektstärken ab 0.5 inhaltlich interpretiert.

3.7.2 Qualitative Auswertung

Für die qualitative Auswertung wurden die DVD-Aufnahmen der Therapievorbereitungsgespräche, die Informationen aus der Abklärung und der Indikationssitzung sowie die in den Gesprächen erarbeiteten 4-Felder-Tafeln der Vor- und Nachteile von Therapie vs. keine Therapie verwendet.

Die Indikationsgründe für die einzelnen Therapievorbereitungsgespräche und die Nachteile einer Therapie sowie die Vorteile von „keine Therapie“ wurden von der Autorin zusammengefasst und kategorisiert. Aufgrund der DVD-Aufnahmen konnte sie rekonstruieren, welche Argumente von wem (PatientIn oder TherapeutIn / AbklärerIn) in die Diskussion eingebracht wurden.

“Effectiveness is the measure of truth.”

Hawaiian wisdom

4. Ergebnisse

Im folgenden Ergebnisteil werden nacheinander die Fragestellungen und Hypothesen, die in der Einführung (Kap. 2.4) vorgestellt wurden, beantwortet. Bevor dies geschieht, werden die Stichproben zuerst hinsichtlich ihrer Ausgangsmerkmale miteinander verglichen.

Im ersten Teil wird der Frage nachgegangen, ob sich die 12 PatientInnen aus der Experimentalgruppe (mit durchgeführter Therapie Vorbereitung) und die 16 PatientInnen aus der Kontrollgruppe (mit Therapie Vorbereitung indiziert, aber nicht durchgeführt) vor Beginn der Therapie hinsichtlich verschiedener Ausgangsmerkmale bedeutsam voneinander unterscheiden. Um eine aussagekräftige Evaluation der Therapie Vorbereitungsgespräche machen zu können, sollten sich die beiden Gruppen zu Beginn der Therapie nicht zu sehr voneinander unterscheiden.

In einem zweiten Teil wird die gleiche Frage nach unterschiedlichen Ausgangsmerkmalen bei den beiden PatientInnengruppen „Therapie Vorbereitung indiziert“ vs. „Therapie Vorbereitung nicht indiziert“ gestellt. Es wird untersucht, ob die PatientInnen aus der Gruppe „Therapie Vorbereitung indiziert“ insgesamt als stärker belastet und als schwieriger behandelbar einzustufen sind, als jene aus der Gruppe „Therapie Vorbereitung nicht indiziert“.

In einem dritten Teil werden die Hypothesen über den postulierten Zusammenhang zwischen positiven Erwartungen der PatientInnen und einem besseren Ergebnis zu Beginn der Therapie überprüft.

Als nächstes erfolgt die Beantwortung der zentralen Frage dieser Untersuchung: die Frage nach der Wirksamkeit der Therapie Vorbereitungsgespräche, einerseits in Bezug auf die Veränderung der Patientenerwartungen und andererseits in Bezug auf die Verbesserung der Prozessmerkmale des Therapiebeginns.

In einem letzten Teil wird die qualitative Auswertung der Therapie Vorbereitungsgespräche vorgestellt. Der Fokus hierbei liegt bei der Beschreibung und Kategorisierung zum einen, der Indikationsgründe für die Therapie Vorbereitung und zum anderen, der 4-Felder-Tafeln und damit der Art und Weise wie antizipierte Schwierigkeiten oder Befürchtungen hinsichtlich der Therapie sowohl von PatientInnen als auch von TherapeutInnen angesprochen wurden.

4.1 Vergleich der Ausgangsmerkmale der PatientInnen aus der Kontrollgruppe und aus der Experimentalgruppe

Im Folgenden werden die PatientInnen aus der Kontrollgruppe und aus der Experimentalgruppe verglichen hinsichtlich der psychopathologischen Belastung, der motivationalen Ziele, der Inkongruenz, der interpersonalen Probleme, der Coping- und Bewältigungsfähigkeiten und der Erwartungen vor Therapiebeginn. Die Fragebögen, die zur Erhebung der genannten Ausgangsmerkmale der PatientInnen verwendet wurden, sind im Methodenteil (Kap. 3.3 und 3.4) genauer beschrieben. Es wurde jeweils ein t-Test zwischen Experimental- und Kontrollgruppe durchgeführt und daraus die d-Effektstärke berechnet (siehe Methodenteil, Kap. 3.7.1). Die Signifikanz aus dem t-Test ist ebenfalls angegeben, ausschlaggebend für die Bewertung der Ergebnisse sind jedoch die d-Effektstärken. Es werden d-Effektstärken ab 0.5, welche mittlere Effekte darstellen, inhaltlich interpretiert (Sedlmeier & Gigerenzer, 1992).

Tabelle 4.1 zeigt die **mittlere Belastung** (Global Severity Index, GSI) aus dem Brief Symptom Inventory (BSI). Die Experimental- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht hinsichtlich der Belastung vor Therapiebeginn.

Tab. 4.1: Mittlere Belastung (BSI: GSI) der PatientInnen aus der Experimentalgruppe (n=12) und Kontrollgruppe (n=16), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert EG | Mittelwert KG | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|----------|---------------|---------------|----------------------|------|------|
| BSI: GSI | 1.16 | 1.07 | 0.09 | 0.68 | 0.16 |

Die Unterschiede hinsichtlich der **motivationalen Schemata** der PatientInnen, erhoben im Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS), sind in Tabelle 4.2 dargestellt. Es sind die neun Sekundärskalen des FAMOS abgebildet: der Mittelwert der 14 Annäherungsziele, der Mittelwert der 9 Vermeidungsziele und der Quotient zwischen Vermeidungs- und Annäherungszielen (Vermeidungsdominanz), gefolgt von sechs weiteren Sekundärskalen, bei denen die 23 Primärskalen des FAMOS den drei Grundbedürfnissen Orientierung und Kontrolle, Bindung und Selbstwert zugeordnet wurden, je getrennt für Annäherungs- und Vermeidungsziele. Es fanden sich keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der motivationalen Ziele zwischen den beiden Gruppen vor Therapiebeginn.

Tab. 4.2: Motivationale Schemata (FAMOS) der PatientInnen aus der Experimentalgruppe (n=12) und Kontrollgruppe (n=16), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert EG | Mittelwert KG | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|---------------------------------------|---------------|---------------|----------------------|------|-------|
| Annäherungsziele | 3.08 | 2.96 | 0.12 | 0.38 | 0.36 |
| Vermeidungsziele | 3.75 | 3.70 | 0.05 | 0.71 | 0.15 |
| Vermeidungsdominanz | 3.81 | 3.66 | 0.15 | 0.34 | 0.39 |
| Orientierung & Kontrolle (Annäherung) | 4.22 | 4.19 | 0.03 | 0.83 | 0.09 |
| Orientierung & Kontrolle (Vermeidung) | 3.94 | 3.78 | 0.16 | 0.46 | 0.30 |
| Bindung (Annäherung) | 3.85 | 4.01 | -0.16 | 0.55 | -0.24 |
| Bindung (Vermeidung) | 3.57 | 3.73 | -0.16 | 0.43 | -0.31 |
| Selbstwert (Annäherung) | 3.95 | 3.72 | 0.23 | 0.24 | 0.48 |
| Selbstwert (Vermeidung) | 3.88 | 3.64 | 0.23 | 0.33 | 0.39 |

Die **Inkongruenz**, das Ausmass an Nicht-Befriedigung der Grundbedürfnisse der PatientInnen aus der Experimentalgruppe und Kontrollgruppe, gemessen im Inkongruenzfragebogen, ist in Tabelle 4.3 dargestellt. Die abgebildeten Sekundärskalen sind dieselben wie beim FAMOS (Tab. 4.2), mit der Ausnahme der Gesamtingkongruenz, welche den Mittelwert aus allen 23 Skalen des Inkongruenzfragebogens darstellt.

Tab. 4.3: Inkongruenz (INK) der PatientInnen aus der Experimentalgruppe (n=12) und Kontrollgruppe (n=16), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert EG | Mittelwert KG | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|---|---------------|---------------|----------------------|------|------|
| INK: Annäherungsziele | 3.52 | 3.05 | 0.47 | 0.06 | 0.78 |
| INK: Vermeidungsziele | 2.95 | 2.82 | 0.14 | 0.58 | 0.22 |
| Gesamtingkongruenz | 3.24 | 2.93 | 0.30 | 0.18 | 0.54 |
| INK Orientierung & Kontrolle (Annäherung) | 3.37 | 2.96 | 0.41 | 0.17 | 0.56 |
| INK Orientierung & Kontrolle (Vermeidung) | 3.04 | 3.04 | 0.00 | 0.99 | 0.00 |
| INK Bindung (Annäherung) | 3.15 | 3.08 | 0.08 | 0.85 | 0.08 |
| INK Bindung (Vermeidung) | 2.85 | 2.63 | 0.21 | 0.41 | 0.33 |
| INK Selbstwert (Annäherung) | 3.76 | 3.14 | 0.63 | 0.07 | 0.76 |
| INK Selbstwert (Vermeidung) | 2.91 | 2.71 | 0.20 | 0.56 | 0.23 |

Es zeigt sich, dass die Experimentalgruppe vor Therapiebeginn höhere Inkongruenzwerte aufwies, vor allem in den Annäherungszielen bezüglich Orientierung & Kontrolle sowie bezüglich Selbstwerterhöhung.

In der Abbildung 4.1 sind die Unterschiede bezüglich der **interpersonalen Probleme** der PatientInnen aufgezeigt. Es handelt sich um gemittelte, z-standardisierte Werte aus dem Inventar für Interpersonale Probleme (IIP). Wie bisher wurden zu allen IIP-Skalen t-Tests berechnet und die Ergebnisse wurden in d-Effektstärken umgerechnet. IIP-Skalen, bei denen die Effektstärkenunterschiede zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe grösser als 0.5 waren, sind in der Abbildung mit einem Stern versehen, und Effektstärkenunterschiede, die grösser als 0.8 waren, sind mit zwei Sternen versehen.

Die PatientInnen aus der Experimentalgruppe schätzten sich vor Therapiebeginn als deutlich streitsüchtiger, abweisender und introvertierter ein als jene aus der Kontrollgruppe.

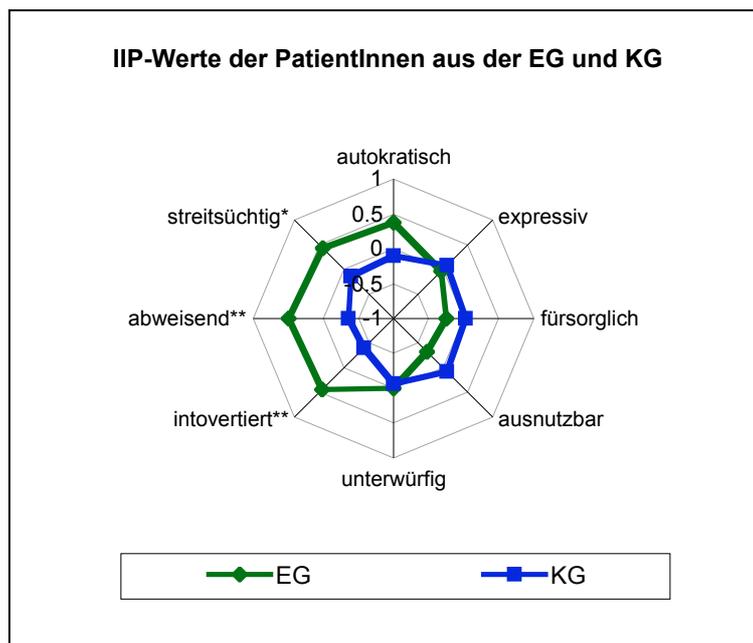


Abb. 4.1: Gemittelte z-standardisierte IIP-Werte der PatientInnen aus der Experimentalgruppe (n=12) und Kontrollgruppe (n=16), *d-Effektstärke > 0.5 zwischen beiden Gruppen, ** d-Effektstärke > 0.8 zwischen beiden Gruppen

Die Werte bezüglich **Generalisierter Kompetenzerwartung (GK)** und **Konstruktivem Denken / Coping** (Constructive Thinking Inventory, CTI-K) sind in Tabelle 4.4

aufgelistet. Neben dem Gesamtwert für Konstruktives Denken, sind die zwei Unterskalen emotionales Coping und behaviorales Coping aufgeführt. Niedrige Werte bedeuten bessere Kompetenzerwartung und besseres Coping.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich kaum. Einzig das behaviorale Coping war bei den PatientInnen der Kontrollgruppe stärker ausgeprägt.

Tab. 4.4: Generalisierte Kompetenzerwartung (GK) und Konstruktives Denken (CTI-K) der PatientInnen aus der Experimentalgruppe (n=12) und Kontrollgruppe (n=16), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert EG | Mittelwert KG | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|-----------------------------------|---------------|---------------|----------------------|------|------|
| Generalisierte Kompetenzerwartung | -25.17 | -26.19 | 1.02 | 0.59 | 0.22 |
| CTI: Gesamt | -100.37 | -105.25 | 4.88 | 0.56 | 0.23 |
| CTI: emotionales Coping | -56.92 | -58.44 | 1.52 | 0.81 | 0.10 |
| CTI: behaviorales Coping | -46.80 | -51.75 | 4.95 | 0.19 | 0.54 |

Die **Erwartungen** der PatientInnen, erhoben im Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV) und die **Erwartungen, Motivation und die intaktionelle Schwierigkeit** der PatientInnen, erhoben im Abklärerfragebogen zur Therapieerwartung und –motivation des/r Patienten/in (TEMO) sind in Tabelle 4.5 dargestellt. Zum PATHEV gibt es die drei Skalen Veränderungserwartung / Hoffnung, Veränderungsangst und Passung und beim TEMO sind die Unterschiede bezüglich der einzelnen Items aufgeführt. Es handelt sich um die erste Erhebung der Erwartungen, in der Abklärungsphase, direkt nach dem Erstgespräch.

Nach Einschätzung der PatientInnen unterscheiden sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Erwartungen vor Therapiebeginn kaum. Nach Angaben der TherapeutInnen fanden sich einige Unterschiede. Sie schätzten den Leidensdruck der PatientInnen aus der Kontrollgruppe höher ein, auch ihre Veränderungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie deren Wunsch nach aktiver Mitarbeit und Bewältigungsarbeit. Die PatientInnen aus der Kontrollgruppe wurden demnach von den TherapeutInnen vor Therapiebeginn als motivierter und mit positiveren Erwartungen wahrgenommen als jene aus der Experimentalgruppe.

Tab. 4.5: Erwartungen der PatientInnen aus der Experimentalgruppe (n=10) und Kontrollgruppe (n=13), PATHEV = Patienteneinschätzung, TEMO-A = Einschätzung der AbklärerInnen, Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanzen aus den t-Tests und d-Effektstärken

| | Mittelwert EG | Mittelwert KG | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|---|---------------|---------------|----------------------|------|-------|
| PATHEV: | | | | | |
| Geringe Veränderungserwartung | 2.21 | 2.29 | -0.08 | 0.83 | -0.09 |
| Veränderungsangst | 1.92 | 2.18 | -0.26 | 0.43 | -0.34 |
| Geringe Passung | 2.28 | 2.02 | 0.26 | 0.38 | 0.38 |
| TEMO: | | | | | |
| Leidensdruck | 3.50 | 4.08 | -0.58 | 0.12 | -0.70 |
| Hilflosigkeit | 3.60 | 3.62 | -0.02 | 0.97 | -0.02 |
| Veränderungsmotivation | 3.70 | 3.92 | -0.22 | 0.37 | -0.40 |
| Kosten / Aufwand der Therapie | 2.30 | 2.38 | -0.08 | 0.76 | -0.13 |
| Ausmass an Erwartungen | 2.20 | 2.77 | -0.57 | 0.34 | -0.43 |
| Veränderungserwartung | 3.00 | 3.46 | -0.46 | 0.08 | -0.82 |
| Selbstwirksamkeitserwartung | 2.50 | 3.00 | -0.50 | 0.19 | -0.59 |
| Ursache: PatientIn selbst | 3.44 | 3.23 | 0.21 | 0.57 | 0.26 |
| Ursache: andere | 3.33 | 2.92 | 0.41 | 0.37 | 0.42 |
| Ursache: extern | 2.67 | 2.69 | -0.03 | 0.96 | -0.02 |
| Ursache: körperlich | 1.89 | 2.08 | -0.19 | 0.74 | -0.15 |
| Wichtigkeit der Therapie | 3.10 | 3.33 | -0.23 | 0.54 | -0.28 |
| Rollenerwartung: aktive Mitarbeit | 3.63 | 3.92 | -0.29 | 0.31 | -0.50 |
| Erwartung zum Vorgehen: Klärung | 2.00 | 2.33 | -0.33 | 0.52 | -0.29 |
| Erwartung zum Vorgehen: Bewältigung | 2.80 | 3.92 | -1.12 | 0.09 | -0.77 |
| frühere Therapieerfahrung | 1.67 | 1.54 | 0.13 | 0.86 | 0.08 |
| Chronizität der Probleme | 5.50 | 5.38 | 0.12 | 0.79 | 0.12 |
| Interaktionelle Schwierigkeit des Patienten | -0.60 | 0.00 | -0.60 | 0.51 | -0.30 |

Bezüglich der interaktionellen Schwierigkeit der PatientInnen ergaben sich aus Sicht der TherapeutInnen kaum Unterschiede. Dies relativiert die Ergebnisse aus der Selbsteinschätzung der PatientInnen im Inventar Interpersonaler Probleme (IIP), bei welcher die PatientInnen aus der Experimentalgruppe sich als stärker belastet einschätzten als die PatientInnen aus der Kontrollgruppe.

Zusammenfassung

Die PatientInnen aus der **Experimentalgruppe** scheinen vor Therapiebeginn etwas **ungünstigere Voraussetzungen** gehabt zu haben, als die PatientInnen aus der Kontrollgruppe. Insbesondere zeigten sich bei ihnen höhere Inkongruenzwerte bezüglich der motivationalen Ziele, ungünstigere Erwartungen und Motivation und mehr interpersonale Probleme. Letztere zeigten sich jedoch nur aus Sicht der PatientInnen, nicht aber aus Sicht der TherapeutInnen. Hinsichtlich der psychopathologischen Belastung gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Diese Unterschiede in den Ausgangsmerkmalen der beiden Vergleichsgruppen sind unerwünscht und sollten bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse mitberücksichtigt werden. Der störende Einfluss dieser Unterschiede in Bezug auf die Aussagekraft der Untersuchung kann jedoch relativiert werden, da die Experimentalgruppe stärker belastet war und nicht die Kontrollgruppe. Falls sich Effekte der Therapievorbereitung finden sollten, sind sie auf dem Hintergrund der stärkeren Belastung der Experimentalgruppe sogar noch aussagekräftiger.

4.2 Vergleich der Ausgangsmerkmale der PatientInnen aus den Gruppen „Therapievorbereitung indiziert“ vs. „Therapievorbereitung nicht indiziert“

Im Folgenden werden die PatientInnen aus den Gruppen „Therapievorbereitung indiziert“ und „Therapievorbereitung nicht indiziert“ miteinander bezüglich der gleichen Ausgangsmerkmale wie im vorangegangenen Kapitel 4.1 verglichen. Die PatientInnen-gruppe „Therapievorbereitung indiziert“ (n=28) setzt sich zusammen aus PatientInnen der Kontrollgruppe (n=16), bei denen eine Therapievorbereitung indiziert war, aber noch keine durchgeführt wurde und solchen aus der Experimentalgruppe (n=12) bei denen eine Therapievorbereitung indiziert war und auch durchgeführt wurde. Ebenso enthält die Gruppe „Therapievorbereitung nicht indiziert“ (n=34) PatientInnen aus der Kontrollgruppe (n=20) und Experimentalgruppe (n=14).

Die Annahme war, dass die PatientInnen aus der Gruppe „Therapievorbereitung indiziert“ vor Therapiebeginn stärker belastet waren als die PatientInnen aus der Gruppe „Therapievorbereitung nicht indiziert“.

Die **mittlere Belastung** (Global Severity Index, GSI) aus dem Brief Symptom Inventory (BSI), dargestellt in Tabelle 4.6, ist bei den PatientInnen aus der Gruppe „Therapievorbereitung indiziert“ tendenziell etwas stärker.

Tab. 4.6: Mittlere Belastung (BSI: GSI) der PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert (n=28) vs. nicht indiziert (n=34), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert TV indiziert | Mittelwert TV nicht indiziert | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|----------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|------|------|
| BSI: GSI | 1.11 | 0.88 | 0.23 | 0.11 | 0.43 |

Hinsichtlich der **motivationalen Schemata** der PatientInnen (Tab. 4.7), erhoben im Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS), ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen vor Therapiebeginn.

Die **Inkongruenz** (Tab. 4.8), das Ausmass an Nicht-Befriedigung der Grundbedürfnisse der PatientInnen gemessen im Inkongruenzfragebogen, war, wie angenommen, bei den PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert deutlich höher als bei den PatientInnen ohne Indikation zur Therapievorbereitung.

Tab. 4.7: Motivationale Schemata (FAMOS) der PatientInnen mit Therapie Vorbereitung indiziert (n=28) vs. nicht indiziert (n=34), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert TV indiziert | Mittelwert TV nicht indiziert | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|------|-------|
| Annäherungsziele | 3.01 | 3.06 | -0.05 | 0.63 | -0.13 |
| Vermeidungsziele | 3.72 | 3.69 | 0.03 | 0.78 | 0.07 |
| Vermeidungsdominanz | 3.72 | 3.74 | -0.01 | 0.89 | -0.04 |
| Orientierung & Kontrolle (Annäherung) | 4.20 | 4.14 | 0.07 | 0.55 | 0.16 |
| Orientierung & Kontrolle (Vermeidung) | 3.85 | 3.88 | -0.03 | 0.81 | -0.06 |
| Bindung (Annäherung) | 3.94 | 4.08 | -0.14 | 0.43 | -0.21 |
| Bindung (Vermeidung) | 3.66 | 3.81 | -0.15 | 0.24 | -0.31 |
| Selbstwert (Annäherung) | 3.82 | 3.75 | 0.07 | 0.59 | 0.14 |
| Selbstwert (Vermeidung) | 3.74 | 3.62 | 0.12 | 0.46 | 0.19 |

Tab. 4.8: Inkongruenz (INK) der PatientInnen mit Therapie Vorbereitung indiziert (n=28) vs. nicht indiziert (n=34), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert TV indiziert | Mittelwert TV nicht indiziert | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|---|-------------------------|-------------------------------|----------------------|------|------|
| INK: Annäherungsziele | 3.25 | 3.01 | 0.24 | 0.16 | 0.37 |
| INK: Vermeidungsziele | 2.88 | 2.36 | 0.51 | 0.00 | 0.84 |
| Gesamtinkongruenz | 3.06 | 2.70 | 0.36 | 0.02 | 0.63 |
| INK Orientierung & Kontrolle (Annäherung) | 3.13 | 2.76 | 0.38 | 0.06 | 0.49 |
| INK Orientierung & Kontrolle (Vermeidung) | 3.04 | 2.82 | 0.22 | 0.31 | 0.26 |
| INK Bindung (Annäherung) | 3.11 | 2.92 | 0.18 | 0.57 | 0.15 |
| INK Bindung (Vermeidung) | 2.72 | 2.27 | 0.45 | 0.02 | 0.63 |
| INK Selbstwert (Annäherung) | 3.40 | 3.04 | 0.37 | 0.09 | 0.44 |
| INK Selbstwert (Vermeidung) | 2.79 | 2.19 | 0.60 | 0.00 | 0.79 |

Die **interpersonalen Probleme** der PatientInnen aus den beiden Gruppen sind in der Abbildung 4.2 aufgezeigt. Erstaunlicherweise schätzten sich die beiden PatientInnen-gruppen diesbezüglich sehr ähnlich ein.

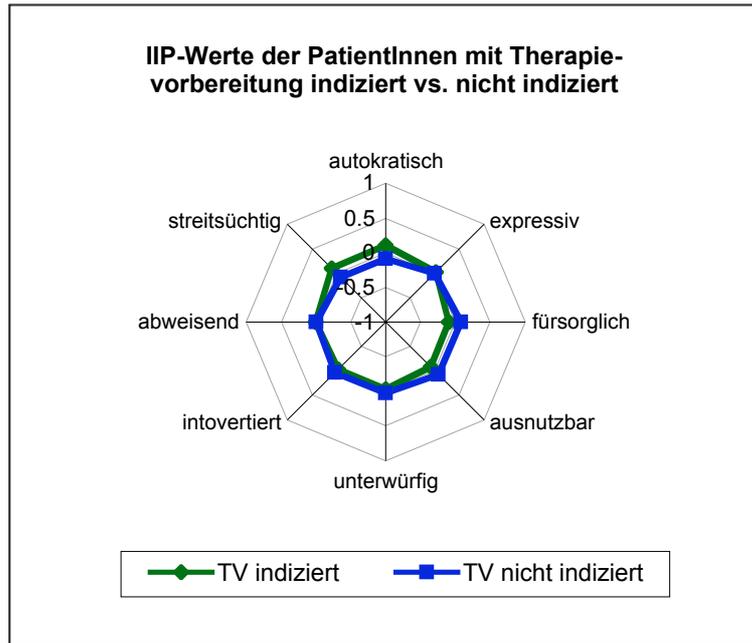


Abb. 4.2: Gemittelte z-standardisierte IIP-Werte der PatientInnen mit Therapie-vorbereitung indiziert (n=28) vs. nicht indiziert (n=34), *d-Effektstärke > 0.5 zwischen beiden Gruppen, ** d-Effektstärke > 0.8 zwischen beiden Gruppen

Auch bezüglich **Generalisierter Kompetenzerwartung (GK)** und **Konstruktivem Denken / Coping** (Constructive Thinking Inventory, CTI-K), aufgelistet In Tabelle 4.9, fanden sich keine Unterschiede vor Therapiebeginn zwischen den PatientInnen mit Therapie-vorbereitung indiziert vs. nicht indiziert.

Tab. 4.9: Generalisierte Kompetenzerwartung (GK) und Konstruktives Denken (CTI-K) der PatientInnen mit Therapie-vorbereitung indiziert (n=28) vs. nicht indiziert (n=34), Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanz aus dem t-Test und d-Effektstärke

| | Mittelwert TV indiziert | Mittelwert TV nicht indiziert | Mittelwertsdifferenz | p | d-ES |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|------|-------|
| Generalisierte Kompetenzerwartung | -25.75 | -24.36 | -1.39 | 0.27 | -0.29 |
| CTI: Gesamt | -103.16 | -103.72 | 0.56 | 0.92 | 0.03 |
| CTI: emotionales Coping | -57.79 | -60.00 | 2.22 | 0.55 | 0.16 |
| CTI: behaviorales Coping | -49.63 | -49.18 | -0.45 | 0.87 | -0.04 |

Die **Erwartungen** der PatientInnen, erhoben im PATHEV und die **Erwartungen, Motivation und interaktionellen Schwierigkeiten** der PatientInnen, erhoben im TEMO, sind in Tabelle 4.10 dargestellt. Die PatientInnengruppe mit Therapie-vorbereitung indiziert zeigte erwartungsgemäss ungünstigere Erwartungen vor Therapiebeginn als die Vergleichsgruppe: eine deutlich höhere Veränderungsangst

und Hilflosigkeit und eine deutlich geringere Veränderungserwartung. Ausserdem sahen sie die Ursachen ihrer Probleme vermehrt bei anderen Personen, anstatt bei sich selber.

Tab. 4.10: Erwartungen der PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert (n=28) vs. nicht indiziert (n=34), PATHEV = Patienteneinschätzung, TEMO-A = Einschätzung der AbklärerInnen, Unterschiede in Mittelwerten, Signifikanzen aus den t-Tests und d-Effektstärken

| | Mittelwert TV indiziert | Mittelwert TV nicht indiziert | Mittelwerts- differenz | p | d-ES |
|--|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|------|-------|
| PATHEV: | | | | | |
| Geringe Veränderungserwartung | 2.25 | 2.01 | 0.24 | 0.31 | 0.29 |
| Veränderungsangst | 2.05 | 1.63 | 0.42 | 0.04 | 0.58 |
| Geringe Passung | 2.14 | 1.98 | 0.17 | 0.36 | 0.26 |
| TEMO: | | | | | |
| Leidensdruck | 3.83 | 3.60 | 0.23 | 0.40 | 0.24 |
| Hilflosigkeit | 3.61 | 3.17 | 0.44 | 0.06 | 0.55 |
| Veränderungsmotivation | 3.83 | 3.80 | 0.03 | 0.89 | 0.04 |
| Kosten / Aufwand der Therapie | 2.35 | 2.37 | -0.02 | 0.93 | -0.03 |
| Ausmass an Erwartungen | 2.52 | 2.80 | -0.28 | 0.40 | -0.24 |
| Veränderungserwartung | 3.26 | 3.63 | -0.37 | 0.03 | -0.62 |
| Selbstwirksamkeits- erwartung | 2.78 | 2.80 | -0.02 | 0.94 | -0.02 |
| Ursache: PatientIn selbst | 3.32 | 3.40 | -0.08 | 0.75 | -0.09 |
| Ursache: andere | 3.09 | 2.33 | 0.76 | 0.02 | 0.71 |
| Ursache: extern | 2.68 | 2.45 | 0.23 | 0.47 | 0.21 |
| Ursache: körperlich | 2.00 | 2.07 | -0.07 | 0.85 | -0.05 |
| Wichtigkeit der Therapie | 3.23 | 3.30 | -0.07 | 0.75 | -0.09 |
| Rollenerwartung: aktive Mitarbeit | 3.80 | 3.82 | -0.02 | 0.91 | -0.03 |
| Erwartung zum Vorgehen: Klärung | 2.18 | 2.63 | -0.45 | 0.19 | -0.38 |
| Erwartung zum Vorgehen: Bewältigung | 3.43 | 4.17 | -0.73 | 0.06 | -0.54 |
| frühere Therapieerfahrung | 1.59 | 1.53 | 0.06 | 0.90 | 0.04 |
| Chronizität der Probleme | 5.43 | 5.20 | 0.23 | 0.49 | 0.20 |
| Interaktionelle Schwierig- keit des Patienten | -0.26 | -0.97 | 0.71 | 0.15 | 0.41 |

Die interaktionelle Schwierigkeit dieser PatientInnen wurde von den TherapeutInnen, wie schon im Methodenteil (Kap. 3.5.1) beschrieben, nur tendenziell als höher

eingeschätzt, als jene der PatientInnen aus der Gruppe „Therapievorbereitung nicht indiziert“. Dies deckt sich mit den grossen Ähnlichkeiten der beiden Vergleichsgruppen in der Selbsteinschätzung der PatientInnen im Inventar Interpersonaler Probleme (IIP). Wie schon im Methodenteil gesagt, ist dies damit zu erklären, dass interaktionelle Schwierigkeiten der PatientInnen in der vorliegenden Stichprobe bei der Gruppe “Therapievorbereitung indiziert” nicht sehr häufig vorkamen (siehe weitere Ergebnisse, Kap. 4.5.2) und die anderen Gründe für eine Therapievorbereitung, problematische Erwartungen oder eine ambivalente Motivation, häufiger waren. Weiterhin unklar bleibt jedoch, warum die Experimentalgruppe aus Sicht der PatientInnen im Inventar für Interpersonale Probleme (IIP) stärker belastet war als die Kontrollgruppe (Abb. 4.1) und warum sich diese Einschätzung nicht mit jener der TherapeutInnen im TEMO deckte.

Zusammenfassung

Die Annahme, dass die PatientInnen aus der **Gruppe „Therapievorbereitung indiziert“** vor Therapiebeginn **ungünstigere Voraussetzungen** hatten, bestätigte sich nur **zum Teil**. Klare Unterschiede fanden sich bezüglich erhöhter Inkongruenz und ungünstigeren Erwartungen. Hinsichtlich der interpersonalen Probleme der PatientInnen war die Differenz zur Vergleichsgruppe (ohne Indikation zur Therapievorbereitung) nur tendenziell aus Sicht der TherapeutInnen gegeben.

4.3 Zusammenhang zwischen Erwartungen und Therapiebeginn

Zunächst wird die im Einführungsteil gestellte Hypothese überprüft, ob PatientInnen mit hohen vs. geringen Veränderungserwartungen vor Therapiebeginn (nach dem Erstgespräch, in der Abklärungsphase), gemessen mit dem PATHEV, einen besseren Therapiebeginn aufweisen. Als zweites folgt die Überprüfung der Hypothese, ob PatientInnen mit geringen vs. hohen Veränderungsängsten (ebenfalls gemessen mit dem PATHEV) einen besseren Therapiebeginn aufweisen und als drittes wird überprüft, ob PatientInnen aus der Gruppe „Therapievorbereitung nicht indiziert“ vs. „Therapievorbereitung indiziert“ bessere Werte zu Beginn der Therapie aufweisen. Die Qualität des Therapiebeginns wurde mit dem Patienten- und dem Therapeutenstundenbogen (Version 2000, siehe Kap. 3.6) erhoben, es wurden jeweils die Werte aus den Sitzungen eins bis fünf gemittelt. Zur Überprüfung der Hypothesen wurde die Stichprobe der Kontrollgruppe (n=36) genommen, da bei diesen PatientInnen noch keine Therapievorbereitung durchgeführt wurde und der Therapiebeginn daher unverfälscht war. Für die Aufteilung der PatientInnen in solche mit hoher vs. geringer Veränderungserwartung, resp. Veränderungsangst, wurde jeweils ein Mediansplit der entsprechenden Skala verwendet.

Bevor die Ergebnisse beschrieben werden, soll zunächst das **Diagramm** erklärt werden, welches im Ergebnisteil immer wieder verwendet werden wird. Es zeigt auf der linken Seite die Mittelwerte der verglichenen Patientenstichproben im Patientenstundenbogen, respektive Therapeutenstundenbogen und auf der rechten Seite des Diagramms stehen die d-Effektstärken zu den Mittelwertsunterschieden der jeweiligen zwei Gruppen, die aus den t-Tests berechnet wurden. Statistisch signifikante Mittelwertsunterschiede in den t-Tests ($p < .05$) sind bei den Effektstärkendarstellungen mittels dunklen Balken sichtbar gemacht.

Eine Effektstärke deren Balken nach rechts zeigt bedeutet z.B. bei Abbildung 4.3, dass die PatientInnen mit hohen Veränderungserwartungen höhere Mittelwerte aufwiesen als die PatientInnen mit geringen Veränderungserwartungen. Die Effektstärke gibt jeweils die standardisierte Differenz der Mittelwerte der Gruppen an. Es handelt sich also immer um relative Werte und nicht um absolute, wie die Mittelwerte selber. Da die Effektstärken die wichtigsten Differenzen auf einen Blick aufzeigen, werden diese im Folgenden für die Beschreibung der Resultate verwendet, die Mittelwerte dienen der Veranschaulichung. Bei den Mittelwerten ist zu berücksichtigen, dass beim Therapeutenstundenbogen die Skalen 1, 5, 6, 7 und 9 eine Ausprägung von 0 bis 4

haben (anstatt von -3 bis 3, siehe Methodenteil, Kap. 3.6), sie sind jedoch der Übersicht halber im gleichen Diagramm dargestellt.

Veränderungserwartung / Hoffnung

Der Zusammenhang zwischen der Veränderungserwartung / Hoffnung der PatientInnen und der Qualität der ersten fünf Therapiesitzungen aus Sicht der PatientInnen (gemessen im Patientenstundenbogen) ist in Abbildung 4.3 dargestellt. Die PatientInnen mit hoher Veränderungserwartung / Hoffnung zeigten deutlich höhere Ausprägungen der Prozessmerkmale des Therapiebeginns als die PatientInnen mit geringer Veränderungserwartung. Sehr stark zeigte sich dieser Effekt in den Skalen Bewältigungs- und Klärungserfahrungen der PatientInnen (Unterschiede sind auch im t-Test statistisch signifikant). Die angenommene Hypothese über den Zusammenhang zwischen Veränderungserwartungen und Therapiebeginn konnte demnach aus Sicht der PatientInnen bestätigt werden.

Derselbe Vergleich aus Sicht der TherapeutInnen (gemessen im Therapeutenstundenbogen) ist in Abbildung 4.4 aufgezeigt. Die Effekte gehen in die gleiche Richtung, sind jedoch etwas geringer.

PatientInnen mit hoher vs. geringer Veränderungserwartung / Hoffnung Patientenstundenbogen

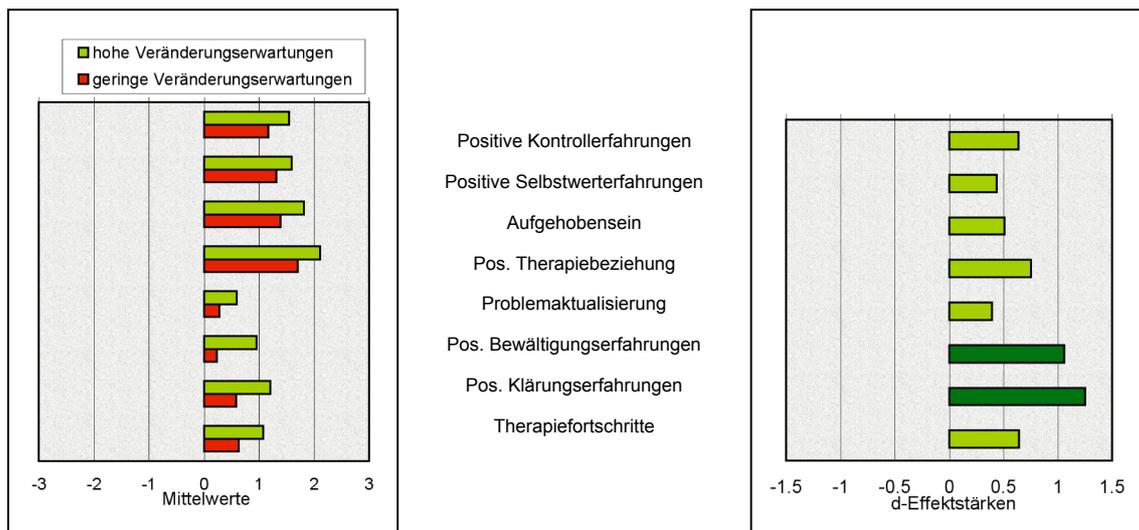


Abb. 4.3: Patientenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit hoher (n=10) vs. geringer Veränderungserwartung / Hoffnung (n=21); Mediansplit; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken (dunkle Balken bei den Effektstärken = signifikante Unterschiede im t-Test, $p < .05$); 1.-5. Sitzung gemittelt

PatientInnen mit hoher vs. geringer Veränderungserwartung / Hoffnung Therapeutenstundenbogen

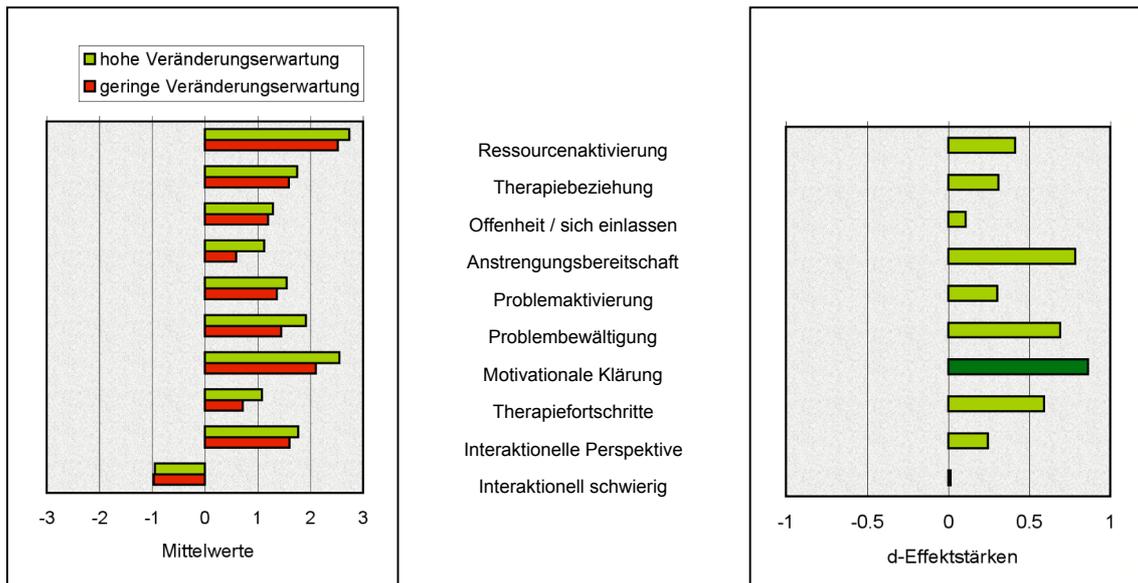


Abb. 4.4: Therapeutenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit hoher (n=10) vs. geringer Veränderungserwartung / Hoffnung (n=21); Mediansplit; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken (dunkler Balken bei den Effektstärken = signifikanter Unterschied im t-Test, $p < .05$); 1.-5. Sitzung gemittelt

Veränderungsangst

Die Unterschiede im Therapiebeginn (wieder gemessen mit Patienten- und Therapeutenstundenbogen) von PatientInnen mit geringer vs. hoher Veränderungsangst sind in den Abbildungen 4.5 und 4.6 dargestellt. Auch diese Ergebnisse bestätigen die angenommene Hypothese, dass PatientInnen mit ungünstigen Erwartungen, in diesem Fall Veränderungsängsten, einen schlechteren Therapiebeginn aufweisen.

Therapievorbereitung indiziert vs. nicht indiziert

Die Ergebnisse zu den Unterschieden im Therapiebeginn von Therapien mit und ohne Indikation zur Therapievorbereitung (jedoch noch nicht erfolgter Therapievorbereitung) sind den Abbildungen 4.7 und 4.8 zu entnehmen. Die Effekte gehen immer noch in die erwartete Richtung, sind jedoch nicht mehr so deutlich wie die bereits berichteten. Aus Sicht der PatientInnen ist vor allem die Problemaktivierung und das Aufgehobensein in den Therapien mit Indikation zur Therapievorbereitung besser.

PatientInnen mit geringer vs. hoher Veränderungsangst
Patientenstundenbogen

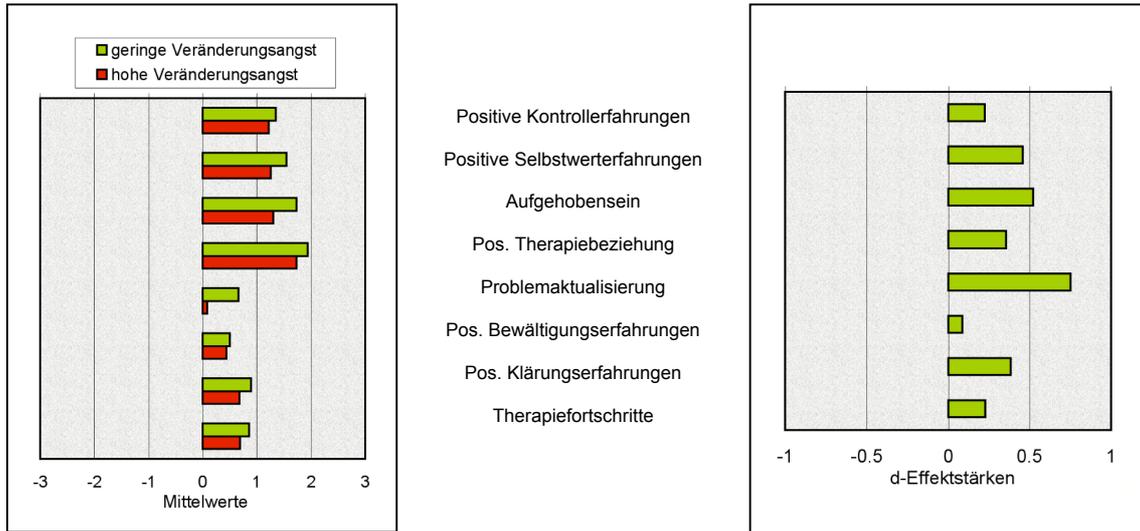


Abb. 4.5: Patientenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit geringer (n=16) vs. hoher Veränderungsangst (n=15); Mediansplit; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken; 1.-5. Sitzung gemittelt

PatientInnen mit geringer vs. hoher Veränderungsangst
Therapeutenstundenbogen

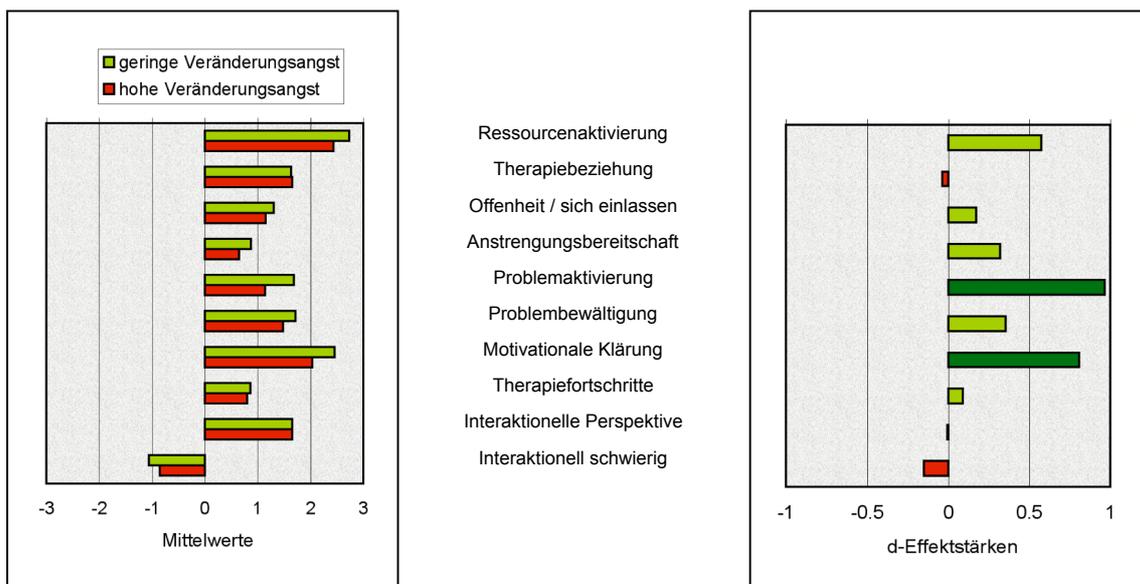


Abb. 4.6: Therapeutenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit geringer (n=16) vs. hoher Veränderungsangst (n=15); Mediansplit; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken (dunkle Balken bei den Effektstärken = signifikante Unterschiede im t-Test, $p < .05$); 1.-5. Sitzung gemittelt

PatientInnen mit Therapievorereitung nicht indiziert vs. indiziert
Patientenstundenbogen

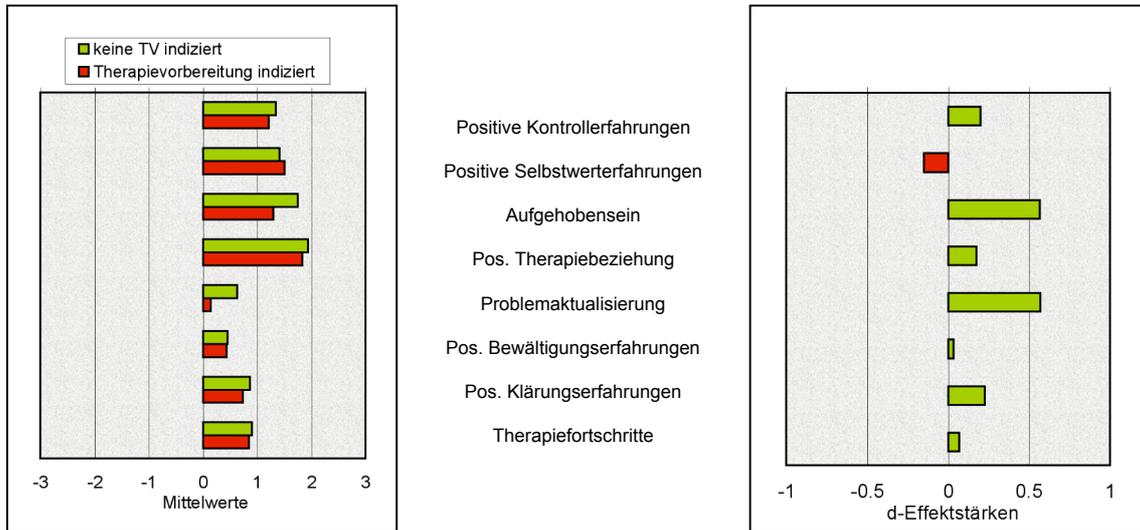


Abb. 4.7: Patientenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit Therapievorereitung nicht indiziert (n=20) vs. indiziert (n=16); Mediansplit; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken; 1.-5. Sitzung gemittelt

PatientInnen mit Therapievorereitung nicht indiziert vs. indiziert
Therapeutenstundenbogen

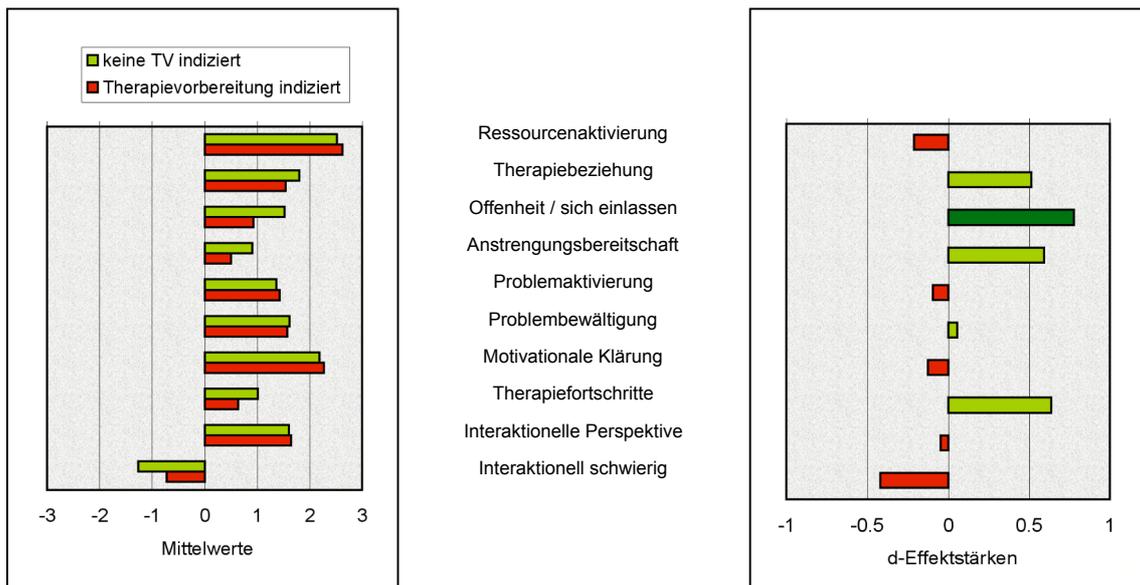


Abb. 4.8: Therapeutenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit Therapievorereitung nicht indiziert (n=20) vs. indiziert (n=16); Mediansplit; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken (dunkler Balken bei den Effektstärken = signifikanter Unterschied im t-Test, $p < .05$); 1.-5. Sitzung gemittelt

Aus Sicht der TherapeutInnen zeigten sich eine bessere Therapiebeziehung, eine höhere Offenheit (auch statistisch signifikant) und Anstrengungsbereitschaft der PatientInnen sowie bessere Therapiefortschritte (Abb. 4.8).

Zusammenfassung

Die drei Hypothesen über den Zusammenhang zwischen günstigeren Erwartungen der PatientInnen resp. der „Nicht-Indikation“ zur Therapievorbereitung und einem besseren Therapiebeginn konnten sowohl aus Sicht der PatientInnen als auch aus Sicht der TherapeutInnen bestätigt werden.

4.4 Statistische Auswertung der Therapievorbereitung: Vergleich Experimentalgruppe vs. Kontrollgruppe

Im folgenden Teil geht es um die Beantwortung der zentralen Frage nach der Wirksamkeit der Therapievorbereitungsgespräche.

Es wird als erstes die Hypothese überprüft, ob die Therapievorbereitungsgespräche bei der Experimentalgruppe eine stärkere Verbesserung der Erwartungen prä-post bewirken, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Erwartungen prä wurden bei beiden Gruppen nach dem Erstgespräch erhoben und die Erwartungen post nach der ersten Therapiesitzung, die Therapievorbereitung erfolgte dazwischen, vor der ersten Therapiesitzung (siehe Methodenteil, Kap. 3.1). Es wird auch überprüft, ob dieser Effekt bestehen bleibt, wenn die Stichprobe der PatientInnen, bei welchen mit den TherapeutInnen zusätzlich das Ressourcenpriming in den ersten fünf Sitzungen durchgeführt wurde (siehe Methodenteil, Kap. 3.1), abgezogen wird.

Als zweites wird die Hypothese überprüft, ob der Therapiebeginn und der Verlauf der ersten fünf Sitzungen bei PatientInnen der Experimentalgruppe mit erfolgten Therapievorbereitungsgesprächen, im Vergleich zu den PatientInnen der Kontrollgruppe besser ausfällt. Auch hier wird wieder der „Netto-Effekt“, ohne die Stichprobe mit zusätzlicher Ressourcenintervention, überprüft.

In einem letzten Teil geht es um die Überprüfung der Hypothese, dass die Therapieabbruchrate bei PatientInnen aus der Experimentalgruppe (mit und ohne die Stichprobe mit Ressourcenintervention) geringer ist als bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe.

4.4.1 Veränderung der Erwartungen prä-post bei Kontrollgruppe und Experimentalgruppe

Als erstes sind in der Abbildung 4.9 die Erwartungen der Kontrollgruppe (mit Therapievorbereitung indiziert, aber nicht durchgeführt) aus der Selbsteinschätzung im PATHEV prä und post angegeben. Es handelt sich nur um 9 PatientInnen, weil die Daten nicht von allen 16 PatientInnen der Kontrollgruppe vorhanden waren. (Diese Unvollständigkeit der Daten betraf nur die Erwartungsmessungen, in den später beschriebenen Stundenbögen waren alle Daten vorhanden.) Es sind wieder links die Mittelwerte und rechts die d-Effektstärken dargestellt. Die Erwartungen haben sich bei der Kontrollgruppe in der Abklärungsphase, zwischen dem Erstgespräch und der ersten Therapiesitzung nicht verändert.

Kontrollgruppe mit Therapie Vorbereitung indiziert: PATHEV post vs. prä

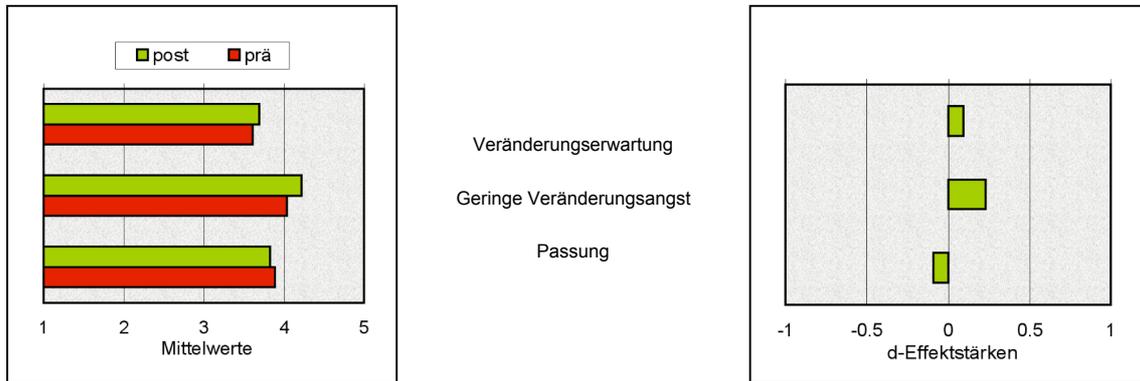


Abb. 4.9: Selbsteinschätzung der Erwartungen im PATHEV bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit Therapie Vorbereitung indiziert (n = 9); Vergleich der Prä- und Postwerte; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken

Auch bei der Experimentalgruppe haben sich die Erwartungen der PatientInnen vom Prä- zum Postmesszeitpunkt entgegen der postulierten Hypothese nicht verändert (Abb. 4.10). Auch hier ist die Zahl der PatientInnen wegen Datenlücken etwas reduziert (n = 10). Diese Ergebnisse verändern sich etwas in die gewünschte Richtung, wenn die Stichprobe der PatientInnen, welche zusätzlich die Ressourcenintervention erhalten hat (im Folgenden der Einfachheit halber „Ressourcenstichprobe“ genannt), abgezogen wird (Abb. 4.11). Die PatientInnen aus der Experimentalgruppe zeigen bei dieser Unterstichprobe im Vergleich zur Kontrollgruppe leicht verbesserte Erwartungen. Es handelt sich jedoch lediglich um eine Tendenz.

Experimentalgruppe mit TV indiziert: PATHEV post vs. prä

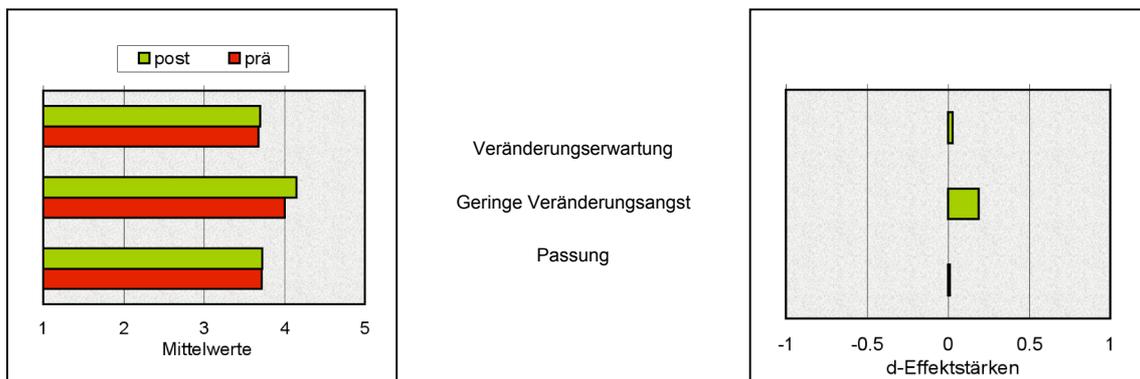


Abb. 4.10: Selbsteinschätzung der Erwartungen im PATHEV bei PatientInnen aus der Experimentalgruppe mit Therapie Vorbereitung indiziert (n=10); Vergleich der Prä- und Postwerte; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken

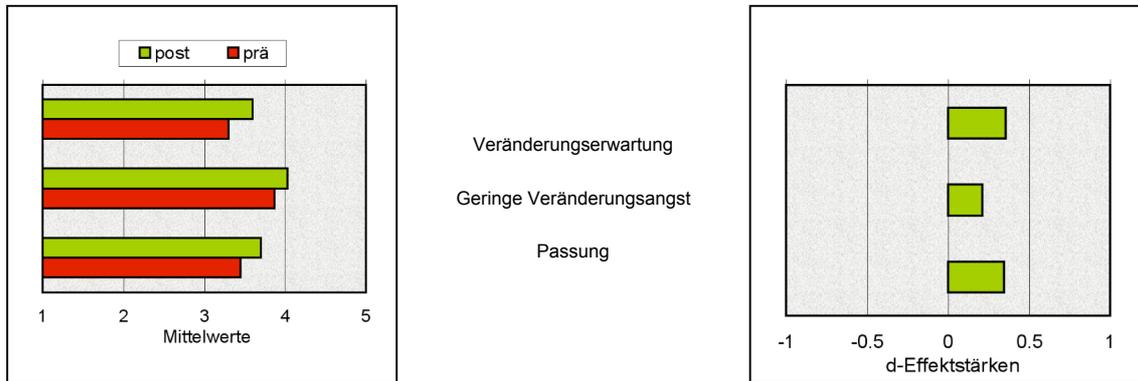
EG mit TV indiziert (ohne Ressourcenstichprobe): PATHEV post vs. prä

Abb. 4.11: Selbsteinschätzung der Erwartungen im PATHEV bei PatientInnen aus der Experimentalgruppe mit Therapievorbereitung indiziert, ohne Ressourcenintervention (n=5); Vergleich der Prä- und Postwerte; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken

Die Sichtweisen der TherapeutInnen bezüglich der Erwartungen der PatientInnen sind in Abbildung 4.12 für die Kontrollgruppe und in Abbildung 4.13 für die Experimentalgruppe dargestellt.

Bei der Kontrollgruppe haben sich die Erwartungen vom Prä- zum Postzeitpunkt kaum verändert. Einzig die Gesamtanzahl an Erwartungen der PatientInnen und die Ursachenzuschreibung auf körperliche Faktoren sind aus Sicht der TherapeutInnen gestiegen und die Erwartung bezüglich aktiver Mitarbeit der PatientInnen in der Therapie ist gesunken. Dies sind alles eher negative Effekte.

In der Experimentalgruppe hingegen gab es sehr starke positive Veränderungen. Die Veränderungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen der PatientInnen nahmen aus Sicht der TherapeutInnen zu sowie die Ursachenzuschreibung zu sich selbst und die Klärungserwartungen. Die Hilflosigkeit der PatientInnen nahm aus Therapeutesicht ab. Des Weiteren schienen die PatientInnen aber auch die Schwierigkeiten und Therapiehindernisse stärker zu sehen und die Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit nahm ab. Letztere hatte schon in der Kontrollgruppe vom Prä- zum Postmesszeitpunkt aus Sicht der TherapeutInnen abgenommen. Dies scheint ein allgemeiner Effekt zu sein, dessen Ursache noch unklar ist.

Kontrollgruppe mit TV indiziert: TEMO post vs. prä

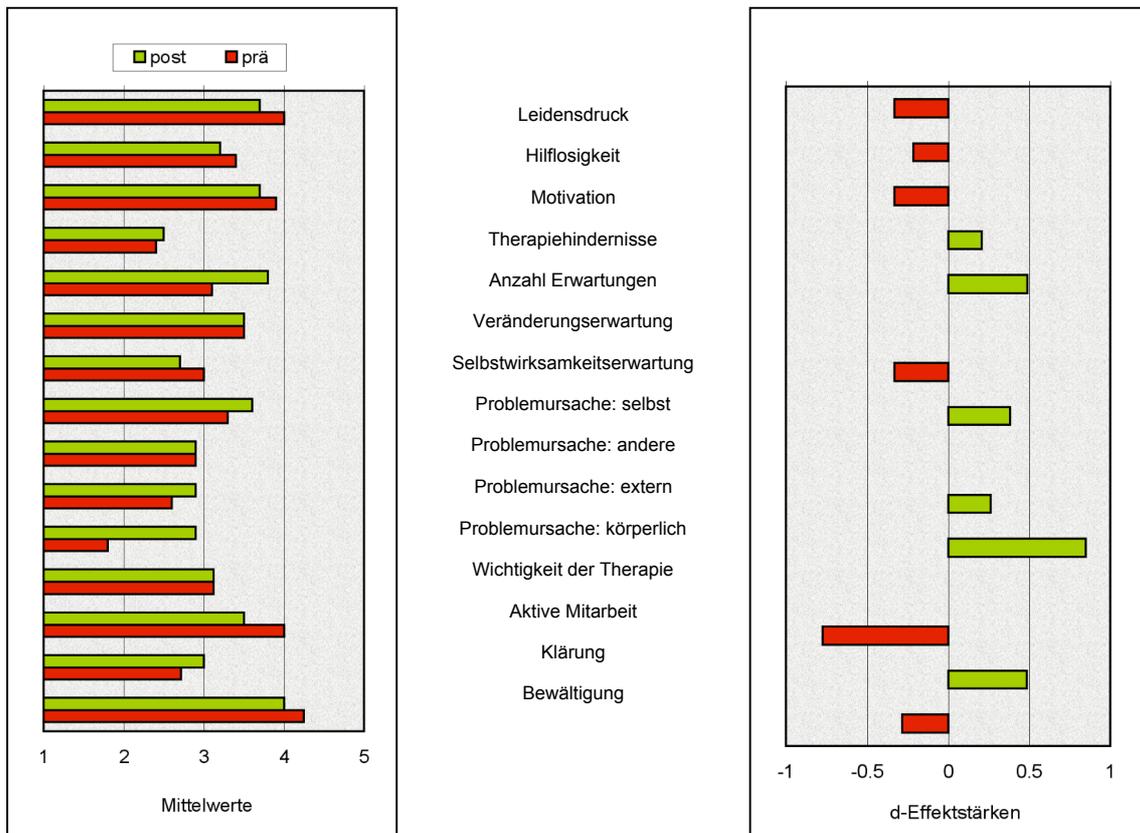


Abb. 4.12: Fremdeinschätzung der Erwartungen im TEMO bei PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit Therapievorbereitung indiziert (n = 10); Vergleich der Prä- und Postwerte; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken

Experimentalgruppe mit TV indiziert: TEMO post vs. prä

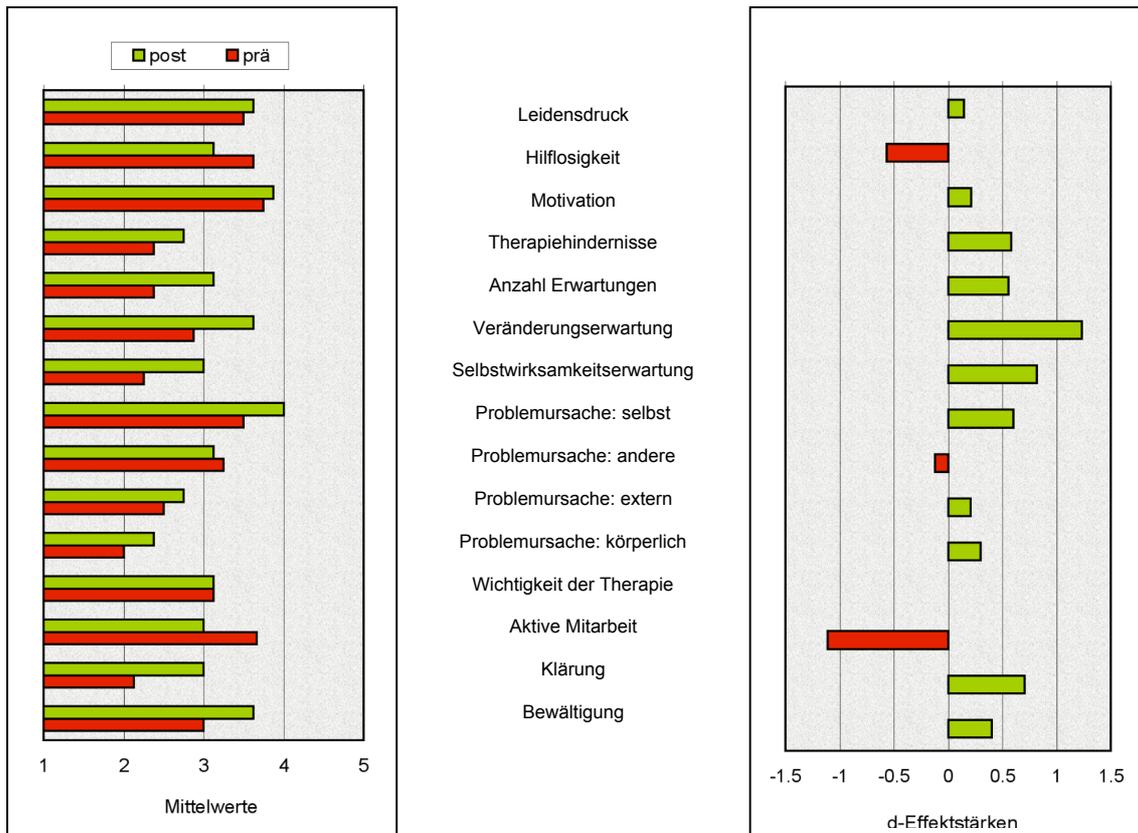


Abb. 4.13: Fremdeinschätzung der Erwartungen im TEMO bei PatientInnen aus der Experimentalgruppe mit Therapievorbereitung indiziert (n=8); Vergleich der Prä- und Postwerte; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken

Nach Abzug der Therapien mit zusätzlicher Ressourcenintervention (Abb. 4.14) blieb jedoch nur noch einer dieser positiven Effekte übrig: die Zunahme der Ursachenzuschreibung zu sich selbst. Ausserdem wurden auch körperliche Ursachenzuschreibungen häufiger gemacht. Die Therapiehindernisse wurden stärker wahrgenommen und die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit sank. Die Ergebnisse sind jedoch nur als vorläufige Tendenzen zu betrachten, da es sich hier nur noch um vier PatientInnen handelt.

EG mit TV indiziert (ohne Ressourcenstichprobe): TEMO post vs. prä

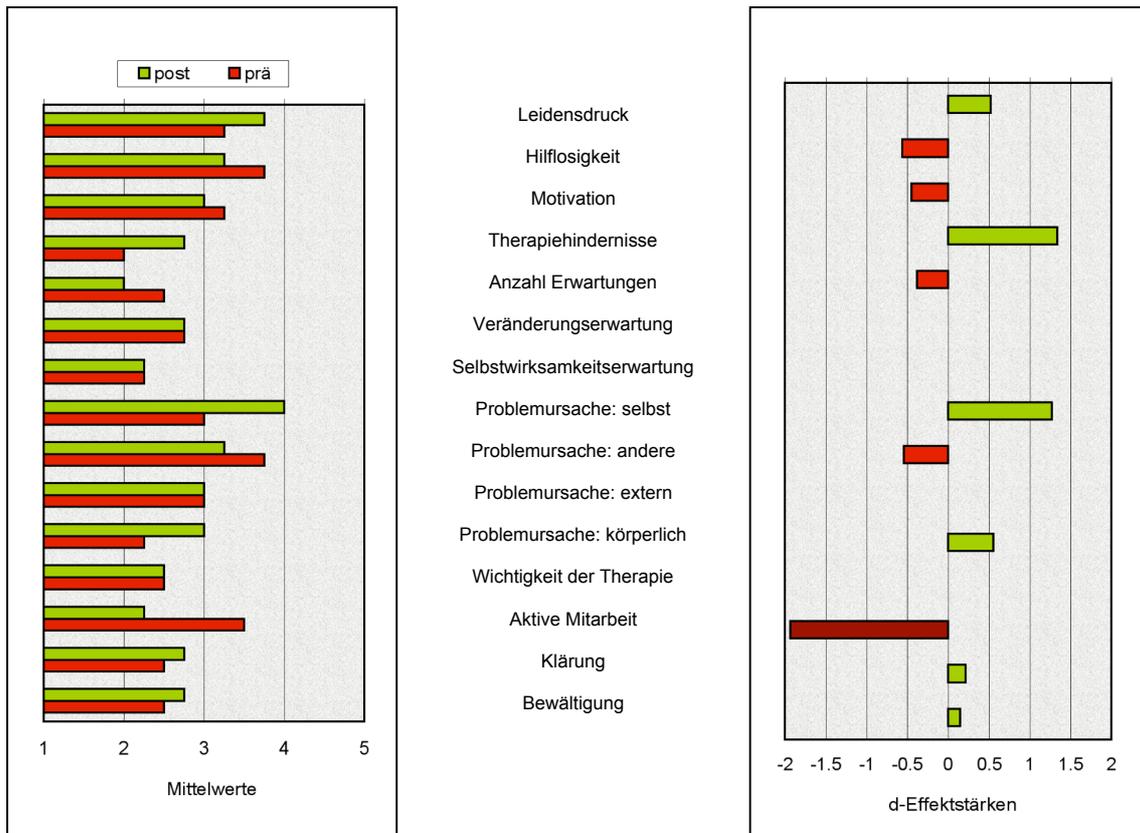


Abb. 4.14: Fremdeinschätzung der Erwartungen im TEMO bei PatientInnen aus der Experimentalgruppe mit Therapievorbereitung indiziert, ohne Ressourcenintervention (n=4); Vergleich der Prä- und Postwerte; Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken (dunkler Balken bei den Effektstärken = signifikanter Unterschied im t-Test, $p < .05$)

4.4.2 Vergleich des Therapiebeginns bei Kontrollgruppe und Experimentalgruppe

Die Qualität des Therapiebeginns bei der Kontrollgruppe und Experimentalgruppe ist wieder mit Hilfe des Patienten- und Therapeutenstundenbogens angegeben. Es werden zuerst die Profile der Mittelwerte und d-Effektstärken im Patienten- und Therapeutenstundenbogen aufgezeigt und danach die genauen Verlaufsprofile im Patienten- und Therapeutenstundenbogen über die Sitzungen eins bis fünf. Von den 12 PatientInnen aus der Experimentalgruppe hat eine Patientin die Therapie nach dem Therapievorbereitungsgespräch abgebrochen, (vor allem wegen einem bevorstehenden Wohnortswechsel), so dass die Prozessmerkmale des Therapiebeginns der verbleibenden 11 PatientInnen aus der Experimentalgruppe dargestellt werden.

Es zeigt sich, dass die Therapievorbereitung einen klaren Effekt auf die Prozessmasse des Therapiebeginns sowohl aus Sicht der PatientInnen (Abb. 4.15) als auch aus Sicht der TherapeutInnen (Abb. 4.16) ausübte. Insbesondere verbesserten sich gegenüber der Kontrollgruppe die Kontrollerfahrungen der PatientInnen, das Aufgehobensein und die Problemaktivierung / emotionale Beteiligung (auch statistisch signifikant) sowie die Problembewältigung und die Therapiefortschritte.

Diese Effekte blieben aus Sicht der PatientInnen auch nach Abzug der Ressourcenstichprobe vorhanden (Abb. 4.17) oder verstärkten sich sogar noch wie dies bei der Einschätzung der Therapiefortschritte der Fall war. Aus Sicht der TherapeutInnen (Abb. 4.18) blieb der Effekt der Therapievorbereitung nach Abzug der Ressourcenstichprobe insgesamt ebenfalls erhalten, es gab jedoch eine Verschiebung bezüglich der Art der Prozessmerkmale, welche beeinflusst wurden. Die TherapeutInnen führten den Einfluss der Therapievorbereitung weniger auf eine bessere Therapiebeziehung zurück, sondern mehr auf die bessere Bearbeitung interpersonaler Aspekte sowie weniger auf Bewältigungs- und mehr auf Klärungserfahrungen. Der Effekt in Bezug auf die Therapiefortschritte insgesamt blieb relativ konstant. Insgesamt wurden die PatientInnen aus der Stichprobe ohne Ressourcenintervention von den TherapeutInnen als interaktionell schwieriger eingeschätzt.

PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert: EG vs. KG
Patientenstundenbogen

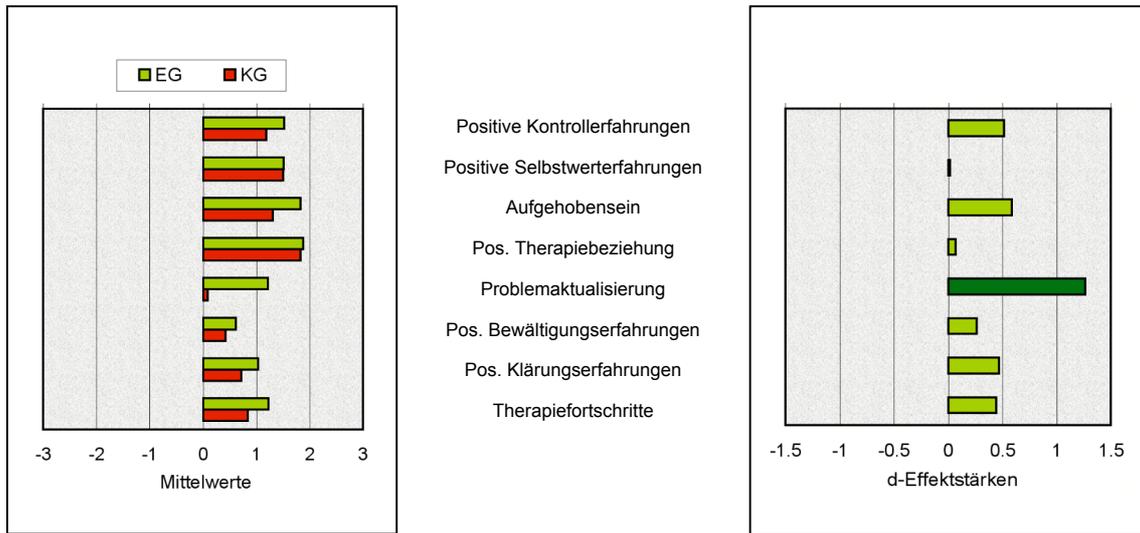


Abb. 4.15: Patientenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert aus der Experimentalgruppe (n=11) vs. Kontrollgruppe (n=16); Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken (dunkler Balken bei den Effektstärken = signifikanter Unterschied im t-Test, $p < .05$); 1.-5. Sitzung gemittelt

PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert: EG vs. KG
Therapeutenstundenbogen

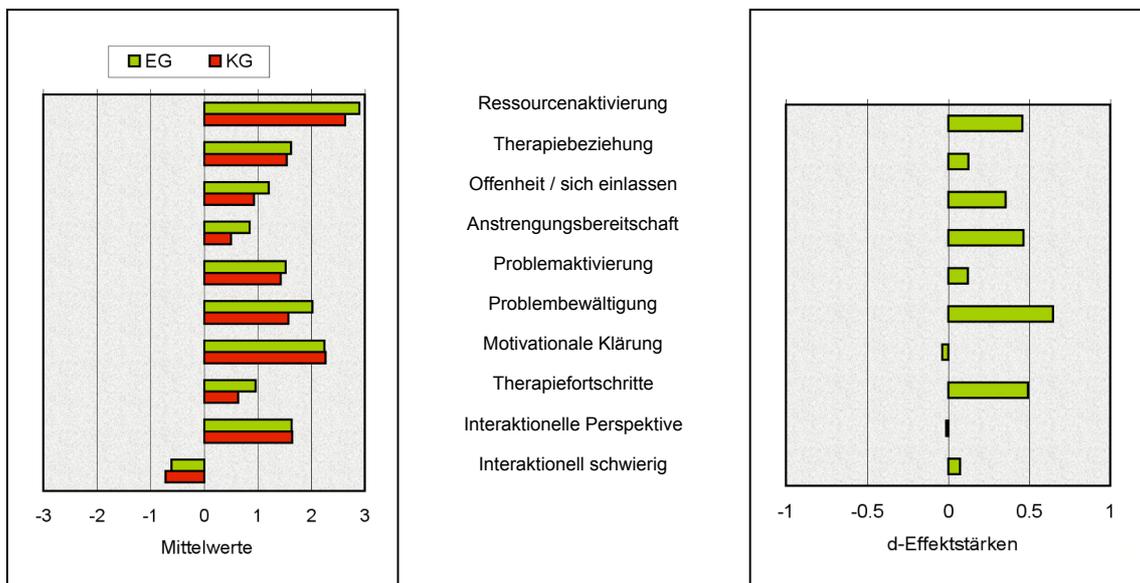


Abb. 4.16: Therapeutenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert aus der Experimentalgruppe (n=11) vs. Kontrollgruppe (n=16); Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken; 1.-5. Sitzung gemittelt

PatientInnen mit TV indiziert: EG (ohne Ressourcenstichprobe) vs. KG
Patientenstundenbogen

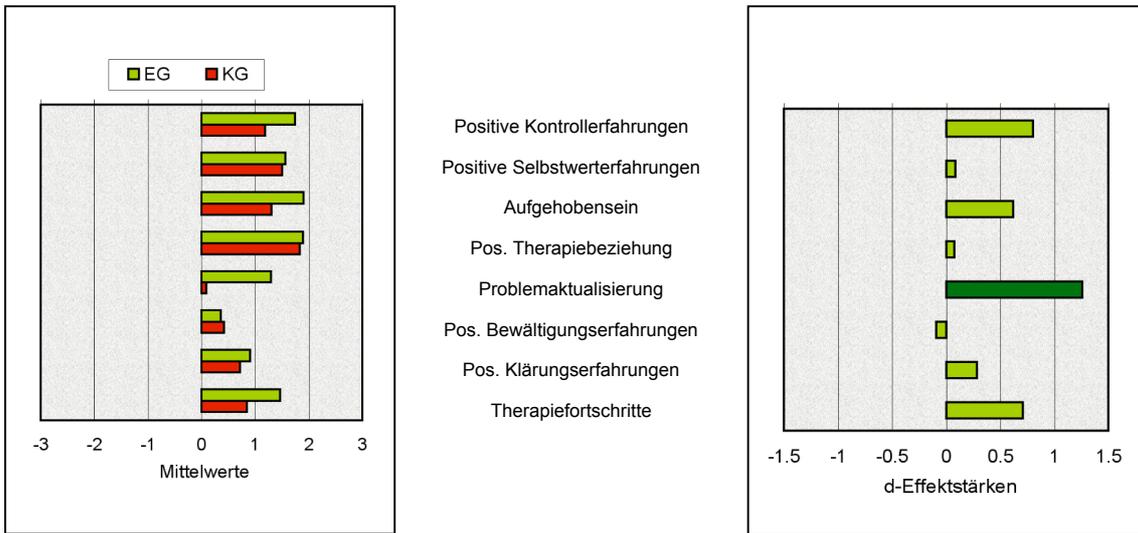


Abb. 4.17: Patientenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert aus der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention (n=6) vs. Kontrollgruppe (n=16); Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken (dunkler Balken bei den Effektstärken = signifikanter Unterschied im t-Test, $p < .05$); 1.-5. Sitzung gemittelt

PatientInnen mit TV indiziert: EG (ohne Ressourcenstichprobe) vs. KG
Therapeutenstundenbogen

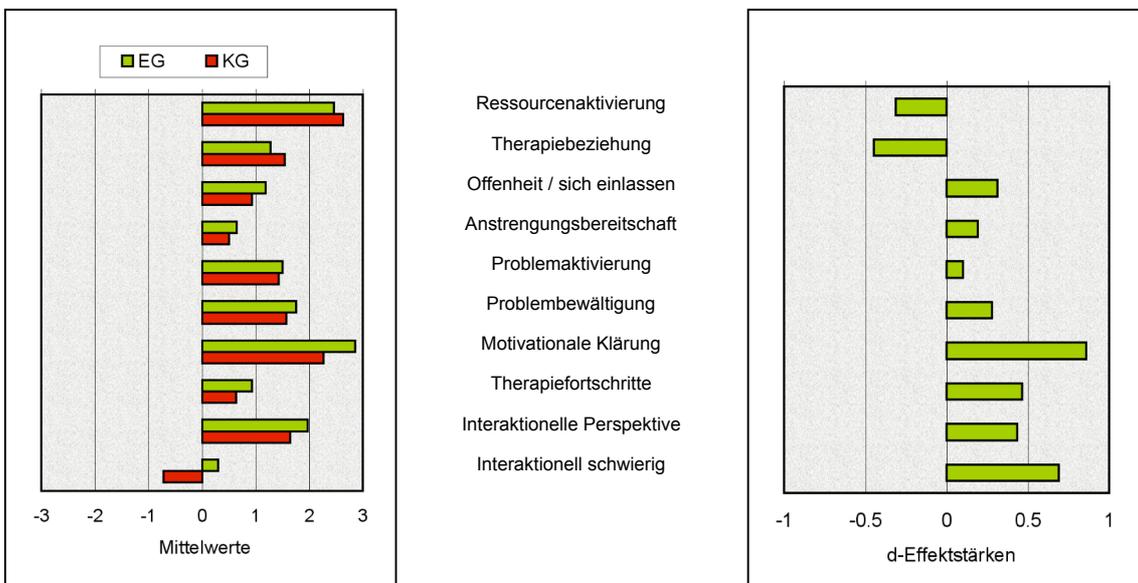


Abb. 4.18: Therapeutenstundenbogenbeurteilungen bei PatientInnen mit Therapievorbereitung indiziert aus der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention (n=5) vs. Kontrollgruppe (n=16); Unterschiede in Mittelwerten und Effektstärken; 1.-5. Sitzung gemittelt

Zur Veranschaulichung der genannten Effekte der Therapievorbereitung auf den Therapiebeginn, sind in den Abbildungen 4.19 bis 4.22 die Verläufe der Prozessmerkmale der gesamten Experimentalgruppe (n=11) im Vergleich zur Kontrollgruppe (n=16) über die ersten fünf Sitzungen dargestellt.

Es zeigt sich, dass die meisten Effekte über die ersten fünf Sitzungen konstant bleiben, währenddem die Effekte einiger Prozessmerkmale wie die Selbstwerterfahrungen, die Problemaktivierung, die Klärungserfahrungen sowie die Therapiefortschritte aus Sicht der PatientInnen und die Anstrengungsbereitschaft der PatientInnen, die Problemaktivierung und die Bewältigungserfahrungen aus Sicht der TherapeutInnen, noch zunehmen.

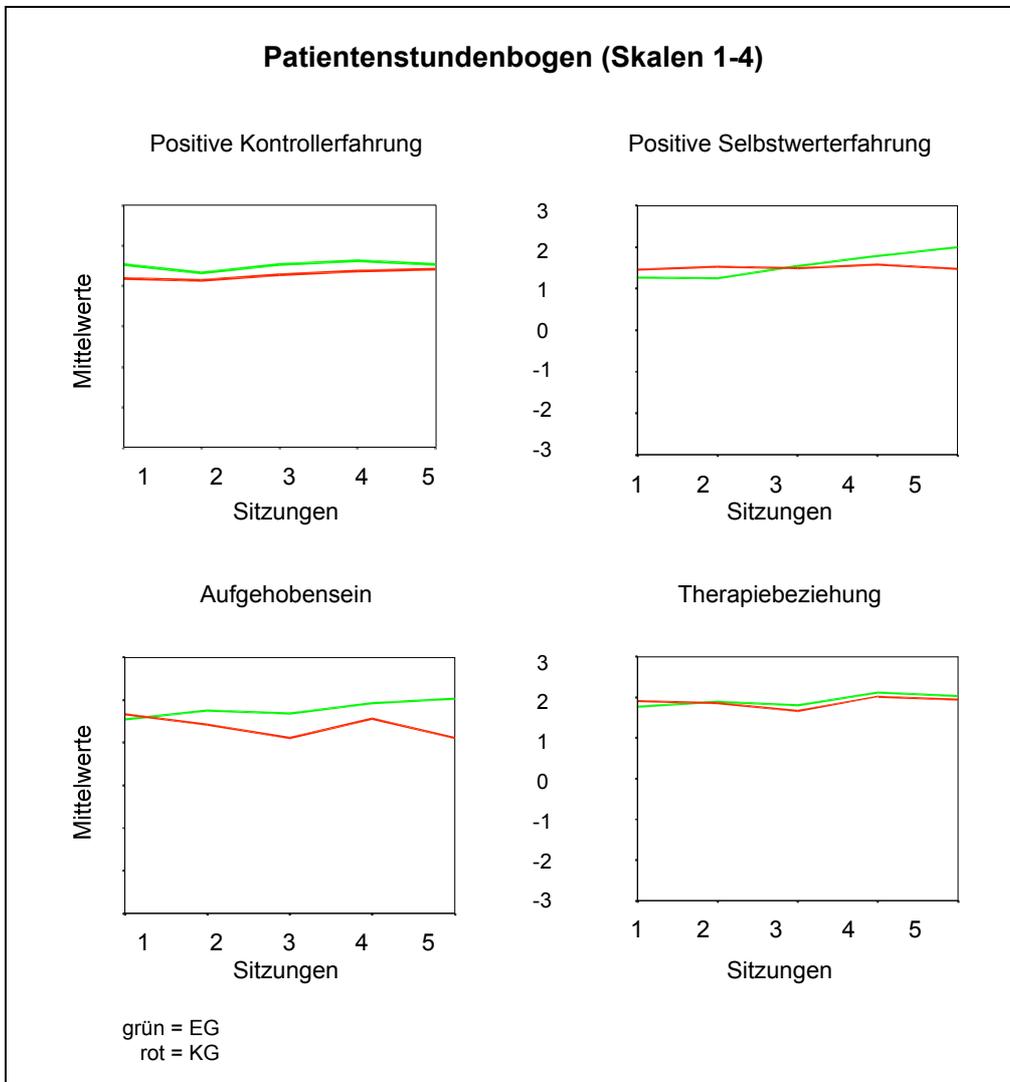


Abb. 4.19: Verlauf der Skalen 1-4 des Patientenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapievorbereitung indiziert, Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe (n=11) und der Kontrollgruppe (n=16)

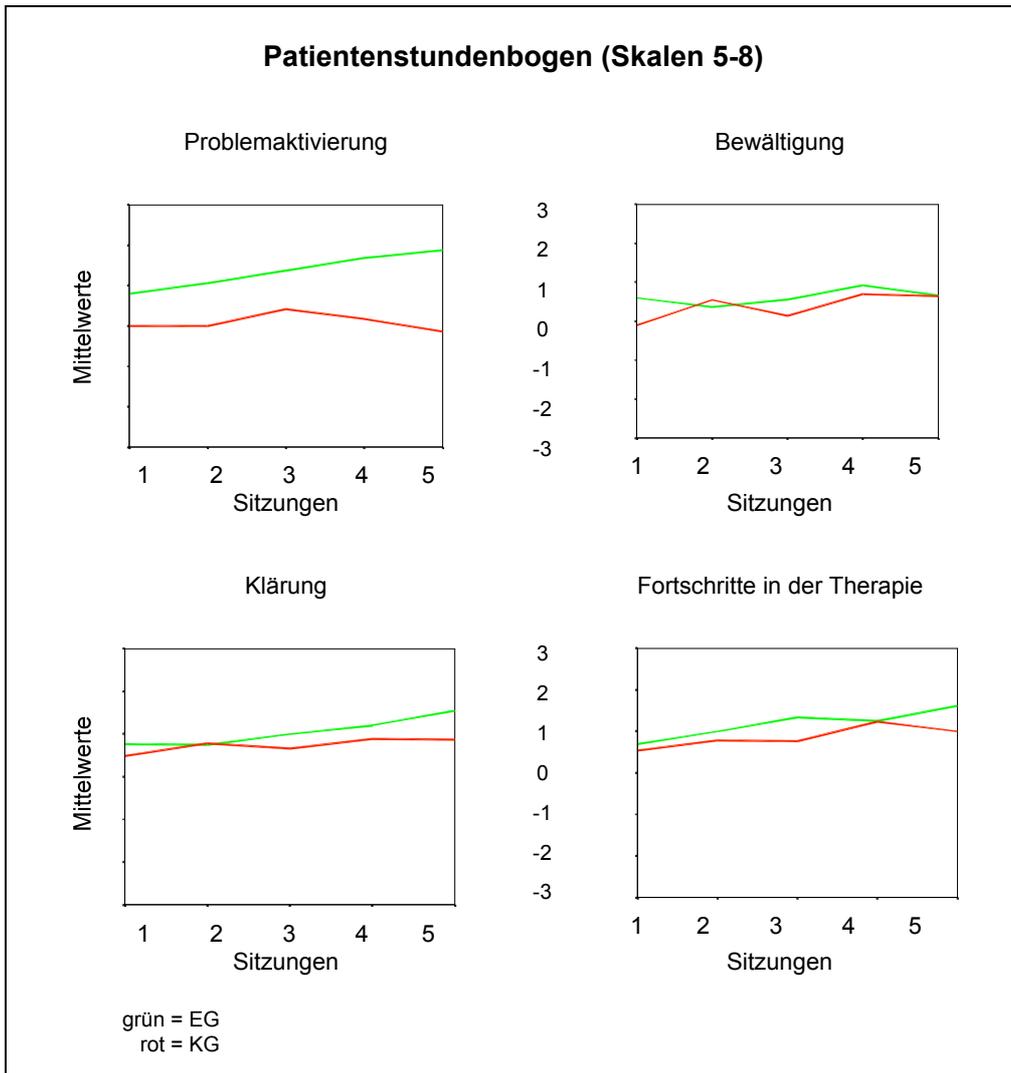


Abb. 4.20: Verlauf der Skalen 5-8 des Patientenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapie Vorbereitung indiziert., Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe (n=11) und der Kontrollgruppe (n=16)

Ein auffälliges Profil zeigt sich bezüglich der Ressourcenaktivierung, gemessen im Therapeutenstundenbogen (Abb. 4.22). Sie war für die Experimentalgruppe nach der ersten Sitzung sehr viel höher eingeschätzt worden als bei der Kontrollgruppe und hat sich dann im Verlauf der weiteren vier Sitzungen an das Niveau der Kontrollgruppe angeglichen. Es ist unklar, worauf dieser Effekt zurückzuführen ist.

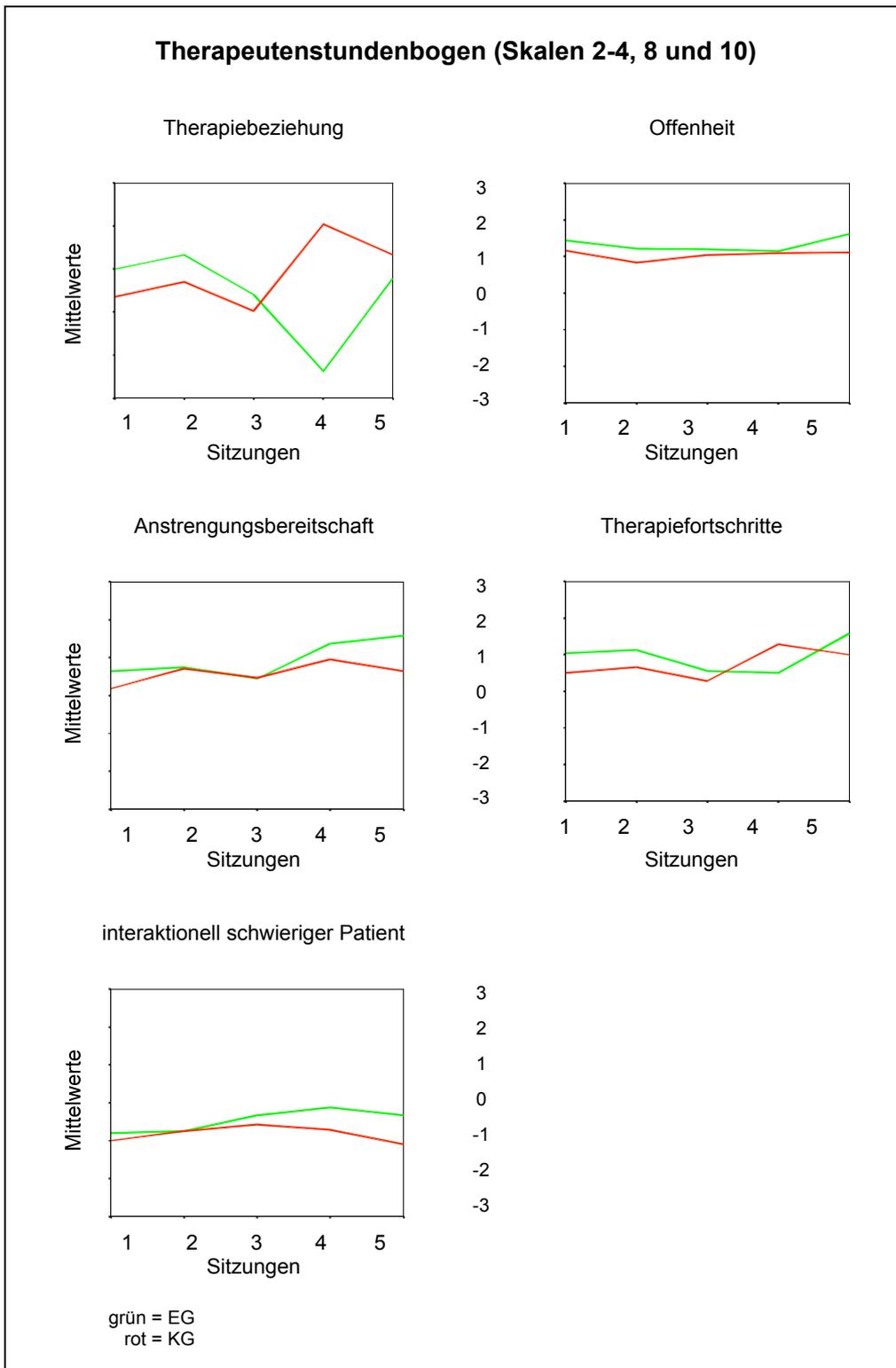


Abb. 4.21: Verlauf der Skalen 2-4, 8 und 10 des Therapeutenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapie Vorbereitung indiziert., Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe (n=11) und der Kontrollgruppe (n=16)

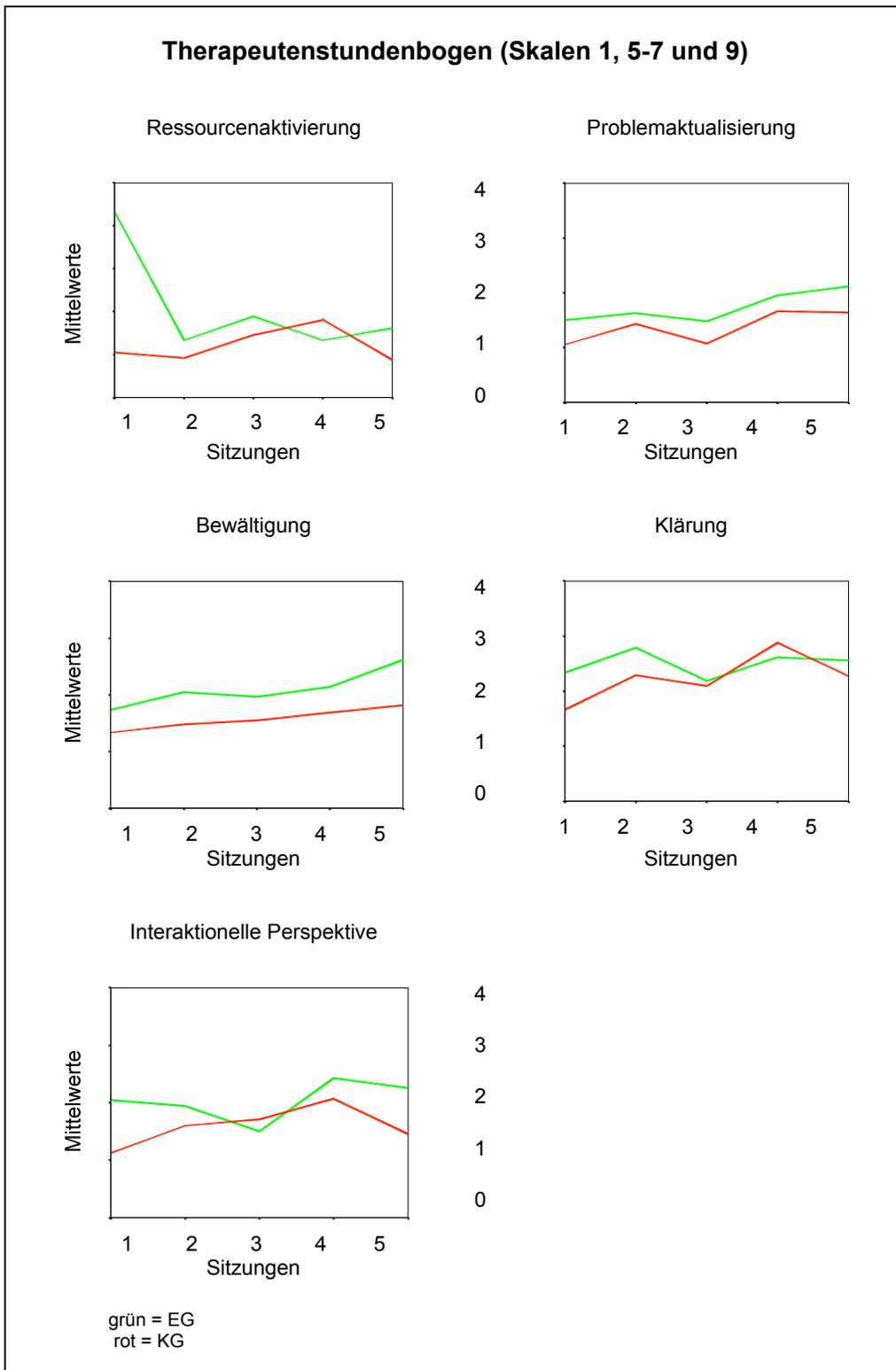


Abb. 4.22: Verlauf der Skalen 1, 5-7 und 9 des Therapeutenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapie Vorbereitung indiziert: Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe (n=11) und der Kontrollgruppe (n=16)

Zum Vergleich sind die Verlaufsprofile über die ersten fünf Sitzungen der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention (n=6, resp. 5 im Therapeutenstundenbogen) im Vergleich zur Kontrollgruppe (n=16) in den Abbildungen 4.23 bis 4.26 dargestellt. Auch hier bleiben die meisten Effekte über die ersten fünf Sitzungen hinweg konstant. Einzig die Problemaktivierung aus Sicht der PatientInnen und die Anstrengungsbereitschaft der PatientInnen aus Sicht der TherapeutInnen nehmen in dieser Zeit noch zu.

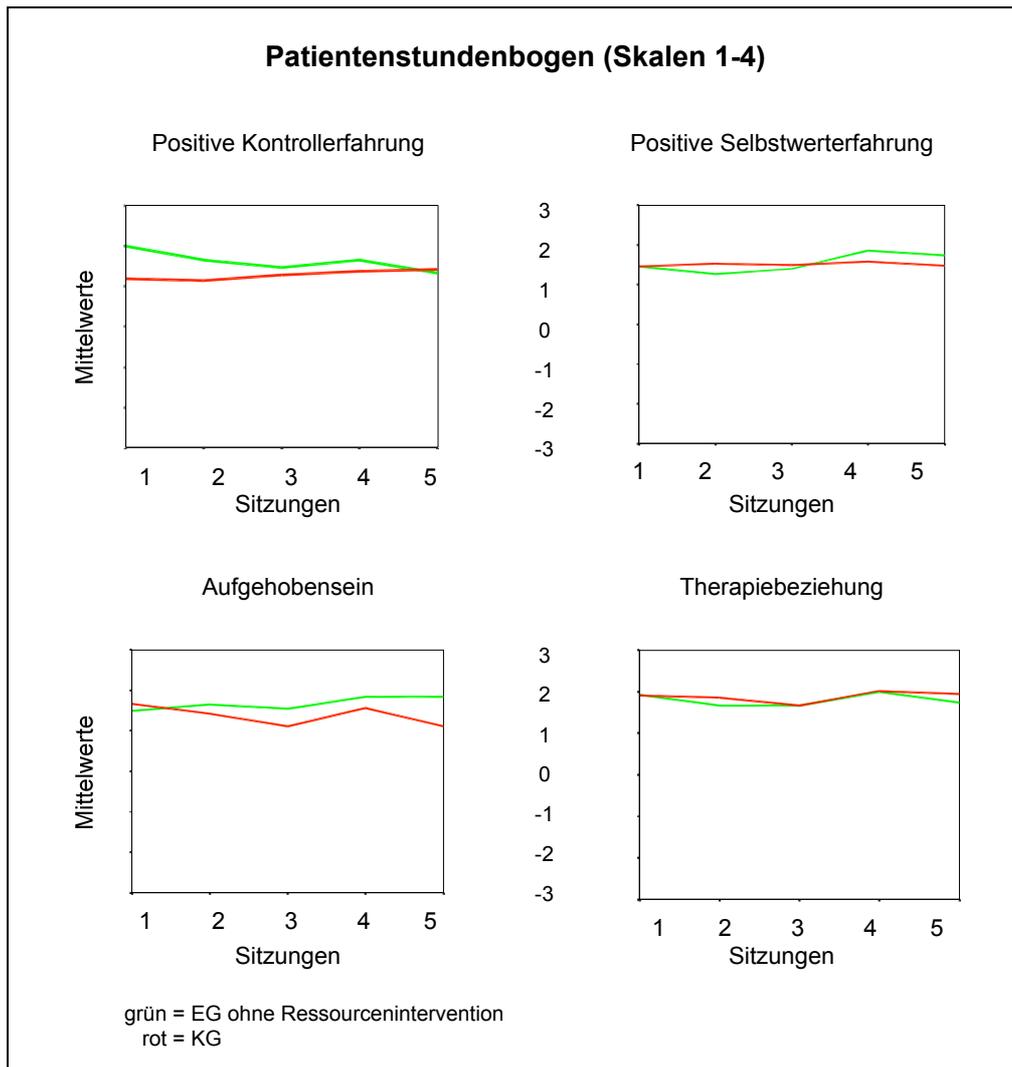


Abb. 4.23: Verlauf der Skalen 1-4 des Patientenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapie Vorbereitung indiziert, Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention (n=6) und der Kontrollgruppe (n=16)

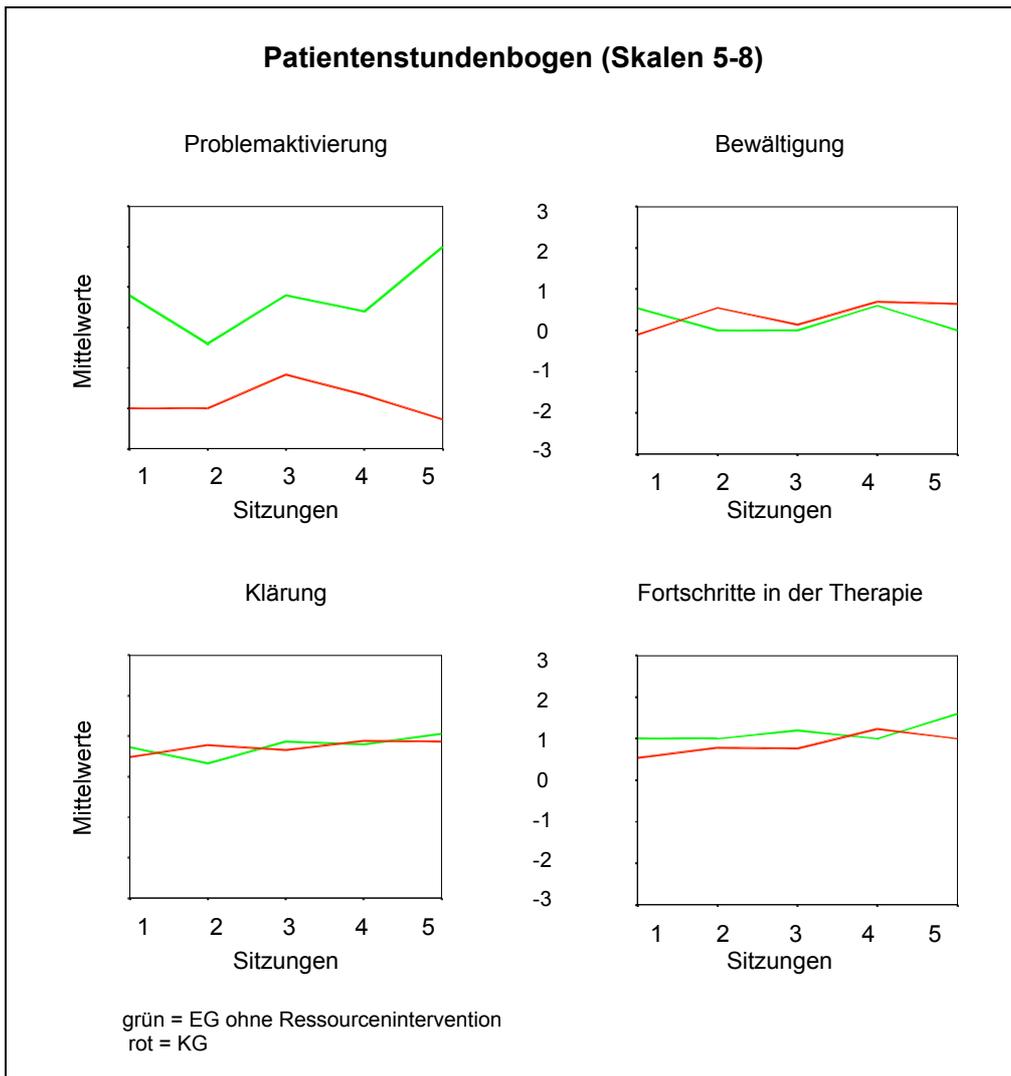


Abb. 4.24: Verlauf der Skalen 5-8 des Patientenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapievorbereitung indiziert., Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention (n=6) und der Kontrollgruppe (n=16)

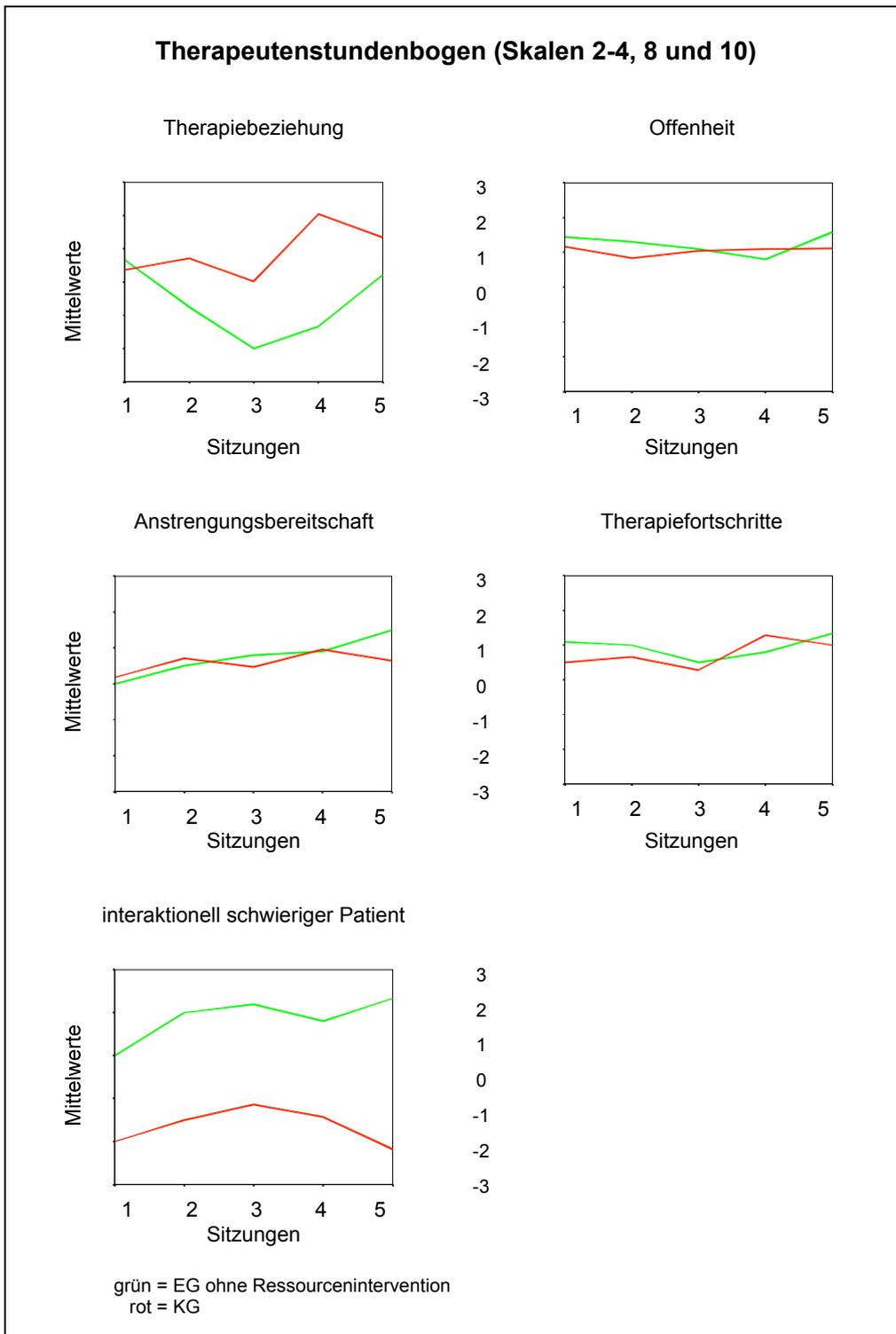


Abb. 4.25: Verlauf der Skalen 2-4, 8 und 10 des Therapeutenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapievorbereitung indiziert.; Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention (n=5) und der Kontrollgruppe (n=16)

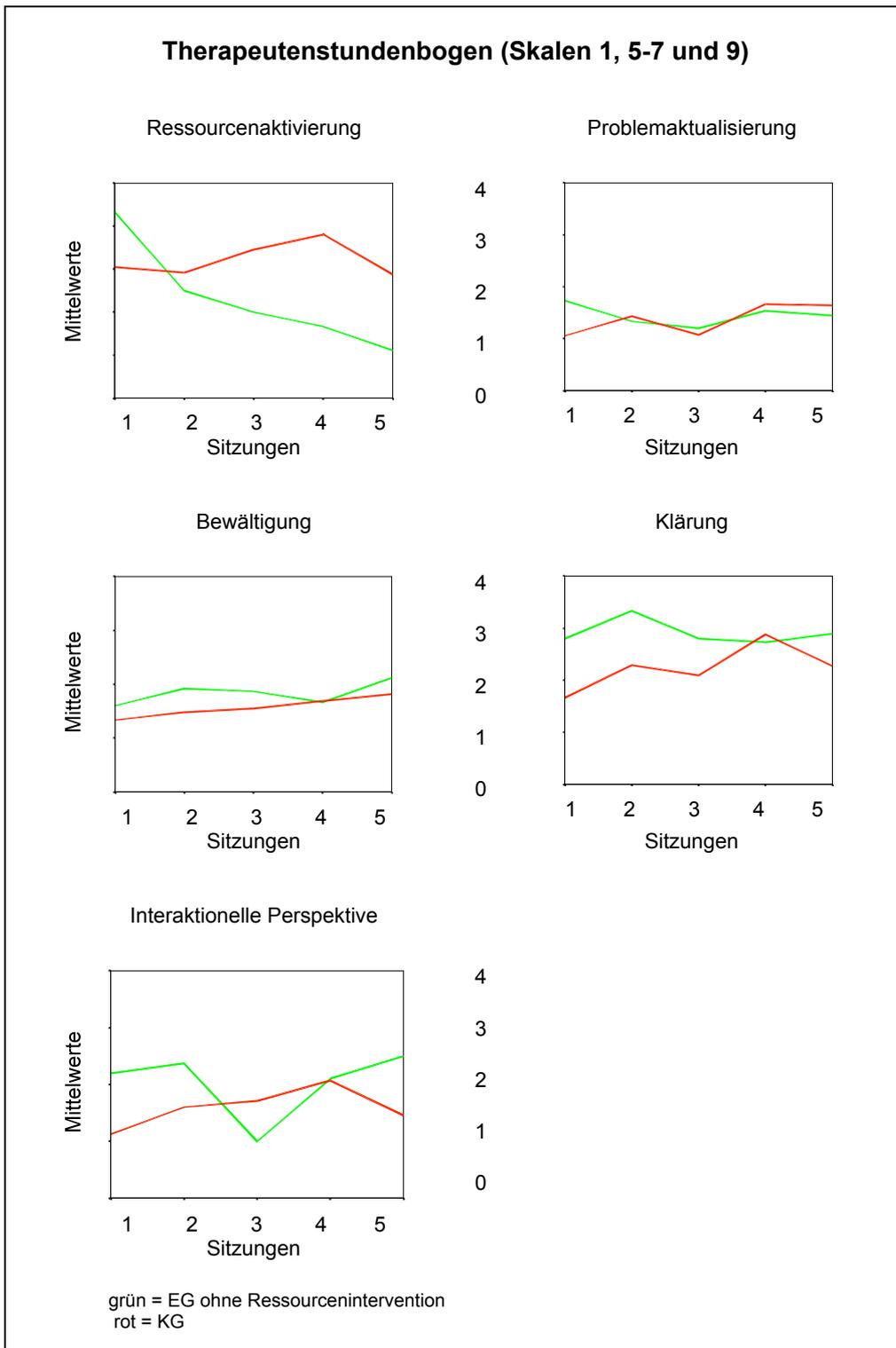


Abb. 4.26: Verlauf der Skalen 1, 5-7 und 9 des Therapeutenstundenbogens über die ersten fünf Sitzungen, bei Therapien mit Therapie Vorbereitung indiziert.; Vergleich der Mittelwerte der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention (n=5) und der Kontrollgruppe (n=16)

4.4.3 Vergleich der Therapieabbruchraten bei Kontrollgruppe und Experimentalgruppe

Es wurde angenommen, dass die Therapieabbruchrate bei der Experimentalgruppe aufgrund der durchgeführten Therapievorbereitungsgespräche geringer sei als bei der Kontrollgruppe. Dies war nicht der Fall, die Abbruchraten sind circa gleich hoch (siehe Tab. 4.11).

Tab. 4.11: Zahl der Therapieabbrüche zwischen Sitzung 1-5 und zwischen Sitzung 6-10 bei den Therapien mit Therapievorbereitung indiziert aus der Kontrollgruppe (n=16) und Experimentalgruppe (n=12)

| | KG | EG | Total |
|---|-------------------|-------------------|--------------|
| Zahl der Abbrüche nach der Therapievorbereitung | 0 | 1 | 1 |
| Zahl der Abbrüche zwischen Sitzung 1-5 | 3 | 0 | 3 |
| Zahl der Abbrüche zwischen Sitzung 6-10 | 0 | 1 | 1 |
| Total | 3 von 16 = 19% | 2 von 12 = 17% | 5 |

Zusammenfassung

Die zentralen Hypothesen der vorliegenden Arbeit konnten grösstenteils bestätigt werden. Die Therapien mit erfolgter Therapievorbereitung zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe (mit Therapievorbereitung indiziert, aber noch nicht durchgeführt) **verbesserte Erwartungen aus Therapeutensicht**. Aus Sicht der PatientInnen zeigte sich lediglich ein Trend in diese Richtung bei der Unterstichprobe der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention.

In Bezug auf die **Verbesserung des Therapiebeginns** zeigten sich **klare Effekte**. Die PatientInnen aus der Experimentalgruppe zeigten sowohl aus Sicht der PatientInnen selber als auch aus Sicht der TherapeutInnen mehr Kontrollerfahrungen, Problemaktivierung, Problembewältigung und Therapiefortschritte sowie ein besseres Aufgehobensein in der Therapie in den ersten fünf Sitzungen. Ausserdem erhielt sich dieser Effekt auch nach Abzug der Stichprobe, bei welcher zusätzlich eine Ressourcenintervention durchgeführt worden war.

Auf dem Hintergrund der **stärkeren Belastung der Experimentalgruppe** im Vergleich zur Kontrollgruppe vor Beginn der Therapie (siehe Kap. 4.1) ist der Effekt umso deutlicher, da es schwieriger war, bei den PatientInnen aus der Experimentalgruppe den Einstieg in die Therapie zu verbessern.

4.5 Qualitative Auswertung der Therapievorbereitung

Im Folgenden werden die durchgeführten Therapievorbereitungsgespräche mit Hilfe der DVD-Aufnahmen und der Informationen aus der Abklärung inhaltlich ausgewertet und in Form von Einzelfallanalysen dargestellt. Da von den 12 durchgeführten Therapievorbereitungsgesprächen zwei DVD-Aufnahmen fehlten, können 10 Therapievorbereitungsgespräche genauer analysiert werden.

Wie im Methodenteil (Kap. 3.5.1) beschrieben, können die Therapievorbereitungsgespräche aus unterschiedlichen Gründen indiziert sein: zur Erhöhung der Veränderungserwartung, zur Verbesserung der Therapiemotivation, zur Veränderung problematischer Erwartungen und / oder um mögliche zukünftige Schwierigkeiten oder Befürchtungen des Patienten ansprechen zu können. Letztere, das Ansprechen problematischer Erwartungen des Patienten und das Ansprechen möglicher zukünftiger Schwierigkeiten, sind im Methodenteil (Kap. 3.5.2) unter dem Stichwort „Checkliste für individuelle Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs“ in Tabelle 3.15 zusammengestellt. Es handelt sich um theoretisch hergeleitete Inhalte. Beim Ansprechen problematischer Erwartungen des Patienten sind unter anderem genannt: das Ansprechen von inadäquaten Ursachenvorstellungen / eines inadäquaten subjektiven Problemverständnisses oder von inadäquaten Rollenerwartungen des Patienten. Beim Ansprechen von möglichen zukünftigen Schwierigkeiten oder von Befürchtungen des Patienten sind unter anderem genannt: das Ansprechen von interaktionellen Schwierigkeiten des Patienten, mangelndem Leidensdruck, sekundärem Störungsgewinn, Konfliktvermeidung, geringer Veränderungsmotivation, Schwierigkeiten in die Therapie zu kommen, geringer Wichtigkeit der Therapie, schlechter früherer Therapieerfahrungen und Chronizität der Störung.

Auf diesem Hintergrund ist es nun interessant zu wissen, welche der oben aufgeführten Gründe für eine Therapievorbereitung und welche individuellen Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs tatsächlich in der therapeutischen Praxis zum Zuge gekommen und wie häufig sie aufgetreten sind.

Deshalb sollen im Folgenden, in einem ersten Teil für jeden Einzelfall **drei Fragen** beantwortet werden: erstens, aus welchen der oben genannten **Gründe** das **Therapievorbereitungsgespräch** durchgeführt wurde; zweitens, **welche Schwierigkeiten und Befürchtungen thematisiert** wurden und drittens, welche Schwierigkeiten und Befürchtungen **von wem** (PatientIn oder TherapeutInnen) thematisiert wurden. In einem zweiten Teil sollen diese Antworten zu den 10 dargestellten Einzelfällen kategorisiert und zusammenfassend ausgewertet werden.

4.5.1 Kurzbeschreibung der 10 PatientInnen und deren Therapie- vorbereitungsgespräche

Die wichtigsten **Informationen aus der Abklärung** der einzelnen PatientInnen sind jeweils in einer Tabelle zusammengestellt. Es finden sich in dieser Tabelle auf der einen Seite Informationen aus der *Sicht der AbklärerInnen und des Klinischen Teams*: Diagnose(n) nach DSM-IV (APA, 1994), Informationen zum sozialen Umfeld, körperliche Probleme, Therapieziele, Hinweise für die Beziehungsgestaltung und die Gründe für das Therapievorbereitungsgespräch. Alle diese Informationen stammen aus dem Protokoll der Indikationssitzung des Klinischen Teams. Auf der anderen Seite finden sich in der Tabelle *Informationen die von den PatientInnen* stammen: Erwartungen an die Therapie, welche die PatientInnen im Erstgespräch geschildert haben (aus dem Protokoll des Erstgesprächs) und die (nach Angaben der PatientInnen) fünf wichtigsten Therapieziele aus dem Berner Therapiezielinventar (BIT; Grosse Holtforth, 2001; siehe Anhang D), welches die PatientInnen vor dem Erstgespräch ausfüllen. Mit Hilfe dieser Informationen kann die erste oben aufgeführte Frage nach den Gründen für die Therapievorbereitungsgespräche beantwortet werden. Zur Beantwortung der zweiten und dritten Frage, welche möglichen Schwierigkeiten oder Befürchtungen der PatientInnen von wem thematisiert wurden, ist für jeden Einzelfall die **4-Felder-Tafel der** während des Therapievorbereitungsgesprächs besprochenen **Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie** in einer zweiten Tabelle aufgeführt.

1. Patientin A.

Die Informationen aus der Abklärung von Patientin A. sind in Tabelle 4.12 dargestellt. Der Grund für das Therapievorbereitungsgespräch war das eher **enge Problemverständnis** der Patientin. Sie wollte in der Therapie vor allem lernen sich besser durchsetzen zu können, ihre Unsicherheit zu überwinden und hat sich erhofft, dass sich dadurch auch die Probleme zu Hause mit ihrem Mann verbessern. Für das Therapievorbereitungsgespräch wurde ihr Ehemann auch eingeladen und es wurde ihnen eine Paartherapie vorgeschlagen, da die Probleme der Patientin z.T. auch auf Kommunikationsprobleme und sonstige Probleme mit ihrem Mann zurückzuführen sind. Der Ehemann konnte seinen Anteil an den Problemen der Patientin sehen und seinen Gewinn an einer Mitarbeit und das Angebot für eine Paartherapie wurde von beiden gleichermassen befürwortet.

Tab. 4.12: Informationen aus der Abklärung von Patientin A.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Sicht der Patientin: Erwartungen: Äusserungen der Patientin, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patientin A., 50 Jahre | |
|---|--|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Depressive Störung NNB, gemischt, Partnerschaftsproblem, Hinweise auf selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung - Epilepsie - schwierige Kindheit (Scheidung der Eltern), gewalttätige Stiefmutter, Kontaktabbruch zum Vater - Exploration des Umfeldes / Familie des Mannes → Stärkung seiner Coping-Fähigkeiten / Ressourcen - unklare System- und Subsystemgrenzen (ganze Familie im Dorf) - Verarbeitung der Eileiterschwangerschaft - Patientin ist unsicher (bezüglich ihrer Entscheidungen / Trennung) - Zusammenarbeit mit Hausarzt bezüglich Epilepsie & Medikamente |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Beziehung, Familiensituation, Zittern / Unsicherheit, Umgang mit Epilepsie |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - eigene Bedürfnisse, Perspektive in Beziehung, eigene Geschichte (Trennung, Beziehung zum Vater) |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - Patientin ist sehr duldsam, steckt viel ein → Bedürfnisse beachten - Ressourcen: Musik / Gesang, Hund, Spaziergang - Tapferkeit der Patientin - falls Paarsitzungen: Motivation des Mannes klären - trotz Belastung optimistische Grundhaltung |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - Den Ehemann gewinnen für eine Paartherapie, da die Probleme der Patientin auch mit ihm zusammenhängen. |
| Besonderes: | <ul style="list-style-type: none"> - Paarsetting, gegebenenfalls mit Einzelsetting für beide |
| Sicht der Patientin | |
| Erwartungen der Patientin: | <ul style="list-style-type: none"> - Die Klientin möchte lernen sich ohne Angst durchzusetzen. „Wenn ich mich durchsetzen kann, wird es auch zu Hause besser gehen.“ |
| Therapieziele der Patientin: | <ul style="list-style-type: none"> - Meine Depression wegzubringen, wieder mehr lachen können und mit meinen Kindern Spass haben. - Beim Musikmachen oder beim Sprechen mit den Leuten mein Körperschlottern bekämpfen. - Meine epileptischen Anfälle akzeptieren. - Mich besser behaupten, wenn mich etwas stört oder wenn ich nicht einverstanden bin. - Mit den negativen Sachen im Leben zurecht kommen, z.B. dass ich immer ohne Partner mit meinen Kindern bin. |

Die 4-Felder-Tafel der Vor- und Nachteile der Paartherapie vs. keine Therapie, die unter anderem dazu benutzt wurde, um Schwierigkeiten und Befürchtungen des

Ehepaars zu besprechen, ist in Tabelle 4.13 dargestellt. Für die Nachteile der Therapie und die Vorteile von „keine Therapie“ wurde zusätzlich unterschieden, wer die Argumente in die Diskussion eingebracht hat. Unterstrichen sind dabei jene Argumente, die vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden. Die nicht unterstrichenen stammen von der Patientin und ihrem Ehemann. Es fällt auf, dass bis auf einen Nachteil (Zeitaufwand), alle Gegenargumente gegen eine Therapie von der Abklärerin und vom zukünftigen Therapeuten in die Diskussion eingebracht wurden. Das Ehepaar hat diese Einwände im nachhinein auch bejaht. Als Einwände wurden neben dem Zeitaufwand genannt: finanzielle Kosten, Gerede von anderen Leuten im Dorf, schmerzhaftes Auseinandersetzen mit den Problemen, Angst, der Sündenbock für die Probleme zu sein / selber zu kurz zu kommen, kurzfristige negative Konsequenzen für die Beziehung und die Unsicherheit, welche durch eine mögliche Veränderung ausgelöst wird.

Tab. 4.13: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Paartherapie vs. keine Therapie von Patientin A.; unterstrichen = Argumente, die vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|---|
| Paar-Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Lernen, miteinander zu sprechen - besser mit Unsicherheit umgehen können, sich durchsetzen können, nein sagen können - Familie, Umgang mit Kindern verbessern - Beziehung verbessert sich | <ul style="list-style-type: none"> - Zeit - <u>Geld</u> - <u>Reden von anderen Leuten</u> - <u>Auseinandersetzung mit Problemen ist manchmal schmerzhaft (Klärung und Bewältigung)</u> - <u>Angst, Sündenbock zu sein, selber zu kurz zu kommen</u> - <u>Kurzfristige negative Konsequenzen (Beziehung)</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - <u>weniger Aufwand (Zeit)</u> - <u>manchmal ist es einfacher, wenn alles beim Alten bleibt. Veränderung kann Unsicherheit auslösen</u> | <ul style="list-style-type: none"> - Würde nicht lernen, mich durchzusetzen - Trennung - Familie, Kinder: Wie weiter |

2. Patient B.

Die Erwartungen und Therapieziele des Patienten (siehe Tab. 4.14) stimmen nur teilweise mit denen des Klinischen Teams überein. Beide Parteien sind sich einig, dass an den Themen Erwartungen / Ansprüche / Versagensangst und am Thema Eltern gearbeitet werden sollte. In Bezug auf **Probleme im Umgang mit den Vorgesetzten**

externalisiert der Patient sehr stark. Dies war der Grund für die Therapievorbereitung, neben **antizipierten Schwierigkeiten in der Therapiebeziehung aufgrund des Autoritätsproblems des Patienten**. Es wurde z.B. befürchtet, dass der Patient eventuell Mühe haben könnte sich an Abmachungen zu halten. Im Therapie-vorbereitungsgespräch konnte zusammen mit dem Patienten eine breitere Sichtweise seiner Probleme erarbeitet werden, in der auch internale psychische Aspekte berücksichtigt sind. In Bezug auf die antizipierten Schwierigkeiten in der Therapiebeziehung konnte mit dem Patienten vereinbart werden, dass er offen Dinge anspricht, die ihn am Therapeuten stören.

Tab. 4.14: Informationen aus der Abklärung von Patient B.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Patientensicht: Erwartungen; Äusserungen des Patienten, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patient B., 21 Jahre | |
|---|---|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - lifetime: Verdacht auf MDE rezidivierend, vollremittiert, Verdacht auf narzisstische Persönlichkeit - Prüfungsängste / Versagensangst (in der Weiterbildung), körperliche Beschwerden, Probleme mit Vorgesetzten am Arbeitsplatz - Depressives Grübeln nach Kränkung - „Sensitizer“: Patient ist sehr aufmerksam gegenüber eigenen körperlichen Schwächen - hohe Empfindlichkeit gegenüber Kritik - Therapiesetting: Einzel und Paar |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Vorgesetzten, mit den Prüfungen, Regeln, Umgang mit Kritik |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Narzisstische Persönlichkeitszüge / Interaktionsverhalten, Erwartungen / Ansprüche, Biographie (Eltern) |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - Narzisstische Persönlichkeitszüge: Patient wünscht viel Aufmerksamkeit und Anerkennung - Hohe Kränkbarkeit, depressives Grübeln über Kränkungen - Hohe Erwartungen (z.B. gegenüber Aufmerksamkeit durch andere) |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - Die starke Externalisierung des Patienten (die Vorgesetzten sind schwierig). - Eventuelle Probleme in der Therapiebeziehung, wenn der Patient dazu angehalten wird Abmachungen einzuhalten. (Der Patient ist mehrmals zum Termin nicht erschienen.) |

| Patientensicht | |
|------------------------------|---|
| Erwartungen des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - mit Prüfungen klar kommen - evtl. mit Eltern klärendes Gespräch führen |
| Therapieziele des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Versagensangst bewältigen - Die Belastungen im Zusammenhang mit den Eltern bewältigen. - Den Umgang der Vorgesetzten mit ihrer Macht besser akzeptieren können. - Mir nicht zu viel vornehmen. |

Die Argumente gegen eine Therapie wurden gleichermassen vom Patienten wie von der Abklärerin und vom Therapeuten in die Diskussion eingebracht (Tab. 4.15). Argumente, die zwar vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden sind kursiv dargestellt. Die oben angesprochenen möglichen Probleme in der Therapiebeziehung wurden diskutiert und der Patient konnte sagen, dass es ihn stören würde, wenn der Therapeut sich zu cool verhalten würde.

Tab. 4.15: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patient B.; unterstrichen = Argumente, die vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv und unterstrichen = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|---|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - mehr Lebensgenuss - mehr Zeit - effizienteres Arbeiten - entspannteren Umgang mit anderen Leuten - mehr Energie - über viele Dinge nicht nachdenken müssen - positive Spirale: Dinge lockerer nehmen → es geht mir besser → Resultat ist besser → gehe mehr unter die Leute ... - bessere Beziehung zum Partner | <ul style="list-style-type: none"> - Kosten (finanziell) - emotionale Belastung - Zeit - <u>Überwindung zum Üben</u> - <u>Terminzwang</u> - wenn der Therapeut zu cool wäre |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - mehr Zeit - <u>keine Preisgabe von unangenehmen Gefühlen</u> - <u>kein Fokus auf die Probleme</u> | <ul style="list-style-type: none"> - Grössere Auseinandersetzung mit Vorgesetzten - Kündigung im Job, weniger Bestätigung - Trennung vom Partner |

3. Patient C.

Die Gründe für das Therapievorbereitungsgespräch bei Patient C. (Tab. 4.16) waren sein ausschliesslich **somatisches Ursachenmodell der Probleme** und die Frage, ob er für eine Psychotherapie und die Klärung der psychischen Anteile seiner Probleme **motiviert** ist. Dementsprechend umfassen die Therapieziele aus der Sicht der TherapeutInnen neben dem Umgang mit den Beschwerden, unter anderem die Klärung der Familienkonstellation, der (beruflichen) Identität, der Funktionalität der Beschwerden, der beruflichen Situation und der Rolle des Drogenkonsums im Leben des Patienten. Im Therapievorbereitungsgespräch konnte das somatische Ursachenmodell des Patienten erweitert werden und es stellte sich heraus, dass er für eine Psychotherapie motiviert ist.

Tab. 4.16: Informationen aus der Abklärung von Patient C.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Patientensicht: Erwartungen: Äusserungen des Patienten, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patient C., 25 Jahre | |
|---|--|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - unspezifische somatoforme Störung - life time: Ecstasy, Alkohol, Cannabis, Speed, Kokain - Oberbauchbeschwerden, Appetitlosigkeit, Übelkeit → Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug - Beginn der Beschwerden nach Trennung von der Freundin / neues Medikament (Antihistamin), Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Rückkehr nach Hause - Schritt: Antihistaminum absetzen oder wechseln in Absprache mit Arzt - Asthma in der Kindheit → Aufmerksamkeit - Drogenkonsum genauer explorieren (Funktion, Ausmass) |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Beschwerden, berufliche Situation |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Drogenkonsum, Familienkonstellation, (berufliche) Identität, Funktionalität der Beschwerden, berufliche Situation |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - Patient neigt zu Verdrängung / Konfliktvermeidung - Achtung vor Plausibilitätsfallen |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - somatisches Ursachenmodell des Patienten (u.a. Erklärung, dass die Nebenwirkungen der Medikamente das Problem seien) - → Psychische Anteile klären und die Motivation für Psychotherapie |

| Patientensicht | |
|------------------------------|--|
| Erwartungen des Patienten: | - Der Patient möchte den Grund für sein Problem herausfinden. |
| Therapieziele des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Durch die Heilung der körperlichen Beschwerden wieder Energie und Lebensmut für die alltäglichen Beschäftigungen zu bekommen. - Wieder (normal) essen zu können, ohne Aufstossen und Appetitlosigkeit. Mit Genuss und ohne Zwang zu speisen. - Jeden Tag geniessen zu können, ohne Beschwerden. Tun und machen auf was man Lust und Freude hat (Ausgang, Hobby, Arbeiten, etc.) - Vollkommene Heilung der Magenbeschwerden. |

Neben den Nachteilen, Weg und Zeitaufwand (vom Patienten genannt, siehe Tab. 4.17), wurden vom Therapeuten und Abklärer noch die finanziellen Kosten einer Therapie genannt und es wurde die unangenehme Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen als Schwierigkeit in der Therapie angesprochen. Letzteres hat der Patient jedoch verneint, er sieht die unangenehme Auseinandersetzung mit den Problemen als normale Tatsache einer Therapie an und empfindet es nicht als Nachteil der Therapie.

Tab. 4.17: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patient C.; unterstrichen = Argumente, die vom Therapeuten oder vom Abklärer eingebracht wurden, kursiv und unterstrichen = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder vom Abklärer eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|---|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung für die Arbeitsstelle - Verbesserung der körperlichen Symptomatik - Umgang mit der Nervosität - Umgang mit schwierigen Mitarbeitern | <ul style="list-style-type: none"> - Therapieweg - Zeitaufwand - <u>Kostspielig</u> - <u>Unangenehme Auseinandersetzung</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - keine Kosten - kein Therapieweg - kein Zeitverlust | <ul style="list-style-type: none"> - Nervosität verbessert sich nicht - in nächster Zeit noch keine Arbeitsstelle finden - keine Verbesserung der körperlichen Beschwerden |

4. Patient D.

Beim Patienten D. (Tab. 4.18) wurde das Therapievorbereitungsgespräch durchgeführt, um ihm aufzuzeigen, dass die familiären Hintergründe auch einen

Beitrag zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression geleistet haben und ihn dadurch von den Anforderungen an sich selber ein Stück weit zu entlasten. Der Patient hat diese neue Sichtweise seiner Probleme im Therapievorbereitungsgespräch aufgenommen, es stellte sich aber auch heraus, dass er sehr viel Last auf sich nimmt und dass es schwierig ist, die Schuldgefühle und hohen Selbstansprüche des Patienten zu relativieren.

Tab. 4.18: Informationen aus der Abklärung von Patient D.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Patientensicht: Erwartungen: Äusserungen des Patienten, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patient D., 29 Jahre | |
|---|--|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - MDE teilremittiert, mit saisonalem Muster - Alkoholabusus (im Zusammenhang mit Depression) - komplizierte Familienstruktur - Konzentrationsprobleme (evtl. im Zusammenhang mit Versagensängsten) - Alkoholismus der Mutter (während Jugend / Schulzeit) - Bewunderung des Vaters - Anforderungen im Job |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | - Depression, Umgang mit Trennung / Beziehung, Umgang mit Anforderungen, Entspannung, Selbstwert (!) |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | - Familienstruktur, Beziehungen in Familie (zur Mutter), Zukunfts- & Lebensperspektive (Orientierung) |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - Patient nimmt sich zurück, will andere nicht belasten - Patient stellt einerseits eigene Bedürfnisse zurück, hat aber gleichzeitig hohe Selbstansprüche |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | - Einsicht in die Ursachen der Depression bewirken → familiäre Hintergründe |
| Patientensicht | |
| Erwartungen des Patienten: | - keine Angaben |
| Therapieziele des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Nennung der fünf Hauptziele fehlt - Angekreuzt im Berner Therapiezielinventar (BIT): Depressives Erleben, Ängste, Schlaf, Körperliche Schmerzen und Krankheiten, Schwierigkeiten bei Wohnsituation und Arbeit / Ausbildung, Selbstbehauptung und Abgrenzung, Bewegung und Aktivität, Entspannung und Gelassenheit, Wohlbefinden, Gegenwart und Zukunftsperspektiven, Einstellung zu mir selbst, Bedürfnisse und Wünsche, Angefangenes zu Ende führen, Umgang mit Gefühlen |

Die möglichen Schwierigkeiten bei einer Therapie wurden vom Patienten und von der Therapeutin / Abklärerin ca. im gleichen Verhältnis in das Therapievorbereitungsgespräch eingebracht (siehe Tab. 4.19).

Tab. 4.19: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patient D.; unterstrichen = Argumente, die von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv und unterstrichen = Argumente, die zwar von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|---|---|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - weg von negativen Gedanken und Selbstzweifeln - erholsameren Schlaf - lösungsorientierter Umgang mit (alltäglichen) Problemen, statt Grübeln - gute Konzentration - mehr Offenheit gegenüber anderen Menschen / besserer Zugang zu Freunden / Kollegen, Geselligkeit, Unbeschwertheit | <ul style="list-style-type: none"> - Unangenehmes könnte zum Vorschein kommen, Erkenntnis, dass ich die Probleme doch noch nicht gelöst / abgeschlossen habe, wie ich gedacht habe - sich öffnen müssen sich dadurch verletzbar machen - <u>Hilfe annehmen müssen</u> - Angst vor dem Scheitern - <u>sich selbst überwinden müssen, um z.B. Neues auszuprobieren</u> - <u>Angst vor Veränderung / vor Unbekanntem</u> - <u>Konfrontation könnte Vermeidung auslösen</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - sich nicht öffnen müssen, sich nicht schwach zeigen müssen - <u>Sicherheit, Vertrautheit, weil alles wie gehabt</u> - niemanden mit meinen Problemen belasten müssen | <ul style="list-style-type: none"> - Freundeskreis würde sich abwenden, gesellschaftsunfähig sein, keine Kontakte mehr haben - Trennung von Partnerin - noch mehr Probleme im Berufsleben - es zerreisst mich, ich werde durchdrehen - Schlafprobleme bleiben, und dazu körperliche Folgeerscheinungen - schwach werden, sich selbst gehenlassen - kürzere Abstände zwischen depressiven Episoden und zwischen den Alkoholabstürzen - keinen Spass mehr an Aktivitäten, die jetzt noch Freude bereiten, keinen Spass mehr an nichts |

Für den Patienten zeigte sich die Befürchtung, dass Unangenehmes zum Vorschein kommen könnte und die Angst vor dem Scheitern, sowie die Schwierigkeit sich öffnen zu müssen und sich dadurch verletzbar zu machen. Die Therapeutin und Abklärerin sprachen die Schwierigkeit des Patienten an, Hilfe annehmen zu müssen, was dieser bejahte, die unangenehme Auseinandersetzung mit der Bewältigung der Probleme

(Neues ausprobieren müssen) und dass der bisherige Zustand den Vorteil habe, dass er Sicherheit und Vertrautheit vermittele, weil der Patient ihn gut kenne. Zwei weitere Argumente, die von der Therapeutin und Abklärerin als Schwierigkeiten eingebracht wurden, wurden vom Patienten verneint: die Angst vor Veränderung, er antwortete darauf, dass jede Veränderung besser sei, als der jetzige Zustand und die Tatsache, dass eine Konfrontation bei ihm Vermeidungsverhalten auslösen könnte. Auf letzteres war die Antwort des Patienten, dass ihm dies bewusst sei und dass er versuchen möchte, sich in diesem Punkt selber zu überwinden.

5. Patient E.

Beim Patienten E. (Tab. 4.20) wurde das Therapievorbereitungsgespräch aus zwei Gründen durchgeführt, erstens, wegen den **interaktionellen Schwierigkeiten** des Patienten und zweitens, wegen seiner **ambivalenten Motivation** aufgrund des Vorgehens.

Tab. 4.20: Informationen aus der Abklärung von Patient E.; TherapeutInnsicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Patientensicht: Erwartungen; Äusserungen des Patienten, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patient E., 43 Jahre | |
|---|--|
| TherapeutInnsicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und vermeidend-selbstunsicheren Anteilen - MDE - Sozialphobische Anteile - IV-Gutachten, Abklärung noch im Gang - Suizidalität nicht akut, aber latent und chronisch vorhanden - Ressourcen: Verlässlichkeit, Sportlichkeit, Kino |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsschwierigkeiten, soziale Isolation und Rückzugsverhalten, Depression, soziale Kompetenzdefizite, berufliche Wiedereingliederung fördern |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Selbstwertproblematik, Interaktionsverhalten klären, Autoritätsproblematik |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - leicht paranoide Züge, aber vermutlich wegen chronifizierter Achse II Problematik, Schwierigkeiten, Vertrauen zu fassen - Autoritätsproblematik (aufgrund Achse II Probleme), fühlt sich provoziert - Opferhaltung |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - interaktionelle Schwierigkeiten - ambivalente Motivation: vom Verfahren / Vorgehen her |

| Patientensicht | |
|------------------------------|---|
| Erwartungen des Patienten: | - Kann man mir noch helfen? Ist da noch etwas zu machen? |
| Therapieziele des Patienten: | - Lebenslängliche „Gedankenlast“ - Meiner gedrückten Stimmung, Traurigkeit und inneren Leere ein Gegengewicht geben. - Auszug aus dem Haus. – Was dann? - Mich akzeptieren lernen, so wie ich bin. |

Er hatte sich vom Behandlungsvorgehen her eher eine Therapie, welche den Körper vermehrt einbezieht, vorgestellt. Während des Therapievorbereitungsgesprächs wurden vom Therapeuten und vom Abklärer viele für die Therapie antizipierte Schwierigkeiten, aufgrund der interaktionellen Schwierigkeiten des Patienten, aufgrund seiner sehr hohen Erwartungen und aufgrund seiner z.T. problematischen Behandlungserwartungen, angesprochen. Die Therapiemotivation wurde anhand des 4-Felder-Modells der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie explizit thematisiert.

Die mit dem Patienten besprochenen Schwierigkeiten und Nachteile einer Therapie sind in Tabelle 4.21 aufgeführt. Es fällt auf, dass fast alle Argumente vom Patienten selber genannt wurden. Dies entspricht auch dem Bild, dass er einer Therapie gegenüber sehr kritisch eingestellt und seine Motivation nicht ganz klar war. Die geäußerten Argumente betreffen vor allem Ängste, dass auch die Therapie ihm nicht weiterhelfen kann und dass er sich selber helfen muss, sowie Ängste vor dem Unbekannten beim Beginn einer Therapie. Als Ergänzung fügten der Therapeut und der Abklärer noch das Argument hinzu, dass eine Therapie eine unangenehme Auseinandersetzung mit den Problemen mit sich bringt, was der Patient auch so sah. Dem Patienten wurde das Angebot gemacht, dass er probeweise ein paar Sitzungen in die Therapie kommen und sich danach nochmals für oder gegen eine Therapie entscheiden könnte. Der Patient nahm dieses Angebot an, begann trotz seiner bleibenden Vorbehalte die Therapie, wechselte jedoch nach 10 Sitzungen in eine andere Therapie, welche sich mit seinen Erwartungen an das Behandlungsvorgehen besser deckte.

Tab. 4.21: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patient E.; unterstrichen = Argumente, die von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv und unterstrichen = Argumente, die zwar von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|---|---|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Lebensperspektive aufbauen - Finanzielle Unabhängigkeit durch Aktivierung von Ressourcen (Geld haben und damit Macht, nicht machtlos sein, nicht verletzt werden, nicht ausgeliefert sein) - Berufliche Perspektive finden - Platz finden für akzeptierende Aktivitäten, auch zu Veränderung | <ul style="list-style-type: none"> - Therapie ist künstlich - Könnte falsche Hoffnungen wecken - Bestätigung: mir kann niemand helfen - <u>Loslassen kann auch schmerzhaft sein</u> - Angst vor Unbekanntem - Angst vor Enttäuschung, dass Therapie nichts bringt - <u>Unangenehme Auseinandersetzung (Übungen, Bewältigung)</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - ich kann's - Habe ein Zuhause (in einem fremden Haus) - Bestätigung: ich bin ein armes Schwein, Opferrolle | <ul style="list-style-type: none"> - Mehr und mehr Ohnmachtsgefühle, Passivität, Pessimismus - Energieverlust körperlich und geistig - sich verloren fühlen, Traurigkeit, Stress, auf der Flucht sein um sich zu spüren - Positive Gefühle gehen auf Nullpunkt, oder es sind nur noch negative Gefühle bzw. keine Gefühle mehr da |

6. Patient F.

Vordergründig scheinen sich die Therapieziele der TherapeutInnen und des Patienten F. zu decken (siehe Tab. 4.22). Es stellte sich jedoch heraus, dass der Patient eher **fremdmotiviert** ist, d.h. der Vater wollte, dass er eine Therapie macht; dass der Patient seine **Spielautomatensucht nicht als so grosses Problem** ansieht und die Therapie für ihn auch **gewichtige Nachteile** mit sich bringt, dass er an seiner Situation etwas ändern und einen Job suchen müsste. Deshalb wurde entschieden, diese Punkte mit ihm in einem Therapievorbereitungsgespräch zu besprechen. Die Eigenmotivation des Patienten für die Therapie wurde anhand der Diskussion der Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie (Tab. 4.23) geklärt.

Tab. 4.22: Informationen aus der Abklärung von Patient F.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Patientensicht: Erwartungen: Äusserungen des Patienten, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patient F., 30 Jahre | |
|---|---|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Phobie, Unspezifische psychische Störung (Abhängigkeitsproblematik: Spielautomaten, etc.), unsichere Persönlichkeitszüge - Depressive Stimmungen in Zusammenhang mit Sucht zu sehen - Gemischtes Setting: Einzel und Familie - Nachfragen, wie Beziehungen der Familie sind |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Sucht (Spielautomaten), Soziale Kontakte, Berufswahl, Depressive Stimmung, Kommunikation in Familie und Abmachungen |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Selbstwertproblematik / Versagensängste, Familiendynamik und Koalition, Identitätsfindung, |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - Vermutlich haben Eltern vermieden, Grenzen zu ziehen und Forderungen zu stellen, mit der Folge, dass der Sohn sich selber nichts zutraut - Leidensdruck eher im System als bei ihm (er ist ambivalent motiviert) - Selbstwertproblematik berücksichtigen - Direktives Arbeiten mit der Familie |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - Fremdmotivierter Patient: Vater wollte, dass er eine Therapie macht - Patient sieht die Sucht nicht als ein zentrales Problem - Befürchtungen des Patienten bezüglich Therapie: Nachteil der Veränderung: er möchte nicht unbedingt arbeiten gehen |
| Patientensicht | |
| Erwartungen des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Beziehung zu Frau (motivationale Hindernisse klären und überwinden) - Berufliche Ziele - Depressive Verstimmungen - Überwindung der Sucht |
| Therapieziele des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Ich will morgens aufstehen, ohne gleich wieder negative Gedanken zu haben. Ich will wieder einen Lebensinhalt haben. - Ich will beruflich endlich wissen was ich wirklich „will“! bzw. was ich kann. - Ich will endlich eine Freundin, bzw. mich wagen eine Frau auch einmal anzusprechen, wenn sie mir gefällt! - Meinen Suchtmittelkonsum kontrollieren lernen, d.h. meine Freizeit nicht zu 100% damit auszufüllen. Weniger Abklenkung. |

Es wird anhand der Nachteile der Therapie respektive Vorteile von keine Therapie deutlich, dass der Patient in Bezug auf den Beginn einer Therapie zwei zentrale

Nachteile sieht: erstens, dass er sein Hobby (Spielautomaten) zurückstecken und zweitens, wie schon erwähnt, dass er sich um eine Arbeitsstelle kümmern müsste, weil er dann Zeit und Ressourcen dafür hätte. Die Therapeutin und die Abklärerin erwähnten als eine weitere Schwierigkeit einer Therapie die unangenehme Auseinandersetzung mit den Problemen. Es wurde vorgeschlagen, die Eltern in die Therapie einzubeziehen, was der Patient zunächst ablehnte, weil er dachte, dass sie dann alle Informationen aus der Therapie erhielten. Diese Befürchtung des Patienten konnte entkräftigt werden. Der Patient entschied sich trotz seiner Vorbehalte für die Therapie, brach sie jedoch nach sechs Sitzungen ab.

Tab. 4.23: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patient F; unterstrichen = Argumente, die von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv = Argumente, die zwar von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|---|---|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Probleme lösen - mehr Selbstvertrauen - mich besser kennenlernen - Neues lernen - Neue Erfahrungen machen | <ul style="list-style-type: none"> - „Misserfolge“ beim Üben - muss Hobby zurückstellen - <u>Eltern sollen nicht alles wissen</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - „angenehm“ arbeitslos zu sein - <u>Auseinandersetzung ist unangenehm</u> | <ul style="list-style-type: none"> - alles bleibt wie es ist - bleibe arbeitslos, wenig Vertrauen, Arbeit zu finden - wenig Selbstvertrauen - wenig Vertrauen Beziehung zu finden - Auszug von daheim, Sozialamt |

7. Patientin G.

Bei Patientin G. sind die Therapieziele bezüglich Problembewältigung übereinstimmend mit denen der TherapeutInnen (siehe Tab. 4.24). Jedoch sollte der Patientin bezüglich Klärung die Funktionalität ihrer Störung im familiären System aufgezeigt werden und dadurch die Notwendigkeit der Erweiterung des Settings durch den Einbezug der Familie in die Therapie. Dies war der Grund für das Therapievorbereitungsgespräch. Die Patientin nahm diese neue Sichtweise positiv auf.

Tab. 4.24: Informationen aus der Abklärung von Patientin G.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Sicht der Patientin: Erwartungen: Äusserungen der Patientin, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patientin G., 38 Jahre | |
|---|---|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Panikstörung mit Agoraphobie (inkl. Flugangst), Major Depression Episode - Lernschwierigkeiten, Schlafprobleme, Familiäre Problematik (Koalition zum Vater) - Therapiesetting: Familien- und Einzelsitzungen - Antidepressive Medikation - Patientin evtl. in „Konkurrenz“ zur Mutter um Ernsthaftigkeit der Probleme |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | - Panikstörung mit Agoraphobie, Depression (inkl. Aktivitätsaufbau), Lernschwierigkeiten im Zushang mit Depression |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | - Familiäre Problematik (Rolle, Abgrenzung, Ablösung), Berufliche Perspektive |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | - unproblematisch |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | - Funktionalität der Störung im familiären System klären (Rolle, Abgrenzung, Ablösung) |
| Sicht der Patientin | |
| Erwartungen der Patientin: | <ul style="list-style-type: none"> - Angstproblematik angehen / weiter daran arbeiten - Depression verarbeiten / Rückfall verhindern - Beziehung zu den Eltern neu definieren |
| Therapieziele der Patientin: | <ul style="list-style-type: none"> - Ich möchte wieder mehr Antrieb und Energie haben. - Ich will wieder alles tun können auf was ich Lust habe und keine Angst mehr davor haben. - Ich möchte die Beziehung zu meinen Eltern neu definieren. - Ich möchte den Kontakt zu meinen Freunden pflegen und vertiefen. - Ich möchte meine Bedürfnisse wahrnehmen und „ausleben“. |

Bei der Diskussion der Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie (Tab. 4.25) wurden bis auf eine Ausnahme die Einwände gegen eine Therapie von der Patientin selber eingebracht. Es handelt sich vor allem um Ängste vor der unangenehmen Auseinandersetzung mit sich selber und vor möglichen negativen Aspekten, die zum Vorschein kommen könnten. Ein weiterer Punkt ist die Verpflichtung regelmässig in die Therapie kommen zu müssen und dadurch in der eigenen Unabhängigkeit eingeschränkt zu sein. Die Therapeutin und der Abklärer brachten noch den Punkt ein, dass die Exposition bei ihren Ängsten auch eine unangenehme Auseinandersetzung sei und vielleicht gegen die Therapie spreche. Die Patientin sagte jedoch, dass sie

schon in früheren Therapien Expositionen gemacht habe und dass ihr das nicht so Sorgen mache. Die Vorteile einer Therapie erschienen der Patientin eindeutig grösser.

Tab. 4.25: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patientin G.; unterstrichen = Argumente, die von der Therapeutin oder vom Abklärer eingebracht wurden, kursiv = Argumente, die zwar von der Therapeutin oder vom Abklärer eingebracht wurden, aber von der Patientin verneint wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|---|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - unbeschwert, ohne Sorgen leben - Dinge, welche belasten, anderen mitteilen / besprechen können - Unterstützung bekommen | <ul style="list-style-type: none"> - „dunkle Kammern“ aufmachen - man weiss mehr von sich selber (negatives) - <u>unangenehme Auseinandersetzung in der Exposition</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - weniger belastende Gedanken, sich nicht mit sich selber auseinandersetzen zu müssen (Klärung) - nicht verpflichtet sein (einmal pro Woche in die Therapie zu müssen), unabhängig sein | <ul style="list-style-type: none"> - körperliche Symptome und Gedanken daran bleiben - zurückschlittern in frühere Lebensweise, Rückfallgefahr (unregelmässiger Schlaf, Burnout, schlechte Stimmung, wieder Klinikaufenthalt, etc.) |

8. Patient H.

Der Grund für das Therapievorbereitungsgespräch bei Patient H. (Tab. 4.26) war das divergierende Problemverständnis des Ehepaars: seine Frau wollte, dass er wegen seiner Depression eine Therapie macht und für den Patienten waren eher die Belastungen in der Partnerschaft das Problem. Auch die Ehefrau fühlt sich in der Partnerschaft belastet. Deshalb wurden beide zum Therapievorbereitungsgespräch eingeladen und es wurde ihnen eine Paartherapie vorgeschlagen. Es wurde betont, dass es gleichermassen um die Anliegen von beiden Ehepartnern gehe und darum, einen gemeinsamen Weg zur Problemlösung zu finden. Das Angebot wurde von beiden bejaht. Zur Festigung der Absicht, dass beide Personen in der Therapie gleichwertig behandelt werden sollten, wurde für beide Ehepartner je ein 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile der Paartherapie vs. keine Therapie erstellt und mit jedem einzeln (in Anwesenheit des Partners / der Partnerin) besprochen.

Tabelle 4.26: Informationen aus der Abklärung von Patient H.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Patientensicht: Erwartungen: Äusserungen des Patienten, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patient H., 59 Jahre | |
|---|--|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Partnerschaftsproblem - Der Patient leidet unter Rückenschmerzen - Patient meldet sich auf Wunsch der Ehefrau zur Therapie - Kommunikationsprobleme / divergierende Erwartungen des Paares - Divergierende Problemsicht beider Partner (Auszug Kinder, etc.) |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation Partnerschaft, Klärung / Aushandeln Bedürfnisse Partnerschaft, Verarbeitung / Umgang mit Verletzungen |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Klärung Partnerschaft |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - Aufpassen Sie als gleichwertige Partnerin in der Therapie zu etablieren (ihre Themen, Bedürfnisse, Verbalisationsfähigkeit hat gleichen Stellenwert) |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - Patient wurde von seiner Ehefrau in die Therapie geschickt für die Behandlung seiner Depression, es handelt sich jedoch um ein Paarproblem, die Ehefrau ist selber auch belastet durch das Paarproblem → Therapieangebot: Paartherapie |
| Besonderes: | <ul style="list-style-type: none"> - Setting: Paartherapie |
| Patientensicht | |
| Erwartungen des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Kommunikation in der Ehe - Situation mit seiner Frau klären |
| Therapieziele des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Schuldgefühle gegenüber dem Vater abbauen - Besser mit der Ehefrau reden können. - Aufbrausendes Verhalten vermeiden lernen - Jugend (Vater-Sohn-Verhältnis) aufarbeiten / verstehen - Nicht besser als andere sein müssen |

Bis auf das Argument der unangenehmen Arbeit an den eigenen Verhaltensweisen (Tab. 4.27), wurden alle Argumente gegen eine Therapie vom Patienten in die Diskussion eingebracht: finanzielle Kosten, Zeitaufwand, vorübergehende Verschlimmerung des Zustands, unangenehme Auseinandersetzung mit sich selber. Die Vorteile einer Paartherapie überwogen für den Patienten jedoch ganz klar. Er erhofft sich durch die Therapie die Beziehung zu seiner Ehefrau verbessern zu können und dadurch auch eine Entlastung für die Kinder zu erreichen.

Tab. 4.27: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patient G.; unterstrichen = Argumente, die vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden

| Ehemann | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|--|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - weniger Leidensdruck (Verringerung der depressiven Phasen) - Fortführung der Beziehung, des Familienlebens mit den Kindern - bessere Kommunikation in der Beziehung, weniger Verletzungen, mehr Gemeinsamkeiten - Entlastung für die Kinder - Nutzung des noch vorhandenen Zusammenhalts mit der Ehefrau - Herausforderung, Neues lernen (über sich, über die Ehefrau, neue Erfahrungen) - Klarheit darüber, ob die Beziehung noch eine Chance hat | <ul style="list-style-type: none"> - finanzielle Kosten - Zeitaufwand - vorübergehende Verschlimmerung des Zustands, Überwindung, unangenehme Auseinandersetzung (Klärung) - <u>Arbeit an eigenen Verhaltensweisen</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - finanzielle Ersparnis - weniger Zeitaufwand - Gegenteil der Nachteile | <ul style="list-style-type: none"> - Entstehen psychischer Probleme (z.B. Depression, psychosomatische Beschwerden) - Trennung - Gefühl von Versagt-Haben, Reue, Nicht-geschafft-Haben |

Die von der Ehefrau eingebrachten Argumente gegen eine Therapie (Tab. 4.28) waren: finanzielle Kosten, die Möglichkeit das Problem ohne therapeutische Hilfe lösen zu können und die mögliche Einsicht in der Paartherapie, dass es für die Beziehung keine Chance mehr gibt. Drei weitere Argumente gegen eine Therapie, die von der Abklärerin und vom Therapeuten eingebracht wurden, der Zeitaufwand, die Angst vor Veränderungen und die unangenehme Auseinandersetzung, wurden von der Ehefrau nicht als Probleme gesehen. Auch für sie war die Aussicht auf eine Besserung der Beziehung den Nachteilen einer Paartherapie überlegen.

Tab. 4.28: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie der Ehefrau von Patient G.; unterstrichen = Argumente, die vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber von der Ehefrau verneint wurden

| Ehefrau | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|--|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - bessere Stimmung in der Familie, mehr Humor, Fröhlichkeit - Ehemann kann besser mit Schwierigkeiten, Konflikten umgehen - Konflikte klären - die guten Sachen in der Beziehung mehr sehen können - Geschlechterkampf beenden - Verbesserung der Kommunikation | <ul style="list-style-type: none"> - Einsicht, dass es für die Beziehung keine Chance mehr gibt - <u>Unangenehme Auseinandersetzung</u> - <u>Zeitaufwand</u> - <u>Angst vor Veränderung</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Problem mit Ehemann lösen (ohne therapeutische Hilfe) - weniger finanzielle Kosten | <ul style="list-style-type: none"> - Trennung - finanzielle Probleme aufgrund der Trennung, müsste aus dem Einfamilienhaus ausziehen, müsste eine unqualifizierte Arbeit verrichten - dauernde Unzufriedenheit beim Zusammenbleiben |

9. Patientin I.

Bei Patientin I. (Tab. 4.29) wurde das Therapievorbereitungsgespräch durchgeführt, auf der einen Seite, wegen der **Skepsis** der Patientin gegenüber der Therapie allgemein und auf der anderen Seite, zur **Ausweitung ihres Problemverständnisses und Therapieauftrags** von einem Coaching bei Prüfungsängsten zu einer umfassenderen Sichtweise mit Klärung ihrer Verlust- und Versagensängste. Die Klärung der Verlust- und Versagensängste waren zwar auch ein Anliegen der Patientin, die Wichtigkeit dieses Anliegens im Vergleich zum anderen sollte jedoch im Therapievorbereitungsgespräch noch geklärt werden. Die Skepsis der Patientin wurde anhand der Besprechung des 4-Felder-Modells explizit aufgenommen (Tab. 4.30).

Tabelle 4.29: Informationen aus der Abklärung von Patientin I.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Sicht der Patientin: Erwartungen; Äusserungen der Patientin, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patientin I., 27 Jahre | |
|---|--|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Prüfungsangst (keine Achse-I-Diagnose), Hinweis auf soziale Phobie - Soziale Ängste stärker als von Patientin geschildert? evtl. noch näher abklären |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Prüfungsängste |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - hohe Ansprüche an sich, Angst, Fehler zu machen, Versagensängste, Selbstwert, Verlustängste |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - nicht auf Leistung abstützen - sich mit ihren Schwächen zu befassen macht die Patientin sehr traurig, tendiert zum Vermeiden - Wertschätzung unabhängig von Bewährung / Leistung |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - Ausweitung des Problemverständnisses und Therapieauftrags der Patientin, das v.a. die Idee eines Coachings für die Prüfungsängste beinhaltete, auch auf Klärungsthemen (Versagens- und Verlustängste, etc.) - Vorbehalte / Skepsis der Patientin bezüglich der Therapie allgemein |
| Sicht der Patientin | |
| Erwartungen der Patientin: | <ul style="list-style-type: none"> - Will ihre Verlust- und Versagensängste in den Griff bekommen - Allgemein möchte sie eine andere Einstellung zu sich entwickeln. Kann jedoch nicht präzisieren, in welche Richtung sich diese Einstellung verändern soll. - Will nicht als krank angesehen werden. |
| Therapieziele der Patientin: | <ul style="list-style-type: none"> - Prüfungsangst überwinden → Weiterbildung zu Ende bringen - Selbstzweifel / Unsicherheit überwinden, Selbstwertgefühl / Selbstsicherheit aufbauen |

Bis auf eine Ausnahme wurden alle Schwierigkeiten und Nachteile einer Therapie von der Patientin selber genannt: Kosten, Zeitaufwand, fremde Kontrolle, möglicher Misserfolg, unangenehme Konfrontation und die Tatsache, sich die Therapiebedürftigkeit eingestehen zu müssen. Die Therapeutin erwähnte noch, dass das „Sich-nicht-ernst-genommen-Fühlen“, das die Patientin aus Beziehungen kennt, auch in der Therapiebeziehung auftreten könnte, was die Patientin bejahte. Es wurde vereinbart, dass die Patientin dies ansprechen würde, falls es vorkommen sollte. Die Patientin entschied sich für die Therapie, wünschte sich aber eine Therapeutin mit mehr Erfahrung. Dieser Wunsch der Patientin konnte erfüllt werden, so dass sie die Therapie mit einer anderen Therapeutin aus dem Team begann.

Tabelle 4.30: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patientin I.; unterstrichen = Argumente, die von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv = Argumente, die zwar von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber von der Patientin verneint wurden

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|--|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Probleme werden angegangen (weniger verdrängt) - Hoffnung, Freude auf Ergebnis - Begleitet sein - Professionalität - Effizienz | <ul style="list-style-type: none"> - zeitaufwendig - sich Therapiebedürftigkeit eingestehen müssen - fremde Kontrolle - Kosten - möglicher Misserfolg - unangenehme Konfrontation - <u>sich nicht ernst genommen fühlen in der Therapie</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - bequem (zeitlich und keine Konfrontation) - günstiger - verdrängen können - kein Misserfolg möglich | <ul style="list-style-type: none"> - Ineffizienz - Endlosschleife und Glaube nichts verändern zu können (self-fulfilling prophecy) - Allein gelassen fühlen, fehlendes Vertrauen in andere - sich nicht ernst genommen fühlen |

10. Patient J.

Die Gründe für das Therapievorbereitungsgespräch mit Patient J. (Tab. 4.31) waren zum einen, seine **hohen Erwartungen an die Therapie** (sie solle spannend sein, etwas bieten) zu thematisieren und die **Therapiemotivation** abzuklären. Zum anderen sollten die **Eltern** in die Therapie **miteinbezogen** werden, unter anderem auch, weil es der Wunsch der Mutter war. Ein weiteres Ziel des Einbezugs der Eltern war, sie über Hochbegabung und deren Konsequenzen sowie über das Therapieangebot zu informieren. Deshalb wurde das Therapievorbereitungsgespräch in Anwesenheit der Eltern durchgeführt.

Tabelle 4.31: Informationen aus der Abklärung von Patient J.; TherapeutInnensicht: Angaben des Klinischen Teams im Indikationsprotokoll; Patientensicht: Erwartungen; Äusserungen des Patienten, aus dem Protokoll des Erstgesprächs, Therapieziele: Berner Therapiezielinventar, BIT

| Patient J., 25 Jahre | |
|---|--|
| TherapeutInnensicht | |
| Wichtigste Informationen aus der Abklärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Pathologisches Spielen seit ein paar Jahren (zuerst Glücksspiel / Casino, Wechsel auf PC-Spiele) - Fristlose Kündigung - Hochbegabung - Label „Hochbegabung“ ermöglicht Vermeidungsverhalten (soziale Kontakte, Beruf) ohne Selbstwertverlust - Wenig Grenzziehung durch die Eltern - Die Mutter wünscht den Einbezug in die Therapie - Einzelsetting (evtl. mit sporadischem Einbezug der Eltern) |
| Therapieziele bezüglich Bewältigung: | <ul style="list-style-type: none"> - Spielen - Berufliche Reintegration - Soziale Kontakte / Kompetenzen - Psychoedukation über Hochbegabung für den Patienten und die Eltern |
| Therapieziele bezüglich Klärung: | <ul style="list-style-type: none"> - Selbstwert / eigene Lebensperspektive - Identität als „Hochbegabter“ bzw. als „Normaler“ - Motivationsprobleme |
| Hinweise für die Beziehungsgestaltung: | <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Kompetenzdefizite beachten - Der Patient neigt dazu, abzuhängen, wenn er die Ansicht der Therapeutin nicht teilt |
| Gründe für die Therapievorbereitung: | <ul style="list-style-type: none"> - Klären der Motivation, wahrscheinlich hat der Patient die Erwartung, dass die Therapie spannend sei, etwas bieten solle - Einbezug der Eltern in die Therapie und Aufklärung der Eltern über Hchbegabung und das Therapieangebot |
| Patientensicht | |
| Erwartungen des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Der Patient möchte einen Kollegenkreis aufbauen. - Der Patient möchte gerne wieder in einer Partnerschaft leben. - Ganz mit dem Spielen aufhören will er nicht. Das Spielen soll jedoch in einem gesunden Ausmass bleiben. - Druck als Arbeitsmittel funktioniere bei ihm nicht. Er ziehe sich in solchen Situationen zurück, verschweige Dinge und breche dann die Therapie ab. |
| Therapieziele des Patienten: | <ul style="list-style-type: none"> - Meine Spielsucht unter Kontrolle zu haben. - Mehr Struktur in meinen Alltag bringen. - Wieder mehr Lebensfreude und Motivation entwickeln. - Die Situation mit meinem Arbeitgeber und meiner Arbeit in den Griff bekommen. - Mehr soziale Kontakte knüpfen und erhalten. |

Bei der Diskussion der Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie (Tab. 4.32) wurden fast alle Argumente von der Therapeutin oder Abklärerin ins Gespräch eingebracht. Einzelne Argumente ergänzte die Mutter des Patienten. Die einzige Befürchtung, welche der Patient selber ansprach, war die Angst durch die Therapie keine Verbesserung erreichen zu können.

Tabelle 4.32: 4-Felder-Modell der Vor- und Nachteile einer Therapie vs. keine Therapie von Patient J.; unterstrichen = Argumente, die von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, kursiv = Argumente, die zwar von der Therapeutin oder von der Abklärerin eingebracht wurden, aber vom Patienten verneint wurden; Argumente, die von der Mutter des Patienten eingebracht wurden, sind als solche gekennzeichnet

| | Vorteile | Nachteile |
|-----------------------|--|---|
| Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Wieder mehr Freude an den Dingen haben - Besseres soziales Umfeld - Zukunftsperspektive haben, intrinsische Motivation - Bessere berufliche Situation - Eigenständigkeit (Ablösung von den Eltern) | <ul style="list-style-type: none"> - Keine Verbesserung durch die Therapie - <u>Enttäuschung der hohen Erwartungen an die Therapie</u> - <u>Sich in der Therapie verändern müssen</u> - <u>Konfrontation mit unangenehmen Dingen</u> - <u>Reduktion der angenehmen Dinge (Spielen, etc.)</u> - <u>Therapie könnte langweilig und mühsam sein</u> - <u>Zeit</u> - <u>Geld</u> - <u>Mutter: Therapie verlangt Durchhaltevermögen</u> |
| keine Therapie | <ul style="list-style-type: none"> - Kein finanzieller Aufwand - Kein Zeitaufwand - <u>Sich mit dem Unangenehmen nicht auseinandersetzen müssen</u> - <u>Mehr Zeit zum Spielen</u> - <u>Mutter: kein soziales Etikett durch die Therapie</u> - <u>Bequemer</u> | <ul style="list-style-type: none"> - Beruflicher Abstieg und Unzufriedenheit - Grosse Einschränkungen im finanziellen Bereich, Sozialhilfe annehmen müssen - Minimale soziale Kontakte - Verringertes Selbstvertrauen - Verschlechterte Stimmung - Die eigenen Träume aufgeben müssen |

Die oben erwähnten hohen Erwartungen des Patienten wurden von der Therapeutin thematisiert; auch die Tatsache, dass die Therapie manchmal langweilig und anstrengend sein könnte, dass Therapie eine Konfrontation mit unangenehmen Dingen und die Reduktion angenehmer Dinge (z. B. das Spielen) bedeutet und dass die Therapie Zeit und Geld kostet. Der Patient stimmte diesen Einwänden gegen eine Therapie zunächst zu, relativierte einige Einwände jedoch später wieder. Andere

Einwände, welche von der Therapeutin thematisiert wurden, lehnte der Patient ganz ab: sich in der Therapie verändern zu müssen, sah er nicht als Nachteil, sondern es war sein Wunsch. Der von der Mutter angesprochene Nachteil des sozialen Etiketts durch die Therapie, wurde vom Patienten nicht geteilt. Der Patient entschied sich für den Beginn der Therapie und es wurde abgemacht, dass der Patient der Therapeutin mitteilen würde, falls er Mühe mit der Therapie haben oder sich langweilen sollte.

4.5.2 Zusammenfassende Auswertung der Gründe für die Therapievorbereitung und der antizipierten Schwierigkeiten oder Befürchtungen der PatientInnen bezüglich der Therapie

Gründe für die Therapievorbereitungsgespräche

Die unterschiedlichen Gründe für die 10 beschriebenen Therapievorbereitungsgespräche und ihre Häufigkeiten sind in Tabelle 4.33 zusammengefasst. In den meisten Fällen ging es um die Anpassung des Problemverständnisses der PatientInnen, häufig auch verbunden mit einer Erweiterung des Therapiesettings (z. B. Angebot einer Paartherapie). Etwas weniger häufig sollten Motivationsprobleme oder Vorbehalte der PatientInnen thematisiert werden. Interaktionelle Schwierigkeiten waren nur in zwei Fällen Indikationsgrund.

Tab.4.33: Zusammenfassung der Art und Häufigkeiten der Gründe für die Therapie-vorbereitungsgespräche

| Therapie-vorbereitung 1-10: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|
| Anpassung des Problemverständnisses | I | I | I | I | | | I | I | I | | 7 |
| Ambivalente Motivation | | | I | | I | I | | | | I | 4 |
| Interaktionelle Schwierigkeiten | | I | | | I | | | | | | 2 |
| Skepsis / Vorbehalte | | | | | I | I | | | I | | 3 |
| Erweiterung des Settings, Einbezug naher Personen | I | | | | | | | I | | I | 3 |
| Anpassung der hohen Erwartungen | | | | | | | | | | I | 1 |

Nachteile der Therapie

Alle von den PatientInnen genannten Nachteile einer Therapie wurden nochmals zusammengefasst und kategorisiert. Sie sind in den Tabellen 4.34 und 4.35 dargestellt. Es wurde ebenfalls nochmals festgehalten, von wem, TherapeutIn / AbklärerIn (T) oder PatientIn (P), die Argumente in die Diskussion eingebracht wurden. Die Stiche in Klammer geben Argumente an, die zwar von TherapeutIn oder AbklärerIn eingebracht, aber vom Patienten / von der Patientin verneint wurden.

Die am häufigsten genannten Nachteile der Therapie waren: Zeit- und Geldaufwand, unangenehme Auseinandersetzung mit den Problemen (sowohl klärungs- als auch bewältigungsmässig), Angst vor Misserfolg, kurzfristige negative Konsequenzen, Angst vor Veränderung sowie Hilfe annehmen zu müssen. Die Argumente wurden insgesamt über alle Gespräche hin gesehen von beiden Seiten circa gleich häufig in die Diskussion eingebracht, es gab jedoch grosse individuelle Unterschiede zwischen den PatientInnen.

Vorteile von „keine Therapie“

Die genannten Vorteile von „keine Therapie“ sind in den Tabellen 4.36 und 4.37 zusammengestellt. Die häufigsten Nennungen waren ähnlich wie jene bei den Nachteilen einer Therapie. Neu hinzu kamen die Aspekte, dass das Altbekannte Sicherheit bedeutet und die Möglichkeit, die Probleme selber lösen zu können. Die Argumente wurden dieses Mal häufiger von den PatientInnen genannt. Dies kann jedoch auf die Reihenfolge, dass die Argumente nach den Nachteilen einer Therapie besprochen wurden und daher z.T. schon bekannt waren, zurückgeführt werden.

Tab.4.34: Zusammenfassung der Art und Häufigkeiten der von TherapeutIn / AbklärerIn (T) oder vom Patienten / von der Patientin (P) in den Therapievorbereitungsgesprächen 1-7 eingebrachten **Nachteile der Therapie**; Striche in Klammern = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder vom Abklärer eingebracht, aber vom Patienten verneint wurden

| Therapie-vorbereitung 1-7: | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | |
|---|---|---|---|-----|---|-----|---|-----|---|---|---|---|---|-----|
| | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T |
| Zeitaufwand | | | | | | | | | | | | | | |
| Geld | | | | | | | | | | | | | | |
| Unangenehme Ausein- setzung: unspezifisch | | | | | | () | | | | | | | | |
| Unangenehme Auseinandersetzung: Klärung | | | | | | | | | | | | | | |
| Unangenehme Auseinandersetzung: Bewältigung | | | | () | | | | | | | | | | () |
| Angst vor Misserfolg | | | | | | | | | | | | | | |
| Kurzfristige negative Konsequenzen | | | | | | | | | | | | | | |
| Angst vor Veränderung | | | | | | | | () | | | | | | |
| Hilfe annehmen | | | | | | | | | | | | | | |
| Sündenbock sein | | | | | | | | | | | | | | |
| Weg | | | | | | | | | | | | | | |
| Negative soziale Konsequenzen | | | | | | | | | | | | | | |
| Konfrontation löst Vermeidung aus | | | | | | | | () | | | | | | |
| Einbezug der Eltern | | | | | | | | | | | | | | |
| Einsicht, dass Beziehung keine Chance mehr hat | | | | | | | | | | | | | | |
| Fremde Kontrolle | | | | | | | | | | | | | | |
| Sich nicht ernst genommen fühlen | | | | | | | | | | | | | | |
| Therapie ist künstlich | | | | | | | | | | | | | | |
| Enttäuschung der hohen Erwartungen | | | | | | | | | | | | | | |
| Wenn der Therapeut zu cool wäre | | | | | | | | | | | | | | |
| Total: | 1 | 6 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |

Ergebnisse

Tab. 4.35: (Fortsetzung der Tab. 4.34) Zusammenfassung der Art und Häufigkeiten der von TherapeutIn / AbklärerIn (T) oder vom Patienten / von der Patientin (P) in den Therapievorbereitungsgesprächen 8 – 10 eingebrachten **Nachteile der Therapie**; Striche in Klammern = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder vom Abklärer eingebracht, aber vom Patienten verneint wurden

| Therapie-vorbereitung 8-10: | 8 (er) | | 8 (sie) | | 9 | | 10 | | Total | Total | Total |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T | |
| Zeitaufwand | | | () | | | | | | 5 | 2 | 7 |
| Geld | | | | | | | | | 3 | 3 | 6 |
| Unangenehme Auseinandersetzung: unspezifisch | | | () | | | | | | 3 | 3 | 6 |
| Unangenehme Auseinandersetzung: Klärung | | | | | | | | | 2 | 2 | 4 |
| Unangenehme Auseinandersetzung: Bewältigung | | | | | | | | | 0 | 6 | 6 |
| Angst vor Misserfolg | | | | | | | | | 5 | 0 | 5 |
| Kurzfristige negative Konsequenzen | | | | | | | | | 2 | 2 | 4 |
| Angst vor Veränderung | | | () | | | | () | | 1 | 3 | 4 |
| Hilfe annehmen | | | | | | | | | 1 | 1 | 2 |
| Sündenbock sein | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 |
| Weg | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Negative soziale Konsequenzen | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 |
| Konfrontation löst Vermeidung aus | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 |
| Einbezug der Eltern | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 |
| Einsicht, dass Beziehung keine Chance mehr hat | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Fremde Kontrolle | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Sich nicht ernst genommen fühlen | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 |
| Therapie ist künstlich | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Enttäuschung der hohen Erwartungen | | | | | | | | | 0 | 1 | 1 |
| Wenn der Therapeut zu cool wäre | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Total: | 4 | 1 | 1 | 3 | 6 | 1 | 1 | 6 | 27 | 28 | 55 |

Ergebnisse

Tab.4.36: Zusammenfassung der Art und Häufigkeiten der von TherapeutIn / AbklärerIn (T) oder vom Patienten / von der Patientin (P) in den Therapievorbereitungsgesprächen 1-7 eingebrachten **Vorteile von „keine Therapie“**; Striche in Klammern = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder vom Abklärer eingebracht, aber vom Patienten verneint wurden

| Therapie-vorbereitung 1-7: | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T |
| Kein Zeitaufwand | | | | | | | | | | | | | | |
| Kein Geld | | | | | | | | | | | | | | |
| Keine unangenehme Auseinandersetzung: unspezifisch | | | | | | | | | | | | | | |
| Keine unangenehme Auseinandersetzung: Klärung | | | | | | | | | | | | | | |
| Altbekanntes = Sicherheit | | | | | | | | | | | | | | |
| Probleme selber lösen | | | | | | | | | | | | | | |
| Kurzfristige positive Konsequenzen | | | | | | | | | | | | | | |
| Kein Weg | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemanden mit Problemen belasten | | | | | | | | | | | | | | |
| Keine Verpflichtung zu Therapie, Unabhängigkeit | | | | | | | | | | | | | | |
| Keine kurzfristigen negativen Konsequenzen | | | | | | | | | | | | | | |
| Kein Misserfolg möglich | | | | | | | | | | | | | | |
| Bestätigung der Opferrolle | | | | | | | | | | | | | | |
| Total: | 0 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |

Tab. 4.37: (Fortsetzung der Tab. 4.36) Zusammenfassung der Art und Häufigkeiten der von TherapeutIn / AbklärerIn (T) oder vom Patienten / von der Patientin (P) in den Therapievorbereitungsgesprächen 8 - 10 eingebrachten **Vorteile von „keine Therapie“**; Striche in Klammern = Argumente, die zwar vom Therapeuten oder vom Abklärer eingebracht, aber vom Patienten verneint wurden

| Therapie-vorbereitung 8-10: | 8 (er) | | 8 (sie) | | 9 | | 10 | | Total | Total | Total |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | P | T | P | T | P | T | P | T | P | T | |
| Kein Zeitaufwand | | | | | | | | | 5 | 1 | 6 |
| Kein Geld | | | | | | | | | 5 | 0 | 5 |
| Keine unangenehme Auseinandersetzung: unspezifisch | | | | | | | () | | 3 | 3 | 6 |
| Keine unangenehme Auseinandersetzung: Klärung | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Altbekanntes = Sicherheit | | | | | | | | | 1 | 2 | 3 |
| Probleme selber lösen | | | | | | | | | 2 | 0 | 2 |
| Kurzfristige positive Konsequenzen | | | | | | | | | 1 | 1 | 2 |
| Kein Weg | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Niemanden mit Problemen belasten | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Keine Verpflichtung zu Therapie, Unabhängigkeit | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Keine kurzfristigen negativen Konsequenzen | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Kein Misserfolg möglich | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Bestätigung der Opferrolle | | | | | | | | | 1 | 0 | 1 |
| Total: | 4 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 2 | 2 | 24 | 7 | 31 |

5. Diskussion

5.1 Kritik an der Methode

Die berichteten Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie müssen unter Rücksichtnahme auf einige methodische Unzulänglichkeiten interpretiert und diskutiert werden. Deshalb werden im Folgenden zuerst die Kritikpunkte an der Methode aufgeführt. Es werden Aspekte der Stichprobe, des Untersuchungsdesigns, der verwendeten Messmittel und der Auswertungsstrategien kritisch hinterfragt.

Stichprobe

Um mittlere Effekte bei den verwendeten t-Tests statistisch feststellen zu können, müsste die verwendete Stichprobe nach Bortz (1993) mindestens 50 Therapien umfassen, 25 pro Vergleichsgruppe. In der vorliegenden Untersuchung umfasste die **Stichprobe** der miteinander verglichenen Therapien **lediglich 28 Therapien**. Dies erklärt, warum die meisten Ergebnisse nicht statistisch signifikant wurden.

Deshalb wurden die Ergebnisse aus den t-Tests zusätzlich in d-Effektstärken umgerechnet, welche von der Stichprobengrösse unabhängig sind. In Bezug auf die Interpretation der Ergebnisse muss die Stichprobengrösse immer mitberücksichtigt werden. Es handelt sich um vorläufige Effekte, die in Zukunft anhand einer grösseren Stichprobe nochmals überprüft werden müssen.

Des Weiteren ist die **externe Validität** der Stichprobe etwas eingeschränkt, weil die Patientenpopulation an der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern im Vergleich zu ambulanten oder stationären Einrichtungen von Psychiatrischen Diensten weniger stark belastet ist und ein Teil der PatientInnen, jene mit Suchterkrankungen oder mit Psychotischen Störungen weiterverwiesen wird. Abgesehen von den beiden letztgenannten Diagnosekategorien, wird jedoch eine breite Palette an Psychischen Störungen an der psychotherapeutischen Praxisstelle behandelt.

Untersuchungsdesign

Eine mögliche Variante im Untersuchungsdesign wurde explizit weggelassen: die Durchführung von **Therapievorbereitungsgesprächen bei unproblematischen PatientInnen mit günstigen Erwartungen und Motivation**, d.h. bei solchen ohne Indikation für ein Therapievorbereitungsgespräch. Die Gründe dafür waren Kosten-Nutzen-Überlegungen. Auf der einen Seite war der zusätzliche Gewinn für die PatientInnen, die sowieso schon für die Therapie motiviert waren und keine weiteren

interaktionellen Schwierigkeiten etc. aufwiesen, fraglich und auf der anderen Seite sprachen die begrenzten zeitlichen Ressourcen der AbklärerInnen für diesen Entscheid. Um jedoch genau abschätzen zu können, wie hoch der spezifische Gewinn eines Therapievorbereitungsgesprächs bei PatientInnen mit ungünstigen Erwartungen, ambivalenter Motivation oder anderen Schwierigkeiten ist, hätte dieser Vergleich in die Untersuchung miteinbezogen werden müssen.

Ein weiterer Kritikpunkt bezüglich Untersuchungsdesign ist die zeitlich **parallel verlaufene Durchführung des Ressourcenprojekts** von Wüsten (in Vorbereitung) und Flückiger (in Vorbereitung), deren Ressourcenintervention sich auf die ersten fünf Therapiesitzungen bezieht (siehe Methodenteil, Kap. 3.1). Da jedoch sowohl beim Ressourcenprojekt als auch bei der vorliegenden Pilotstudie, die Interventionen nicht bei allen Therapien durchgeführt wurden, konnte eine völlige Überschneidung der Patientenstichproben und eine daraus resultierende vollständige Konfundierung der beiden Interventionen verhindert werden. Es finden sich in beiden Projekten Therapien, bei denen nur eine der beiden Interventionen durchgeführt wurde. Diese reinen Unterstichproben können in beiden Projekten mit der Stichprobe mit der Doppelbedingung Ressourcenintervention und Therapievorbereitung verglichen werden. Durch diese Einzelvergleiche können die störenden Effekte der Überschneidung der beiden Projekte kontrolliert werden.

Als weiterer Einwand zum Untersuchungsdesign ist hinzuzufügen, dass der **Einbezug der Abbruchtherapien** bei der Kontrollgruppe und bei der Experimentalgruppe **unterschiedlich gehandhabt** wurde. Bei der Kontrollgruppe wurden die Abbrüche direkt im Anschluss an die Abklärungsphase (vor Therapiebeginn) nicht einbezogen, weil die Gründe für diese Abbrüche sehr unterschiedlich sein können, unter anderem häufig aus finanziellen Gründen. Bei der Experimentalgruppe jedoch, wurden die Abbruchtherapien direkt im Anschluss an die Therapievorbereitungssitzung (vor Therapiebeginn) miteinbezogen, zur Auswertung des Projekts und weil die Abbruchgründe aufgrund des Therapievorbereitungsgesprächs klarer waren. Deshalb ist die Abbruchrate in der Experimentalgruppe etwas erhöht, dies sollte bei der Evaluation der Therapievorbereitung berücksichtigt werden.

Messmittel

Die Überprüfung der **Reliabilität und Validität** des für diese Untersuchung konstruierten und verwendeten **TEMO** (Therapeutenfragebogen zur Therapieerwartung

und –motivation des/r Patienten/in) steht noch aus. Der Fragebogen ist sehr heterogen und es konnten bisher keine Skalen aus den Items gebildet werden (siehe Methodenteil, Kap. 3.3.3).

Beim **PATHEV** (Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation, Schulte, im Druck) stellt sich aufgrund der Ergebnisse die Frage, ob er **genügend veränderungssensitiv** ist, um die Veränderungen in den Patientenerwartungen in der Zeit zwischen Erstgespräch und Therapiebeginn erfassen zu können. Dies wird sich in weiteren Auswertungen des Projekts zeigen.

Ein weiterer Punkt betreffend Messmittel ist, dass für die Evaluation dieser Pilotstudie **noch keine Zwischen- und Endmessungen des Therapieerfolgs** einbezogen werden konnten, da die Daten dazu noch nicht vorhanden waren. Für die abschliessende Bewertung der Wirksamkeit der Therapievorbereitungsgespräche wären diese Daten jedoch unerlässlich. Es stellt sich die Frage, ob die Therapievorbereitungsgespräche auch noch über den Therapiebeginn hinaus einen positiven Effekt zeigen, oder ob sich dieser anfängliche Effekt im Verlauf der Therapie wieder verliert. Für die Beantwortung dieser Frage wird die Endmessung des Therapieerfolgs, welche für die PatientInnen aus der Stichprobe ca. in einem Jahr erfolgen wird, aufschlussreich sein.

Eine weitere Lücke in den Messmitteln betrifft die **Einschätzung der Wirksamkeit der Therapievorbereitung durch externe Beobachter**. In der vorliegenden Pilotstudie wurden lediglich die Einschätzungen der PatientInnen und TherapeutInnen einbezogen. Es wäre z.B. interessant, die Anfangssitzungen der Therapien mit und ohne Therapievorbereitung anhand von Videoanalysen und –ratings miteinander zu vergleichen, wie dies bei Regli (1997); Grawe, Regli, Smith & Dick (1999); Smith (2001) und Gassmann (2002) gemacht wurde und in der geplanten Untersuchung von Sutter (in Vorbereitung).

Auswertungsverfahren

Die für den t-Test vorausgesetzte **Normalverteilung** der Variablen war nicht immer erfüllt. Die ungleichen Varianzen jedoch wurden mit Hilfe der d-Effektstärkenformel korrigiert (siehe Methodenteil, Kap. 3.7.1). Bei Häufigkeiten von $n_1 + n_2 > 50$ geht die t-Verteilung in eine Standardnormalverteilung über (Bortz, 1993). Es wird sich daher bei einer zukünftigen Evaluation anhand einer grösseren Stichprobe zeigen, ob die Ergebnisse repliziert werden können.

Für die **qualitative Auswertung** der Therapievorbereitungsgespräche sind bislang nur die unstandardisierten Beobachtungen und Zusammenfassungen der Autorin aufgrund der DVD-Aufnahmen der Gespräche vorhanden. Eine Validierung dieser Beobachtungen durch andere Personen steht noch aus.

5.2 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung nochmals zusammengefasst und im Hinblick auf die eingangs dargestellten theoretischen Grundlagen diskutiert. Dabei sollten die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Kritikpunkte zur Methode stets mitberücksichtigt werden. Vor allem sollten die Ergebnisse aufgrund der noch kleinen Stichprobengrösse als vorläufige Tendenzen betrachtet werden, welche in Zukunft überprüft werden müssten.

Auch müssen die Ergebnisse auf dem Hintergrund der **Unterschiede in den Ausgangsmerkmalen der Experimental- und Kontrollgruppe** interpretiert werden. Wie schon erwähnt, war die Experimentalgruppe vor Therapiebeginn deutlich stärker belastet, sowohl von der Inkongruenz her wie von den ungünstigen Erwartungen der PatientInnen sowie den interpersonalen Problemen, letztere aus Patientensicht, nicht aber aus Therapeutensicht. Es kann daraus gefolgert werden, dass es für die TherapeutInnen insgesamt schwieriger war, den PatientInnen aus der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einem besseren Therapiebeginn zu verhelfen. Dies erhöht wiederum das Gewicht der Ergebnisse der Therapievorbereitung, welche im Weiteren genauer interpretiert werden.

In Bezug auf die **Ausgangsmerkmale** der PatientInnen hat sich ausserdem gezeigt, dass, wie angenommen wurde, die PatientInnen aus **der Gruppe „Therapievorbereitung indiziert“** stärker belastet waren als die **Vergleichsgruppe ohne Indikation zur Therapievorbereitung**. Erstaunlich diesbezüglich war, dass die interaktionellen Schwierigkeiten der PatientInnen in der Gruppe „Therapievorbereitung indiziert“ nicht erhöht waren. Wie auch schon beschrieben, kann dies darauf zurückgeführt werden, dass insgesamt in der vorliegenden Stichprobe mit indizierter Therapievorbereitung wenig PatientInnen mit interpersonalen Problemen enthalten waren. In der Experimentalgruppe waren interaktionelle Schwierigkeiten lediglich bei zwei PatientInnen Indikationsgrund für das Therapievorbereitungsgespräch (siehe qualitative Ergebnisse, Kap. 4.5.2, Tab. 4.33).

Im Folgenden werden zuerst die Zusammenhänge zwischen Erwartungen und Therapiebeginn genauer analysiert, gefolgt von der statistischen Evaluation der Therapievorbereitung und in einem letzten Teil werden die Schlussfolgerungen aus der qualitativen Evaluation der Therapievorbereitungsgespräche beschrieben.

5.2.1 Zusammenhang zwischen Erwartungen und Therapiebeginn

Im Einführungsteil wurde der empirisch belegte Zusammenhang zwischen den Erwartungen von PatientInnen und dem Therapieergebnis ausführlich dargestellt. Es fanden sich vor allem starke positive Zusammenhänge zwischen dem Therapieerfolg und der Veränderungserwartung / Hoffnung der PatientInnen, den Rollenerwartungen und Vorlieben der PatientInnen und der Glaubwürdigkeit / Passung der Therapie (Arnkoff et al., 2002; Lambert, 2004; Schulte, im Druck).

In der vorliegenden Untersuchung sollte überprüft werden, ob sich der Zusammenhang der Patientenerwartungen zum Therapieprozess auch zum in diesem Rahmen noch wenig untersuchten Zeitpunkt des Therapiebeginns finden lässt. Dies konnte klar bestätigt werden. Es fand sich ein klarer Zusammenhang zwischen den **Erwartungen der PatientInnen und dem Therapiebeginn**, letzterer gemessen mit dem Patienten- und Therapeutenstundenbogen (siehe Ergebnisteil, Abb. 4.3 bis 4.6). Hohe Veränderungserwartungen der PatientInnen hingen zusammen mit stärkeren positiven Kontrollerfahrungen, einem besseren Aufgehobensein, einer besseren Therapiebeziehung, mehr Klärungs- und Bewältigungserfahrungen sowie mehr Fortschritten in der Therapie. Geringe Veränderungsängste waren verbunden mit einem besseren Aufgehobensein, mehr Problemaktivierung, mehr Kontroll- sowie mehr Klärungserfahrungen.

Diese Unterschiede im Therapiebeginn aufgrund der Patientenerwartungen bestätigen auch die von Wampold (2001) in seinem „conceptual model“ der Psychotherapie sowie von Lambert & Barley (2002) postulierte Wichtigkeit der Patientenerwartungen im Vergleich zu den Therapietechniken.

5.2.2 Statistische Evaluation der Therapievorbereitungsgespräche

Veränderung der Erwartungen der PatientInnen

In Bezug auf die **Veränderung der Erwartungen der PatientInnen** durch das Therapievorbereitungsgespräch sind die Ergebnisse gemischt (siehe Ergebnisteil, Abb. 4.9 bis 4.14). Aus Sicht der PatientInnen haben sich die Erwartungen (Veränderungserwartung, Veränderungsangst und Glaubwürdigkeit / Passung der Therapie) durch die Therapievorbereitung kaum beeinflussen lassen. Sie sind vom Zeitpunkt des Erstgesprächs bis nach der ersten Therapiesitzung konstant geblieben.

Lediglich bei der Unterstichprobe der Therapien aus der Experimentalgruppe ohne Ressourcenintervention fanden sich Tendenzen in Richtung Erwartungsveränderung.

Aus Sicht der TherapeutInnen hingegen konnten sowohl positive als auch negative Veränderungen der Patientenerwartungen festgestellt werden. Auf der positiven Seite erhöhten sich in der Experimentalgruppe die Selbstwirksamkeits- und Veränderungserwartungen der PatientInnen sowie die Klärungserwartungen und das Ursachenmodell der PatientInnen veränderte sich in die positive Richtung (mehr interne Ursachenzuschreibung). Auf der negativen Seite kam es zu einer verstärkten Wahrnehmung der Schwierigkeiten und Hindernisse einer Therapie sowie zu einer Abnahme der aktiven Rollenerwartungen der PatientInnen. Die Abnahme der aktiven Rollenerwartungen der PatientInnen fand sich jedoch auch in der Kontrollgruppe. Es ist unklar worauf dieser Effekt zurückzuführen ist. Die Veränderung der Erwartungen in die positive Richtung blieb nach Abzug der Stichprobe mit zusätzlicher Ressourcenintervention nur zum Teil erhalten. Die höhere Selbstwirksamkeits- und Veränderungserwartungen verschwanden, übrig blieb das funktionalere Ursachenmodell der PatientInnen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Annahme, die Patientenerwartungen liessen sich durch eine Therapievorbereitungssitzung positiv beeinflussen, bisher zu wenig unterstützt werden kann. Die einzige Ausnahme bilden die Ursachenvorstellungen der PatientInnen, welche aus Sicht der TherapeutInnen positiv verändert werden konnten. Es ergeben sich mehrere **mögliche Erklärungen für die geringe Beeinflussbarkeit der Patientenerwartungen**. Einerseits stellt sich die Frage der Veränderungssensitivität des PATHEV (Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation, Schulte, im Druck) und auch die Frage, ob sich die Erwartungen in so kurzer Zeit zwischen Erstgespräch und Therapiebeginn (ca. drei bis vier Wochen) verändern lassen. Des Weiteren ist es möglich, dass anfängliche illusorische Erwartungen der PatientInnen durch die Therapievorbereitung realistischer wurden und sich dieser Effekt aufhob mit einer gleichzeitigen Verbesserung der Erwartungen aufgrund des konkreten Therapieangebots. Andererseits ist es möglich, dass andere Faktoren als die Erwartungen wie z.B. eine bessere Bedürfnisbefriedigung, insbesondere vermehrte positive Erfahrungen in Bezug auf das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (Grawe, 1998, 2004) den weiter unten beschriebenen Effekt der Therapievorbereitung begründen können. Im theoretischen Arbeitsmodell zu den Zusammenhängen zwischen Patientenerwartungen und Therapieprozess (Kap. 2.1,

Abb. 2.1) waren beide Effekt der Therapievorbereitung, jener über die Erwartungen der PatientInnen und ein direkter Zusammenhang zum Therapieprozess postuliert worden. Die Idee des direkten Zusammenhangs zum Therapieprozess entstammte den Ergebnissen der Forschungen zu den Therapievorbereitungsansätzen (siehe Theorie, Kap. 2.3), welche zu den Erwartungen alternative Wirkvariablen der Therapievorbereitung vertreten wie Psychoedukation / Ernst-Nehmen der PatientInnen (Breisacher et al., 2003), kompetentes Auftreten der TherapeutInnen (Orlinksy et al., 1994) sowie Erhöhung der Motivation der PatientInnen durch maximale Mitsprache und Kontrolle der PatientInnen, durch maximale Transparenz im Vorgehen und Freiwilligkeit der Therapie (Bleyen et al., 1998; Miller et al., 1999; Kanfer et al., 2000; Bents, 2003). Ausserdem wurde für die vorliegende Untersuchung das Ansprechen von antizipierten Schwierigkeiten und Befürchtungen der PatientInnen als weitere Wirkvariable der Therapievorbereitung postuliert. Alle diese Fragen nach den möglichen Wirkvariablen der Therapievorbereitung können erst anhand von weiteren zukünftigen Auswertungen beantwortet werden.

Im Folgenden soll noch die **Veränderung der Ursachenvorstellungen**, die einzigen Patientenerwartungen, welche sich durch die Therapievorbereitung verändern liessen, interpretiert werden. Die Ursachenvorstellungen der PatientInnen aus der Experimentalgruppe haben sich von einem eher externalen Modell, d.h. äussere Lebensumstände oder andere Personen werden als Ursachen der Probleme gesehen, hin zu einem verstärkt internalen Modell mit intrapsychischen Ursachenvorstellungen verändert.

In Verbindung mit den im Einführungsteil vorgestellten Ergebnissen von Faller (1998), dass internale Ursachenvorstellungen der PatientInnen mit internalen Kontrollüberzeugungen und einer eher einsichtsorientierten Behandlungserwartung einhergingen im Vergleich zu PatientInnen mit externalen Kontrollüberzeugungen, externalen Ursachenvorstellungen und mit eher passiver Behandlungserwartung, könnte angenommen werden, dass die PatientInnen aus der Stichprobe mit erfolgter Therapievorbereitung eher für eine einsichtsorientierte Behandlung motiviert waren oder immer noch sind. Dafür spricht das Ergebnis im TEMO (Abb. 4.13), dass diese PatientInnen im Vergleich zur Kontrollgruppe stärkere Erwartungen bezüglich klärungsorientiertem Vorgehen hatten. Dieser Effekt verlor sich jedoch bei der Unterstichprobe ohne Ressourcenintervention.

Gemäss der Patiententypologie von Richert (1983) hätten sich einige der PatientInnen aus der vorliegenden Untersuchung von „medical modelers“, d.h. PatientInnen, welche

eine klassische Arzt-Patienten-Rollenaufteilung in der Therapie erwarten, hin zu „problem solvers“ und „explorers“ mit aktiverem Rollenverständnis verändert.

Dies steht jedoch im Widerspruch zur Einschätzung der TherapeutInnen. Sie beurteilten die Erwartungen der PatientInnen aus der Experimentalgruppe bezüglich aktiver Mitarbeit in der Therapie nach der Therapievorbereitung als geringer als vorher. Die mögliche Veränderung der Rollenerwartungen der PatientInnen durch Therapievorbereitung kann demnach noch nicht klar beurteilt werden. Einzig klar ist die positive Veränderung des Ursachenverständnisses der PatientInnen.

Verbesserung des Therapiebeginns durch Therapievorbereitung

Die brennendste Frage der vorliegenden Pilotstudie, jene nach der **Wirksamkeit der Therapievorbereitung**, gemessen anhand der Qualität des Therapiebeginns, lässt sich tatsächlich bejahen (siehe Ergebnisteil, Abb. 4.15 bis 4.18). In der Experimentalgruppe verbesserten sich gegenüber der Kontrollgruppe die Kontrollerfahrungen der PatientInnen, das Aufgehobensein und die Problemaktivierung (emotionale Beteiligung) sowie die Problembewältigung und die Therapiefortschritte. Diese Effekte blieben auch nach Abzug der Stichprobe mit zusätzlicher Ressourcenintervention vorhanden. Sie verstärkten sich sogar aus Sicht der PatientInnen noch nach Abzug dieser Stichprobe in Bezug auf die Therapiefortschritte. Die Therapieabbruchraten konnten durch die Therapievorbereitung bei der vorliegenden Stichprobe jedoch nicht vermindert werden.

Die **möglichen Erklärungsversuche** dieser wegen der kleinen Stichprobe als vorläufig zu betrachtenden erfreulichen Ergebnisse, wurden im vorangegangenen Abschnitt bereits dargestellt. Für die Hypothese, dass die PatientInnen der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe vermehrt positive Erfahrungen im Bezug auf die Bedürfnisbefriedigung gemacht haben, insbesondere bezüglich des Bedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle, sprechen die erhöhten Kontrollerfahrungen der PatientInnen. Es ist anzunehmen, dass die PatientInnen durch die Informationsvermittlung über Diagnose und Problemverständnis im Therapievorbereitungsgespräch und durch das klare Aufdecken der Vor- und Nachteile einer Therapie, sich stärker ernst genommen fühlten und mehr Kontrolle über ihre Symptomatik und ihren aktuellen Zustand verspürten. Ausserdem entspricht das bessere Aufgehobensein in der Therapie positiven Erfahrungen bezüglich des Bedürfnisses nach Bindung (Grawe 1998, 2004). Auch ist anzunehmen, dass die

Therapievorbereitung, wie oben schon beschrieben, positive Auswirkungen auf die Therapiemotivation der PatientInnen hatte.

Die stärksten Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe fanden sich in Bezug auf die **Problemaktivierung / emotionale Beteiligung**. Eine mögliche Erklärung ist, dass die PatientInnen der Experimentalgruppe durch die Therapievorbereitung schneller in den Therapieprozess eingestiegen sind und früher auf emotionale Themen gestossen sind als die PatientInnen der Kontrollgruppe. Da die Problemaktivierung und Problemarbeit ein wichtiger Teil der therapeutischen Arbeit ist (Grawe, 1998, 2004), wäre dies als sehr positiver Effekt zu verzeichnen. Andererseits könnte es auch sein, dass die PatientInnen aus der Experimentalgruppe wegen ihrer stärkeren Anfangsbelastung die Problemaktivierung im Therapieprozess höher einschätzten als die PatientInnen aus der Kontrollgruppe. Weitere Untersuchungen könnten hier Klarheit verschaffen.

Insgesamt stellt sich die Frage, ob sich dieser bessere Therapiebeginn auch auf den weiteren Verlauf der Therapie dieser PatientInnen auswirken wird. Dies ist aufgrund der Forschungsergebnisse von Renaud et al. (1998), Ilardi & Craighead (1999), Crits-Christoph et al. (2001) sowie Haas et al. (2002), die in der Einleitung erwähnt wurden, anzunehmen. Sie fanden klare Zusammenhänge zwischen den schnellen Verbesserungen der „early responders“ zu Therapiebeginn und der Verlaufsprognose. Auch hier werden die zukünftigen Auswertungen des Therapieerfolgs der PatientInnen aus den beiden Vergleichsgruppen mehr Aufschluss geben. Bisher lässt sich nur festhalten, dass sich die Therapieabbruchrate durch die Therapievorbereitung nicht vermindern liess.

Das Ziel, den **Einstieg in die Therapie mit Hilfe einer Intervention zu verbessern**, haben auch verschiedene andere sehr **aktuelle Studien** verfolgt, deren Resultate im Folgenden näher vorgestellt werden.

Die erste Studie und deren Katamneseuntersuchung (**Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, Schatz, Bertl-Schüssler, Janecke, Lampe & Schüssler (in press); Rumpold, Janecke, Smrekar, Schüssler & Doering (2004)**) wurde an einer psychotherapeutischen Ambulanz durchgeführt, welche im Wesentlichen eine „Drehscheibenfunktion“ einnimmt. Die meisten PatientInnen werden nach einer Diagnostik-Motivations-Phase (DM-Phase) an niedergelassene PsychotherapeutInnen überwiesen. Die Ziele dieser DM-Phase umfassen: Diagnosestellung, (Differenzial-)

Indikationsstellung, Aufbau einer hilfreichen therapeutischen Beziehung, Stärkung der Therapiemotivation (bei Indikation zur Psychotherapie) und Überweisung in Psychotherapie. Die Dauer der ganzen DM-Phase beträgt durchschnittlich 3.9 Sitzungen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist vor allem die geplante Motivationsförderung bei den PatientInnen interessant. Die Sitzungen zur Motivationsförderung sind nicht standardisiert. Es sollen Einstellungen und Erwartungen des Patienten zur Psychotherapie sowie seine Laienätiologie besprochen und die Reflexionsfähigkeit des Patienten gefördert werden.

Die Ergebnisse der beiden Studien sind vielversprechend und ernüchternd zugleich. Vielversprechend, da während der DM-Phase das Krankheitserleben und die Laienätiologie, gemessen im FMP (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation; Schneider et al., 1989), signifikant abnahmen und die Behandlungserwartungen und die Offenheit für Psychotherapie zunahm. Ausserdem schätzten die PatientInnen am Ende der DM-Phase die Therapiebeziehung als gut ein und sie waren zufrieden mit den Resultaten der DM-Phase. Die Autoren geben jedoch an, dass diese Veränderungen zwar statistisch signifikant, aber eher moderat waren. Ernüchternd sind die Resultate aus der Katamnesestudie, in welcher untersucht wurde, wieviele der PatientInnen tatsächlich eine Therapie bei einem niedergelassenen Therapeuten begannen und welches die Prädiktoren für diesen Überweisungserfolg waren. 57.1% der PatientInnen begannen mit einer Therapie. Es zeigte sich, dass der Überweisungserfolg anstatt wie angenommen auf die Verbesserung der Therapieerwartungen und –motivation während der DM-Phase, auf andere Variablen zurückzuführen war. Es handelte sich um eher stabile patientenbezogene Variablen wie demographische Variablen (niedrigeres Alter und weibliches Geschlecht), Psychopathologie (stärkere Depressivität), Persönlichkeitsmerkmale (ausnutzbare, fürsorgliche, selbstunsichere und expressive Menschen) sowie eine schon vor der DM-Phase bestehende hohe Psychotherapiemotivation. Die Gesamtgruppe der untersuchten PatientInnen erlebten nach zwei Jahren eine signifikante Verbesserung der psychopathologischen Symptome und der interpersonalen Probleme. Die Verbesserung war jedoch bei den PatientInnen, die in psychotherapeutischer Behandlung waren, nicht grösser als bei denjenigen die keine Therapie begonnen hatten. Die Autoren relativieren diese Ergebnisse insofern, als sie vermuten, dass einigen PatientInnen schon allein durch die DM-Phase soweit geholfen werden konnte, dass sie keine weitere Behandlung mehr benötigten. Sie mutmassen, dass die DM-Phase möglicherweise bei einigen PatientInnen über das Erwecken von Hoffnungen

und positiven Besserungserwartungen einen positiven Rückkopplungsprozess in Gang gesetzt hat, der die eigenen Copingressourcen der PatientInnen aktiviert hat.

Die Schlussfolgerung aus diesen beiden Studien im Hinblick auf die vorliegende Pilotstudie ist, dass eine geglückte Verbesserung der Therapieerwartungen und -motivation der PatientInnen noch nicht heissen muss, dass diese auch einen günstigen Effekt auf den weiteren Verlauf der Therapie hat. Auf dem Hintergrund dieser Aussage sollten auch die Resultate der vorliegenden Pilotstudie vorsichtig interpretiert werden.

Eine weitere Intervention zur Verbesserung des Einstiegs in die Therapie wurde von **Koban & Willutzki (2001)** entwickelt. Es handelt sich um die Interventionsmethode **EPOS**, die **Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie**. Durch das gemeinsame Erarbeiten persönlich bedeutsamer, realistischer und konkreter Therapieziele strebt die EPOS die Vermeidung von Zielkonflikten zwischen PatientIn und TherapeutIn, die Verbesserung der therapeutischen Beziehung und die Erhöhung der Therapiemotivation des Patienten durch intrinsische Therapieziele an. Für die EPOS werden im Allgemeinen zwei bis drei Therapiestunden verwendet. Zunächst geht es um den Entwurf positiver Wünsche, Träume und Zukunftsperspektiven anhand einer Imaginationsübung. Von diesen werden realisierbare Therapieziele abgeleitet. Willutzki & Koban (2004) haben die EPOS empirisch überprüft und bei den untersuchten PatientInnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe lediglich einen Trend hin zu einer stärkeren Reduktion der Demoralisierung und einer stärkeren Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie eine signifikante Verbesserung des „Selbstbezugs“ gefunden.

Berking, Hecker, Bruns, Jacobi & Kröner-Herwig (2004) und Berking & Grosse Holtforth (in Vorbereitung) haben die EPOS weiter empirisch untersucht. Ihre Fragestellung war, inwieweit eine für das Gruppensetting angepasste Version der EPOS im Vergleich zu einem Gruppentraining zur Selbstwahrnehmung eigener Erfolge und Kompetenzen (SEKO) und im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe sich positiv auf den Therapieprozess und –erfolg auswirkt. In der SEKO-Intervention sollten sich die PatientInnen ihre bisherigen Erfolge im Leben vorstellen und welche ihrer Stärken diese Erfolge ermöglicht haben. Sie sollten sich ausserdem überlegen, wie ihnen diese Stärken bei der Zielerreichung in der Therapie helfen könnten.

Es fanden sich vor allem positive Effekte der EPOS und SEKO auf die Prozessmasse des Therapiebeginns (Ausmass an positiven Selbstwerterfahrungen, Klärungs- und Bewältigungserfahrungen etc.), welche jene der Wartekontrollgruppe überstiegen. Diese Effekte verschwanden jedoch im weiteren Verlauf der Therapie.

Die Ergebnisse gehen in eine ähnliche Richtung wie jene aus den Studien von Rumpold et al. (2004, in press). Bei letzteren erzielte die Diagnostik-Motivations-Phase ebenfalls vor allem zu Beginn ihre Wirkung auf die Erwartungen und Motivation der PatientInnen. Sie sagte jedoch nicht die Aufnahme einer Therapie bei einem niedergelassenen Therapeuten voraus.

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass der Einfluss der Therapievorbereitung auf den weiteren Therapieprozess und –erfolg unbedingt in weiteren Auswertungen analysiert werden sollte.

Die **Wichtigkeit von intrinsischen Zielen**, wie sie von den EPOS-Autoren beschrieben wird, wird auch **von Sheldon & Elliot (1999)** geteilt. In ihrem Selbst-Konkordanz-Modell beschreiben sie, dass die Übereinstimmung von angestrebten Zielen mit den überdauernden Interessen und Werten einer Person eine wichtige Voraussetzung für die Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse ist. Sie sprechen bei dieser Übereinstimmung von selbst-konkordanten oder intrinsischen Zielen.

Brunstein, Lautenschlager, Nawroth, Pöhlmann & Schultheiss (1995) und **Brunstein, Schultheiss & Grässmann (1998)** konnten diese Annahme empirisch bestätigen. Das Ausmass der Befriedigung der Grundbedürfnisse wurde anhand des emotionalen Wohlbefindens gemessen. Sie fanden heraus, dass bei Personen mit überwiegendem Agency-Motiv nur der Fortschritt in Agency-Zielen mit besserem Wohlbefinden einherging und nicht der Fortschritt in Communion-Zielen und umgekehrt. D.h., dass die Kongruenz zwischen Motiven und Zielen ein signifikanter Prädiktor für das emotionale Wohlbefinden der Personen war.

Diese Befunde lassen sich mit aktuellen **neuropsychologischen Erkenntnissen (Grawe, 2004)** untermauern. Die Grundlage intrinsischer Motivation im Gehirn bildet das **Dopaminsystem**. Dopamin wird durch lustfördernde Aktivitäten (Essen, sexuelles Verhalten, Rauchen, Drogenkonsum etc.) ausgeschüttet und hat eine verstärkende Wirkung. Diese Wirkung geschieht über die Verstärkung der am oben beschriebenen Verhalten beteiligten Synapsen. Die angenehmen Reize (wohlschmeckende Nahrung, etc.) sind lediglich die Auslöser für die Dopaminausschüttung, wichtig für die Verstärkung ist jedoch das Dopamin. Auch die negative Verstärkung durch Nachlassen von Schmerzen oder anderen unangenehmen Gefühlen wird über das Dopaminsystem vermittelt. D.h. das Dopamin gibt Objekten und Ereignissen eine motivationale Salienz,

die entweder zu Annäherung oder Vermeidung führt, d.h. motivationale Ziele werden aktiviert. Damit das Lernen in einer Therapie erfolgreich sein kann, muss dementsprechend alles, was vom Patienten gelernt werden soll, eine motivationale Salienz haben. Diese ist gegeben, wenn bereits vorhandene wichtige motivationale Ziele des Patienten aktiviert sind. Nur dann ist der Patient bereit sich in der Therapie anzustrengen. Für die konkrete Therapiesituation bedeutet dies, wie schon mehrmals erwähnt, dass der Patient nur in Therapiezielen unterstützt werden sollte, die mit seinen wichtigen motivationalen Zielen übereinstimmen.

Diese Erkenntnisse können im Zusammenhang mit der **Therapievorbereitungssitzung** genutzt werden, indem bei der **Besprechung der Vorteile einer Therapie**, bewusst darauf geachtet wird, dass diese Vorteile mit wichtigen intrinsischen Zielen des Patienten verbunden sind. Für die ausführlichere Klärung der Ziele und Werte der PatientInnen im weiteren Therapieprozess beschreiben Kanfer et al. (2000) hilfreiche Techniken, wie z.B. die Wunderfrage, Jugendträume, die Zeitreise, etc.

Eine weitere Intervention, die vor Therapiebeginn von **Margraf & Berking (in Vorbereitung)** eingesetzt und evaluiert wurde, ist eine **Entschlussförderungsintervention (EFI)**. Sie wurde auf dem Hintergrund entwickelt, dass therapeutische Veränderungsschritte bei PatientInnen häufig Konflikte auslösen, zwischen den kurzfristigen negativen und den langfristigen positiven Konsequenzen. Diese Konflikte können sich hemmend auf die Durchführung geplanter Veränderungsschritte auswirken.

Die EFI wurde in einem randomisierten Kontrollgruppendesign bei PatientInnen, die ein Selbstsicherheitstraining im Rahmen einer stationären verhaltenstherapeutischen Behandlung durchführten untersucht. Als abhängige Variable diente die Durchführung einer zuvor mit den PatientInnen herausgearbeiteten „Selbstdurchsetzungshandlung“. Bei der Kontrollgruppe wurde an Stelle der EFI eine Vorbereitung auf die Selbstdurchsetzung anhand der Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen durchgeführt. Wichtige Inhalte der EFI waren zum einen, die Aufklärung der PatientInnen darüber, dass ein Hinausschieben der Entscheidung auch Nachteile mit sich bringt und zwar die Nachteile vom Status quo. Ein anderer wichtiger Punkt war, dass die PatientInnen nach einem sorgfältigen Abwägen der Vor- und Nachteile der Selbstdurchsetzungshandlung, dazu aufgefordert wurden, einen Entschlusspruch darüber zu formulieren, wie sie sich entschieden hatten und warum. Dieser Entschlusspruch

sollte der folgenden Struktur entsprechen: Die Handlung A ist besser als B, weil die Gründe C mir wichtiger sind als D („Satz vom guten Grund“).

Die Ergebnisse sind ermutigend. In der EFI-Gruppe lag der Anteil tatsächlich durchgeführter Selbstdurchsetzungen bei 91%, verglichen mit einem Anteil von 66% bei der Kontrollgruppe.

Eine **ähnliche Entschlussförderungsintervention** wurde von **Kaeser (1999)** eingesetzt und untersucht. Die Fragestellung der Untersuchung war, wie sich abwägende im Vergleich zu planender Bewusstseinslage auf die Lösung eines persönlichen Entschlussproblems bei Depressiven und Nichtdepressiven auswirkt. Dazu wurde ein Teil der PatientInnen mit Hilfe der Frage / Imagination „Stellen Sie sich vor, Sie hätten den Entschluss schon getroffen...“ in eine planende Bewusstseinslage gebracht (Gedanken über das Wann, Wo und Wie der Handlungsausführung). Die andere Gruppe musste sich Vor- und Nachteile des Entschlussproblems überlegen (abwägende Bewusstseinslage). Beide Gruppen, Depressive wie Nichtdepressive profitierten in gleicher Weise deutlich mehr vom planenden als vom abwägenden Nachdenken, im Sinne einer Annäherung an den Entschlussakt.

Die Ergebnisse der beiden Entschlussförderungsinterventionen lassen sich gut in das **Handlungsphasenmodell** von **Heckhausen, Gollwitzer & Weinert (1987)** einordnen. Das Modell, auch „Rubikonmodell“ genannt, beschreibt die verschiedenen Phasen, welche Menschen vor der Realisierung einer Handlung durchlaufen. In einer ersten Motivationsphase wird zwischen verschiedenen Zielen abgewogen. Diese Phase wird stark von Wünschen und Befürchtungen der PatientInnen beeinflusst. In einem wichtigen nächsten Schritt wird der „Rubikon“ vom Wählen zum Wollen überschritten, es kommt zu einer Intentionsbildung. Die folgenden Phasen beinhalten die Vorbereitung und Umsetzung der Handlung sowie die abschliessende Bewertung der Handlung.

Mit den Entschlussförderungsinterventionen ist es gelungen den PatientInnen zu helfen, den „Rubikon“ zwischen dem Wählen und Wollen zu überschreiten. Sie konnten dadurch eine klare Intention ausbilden und sie in einer Handlung realisieren. Eine wichtige Rolle bei der Intentionsbildung in der EFI (Margraf & Berking, in Vorbereitung) kommt sehr wahrscheinlich dem „Satz vom guten Grund“ zu.

Ganz ähnlich sind auch die **Ziele der Therapievorbereitungsintervention**. Die ambivalente Motivation der PatientInnen vor Therapiebeginn führt dazu, dass sie in der

Phase des Abwägens der verschiedenen Ziele stehen bleiben. Durch die ausführliche Thematisierung der Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie anhand des 4-Felder-Modells sollen den PatientInnen die Argumente bewusst gemacht. Durch die Bewusstmachung soll die motivationale Ambivalenz reduziert werden.

Die **Wichtigkeit der Bewusstheit von Zielen für die Handlungsrealisierung** lässt sich nach **Grawe (2004)** folgendermassen anhand der **neuropsychologischen Abläufe** erklären.

„Wenn ein im PFC [Präfrontalen Cortex] bereits repräsentiertes Ziel in den Arbeitsspeicher gelangt, dessen Inhalte durch die Qualität von Bewusstheit gekennzeichnet sind, werden durch selektive Aufmerksamkeit von allen möglichen Wahrnehmungen, die jeweils gemacht werden könnten, jene bevorzugt, die für das Ziel besonders relevant sind. Andere werden aktiv gehemmt. ... Diese Bevorzugung bedeutet, dass das Ziel mit der besonderen Qualität des bewussten, absichtsvollen Handelns verfolgt wird, also mit bewusster Aufmerksamkeit, bewusstem Nachdenken, Entscheiden, willentlicher Verhaltenskontrolle usw. (Grawe, 2004, S. 115).“

Das heisst, dass die Bewusstheit von Zielen es erst ermöglicht, dass sie von alternativen Einflüssen abgeschirmt werden können und der willentlichen Handlungskontrolle unterstellt sind. Der willentliche und bewusste Entschluss des Patienten für oder gegen eine Therapie wird im Therapievorbereitungsgespräch stark betont. Diese **Entscheidungsautonomie des Patienten** sollte ebenfalls die intrinsische Motivation des Patienten erhöhen (Bleyen et al., 1998; Kanfer et al., 2000).

5.2.3 Qualitative Evaluation der Therapievorbereitungsgespräche

In der qualitativen Auswertung der Therapievorbereitungsgespräche wurden vor allem zwei Themen genauer analysiert: die Indikationsgründe für die einzelnen Therapievorbereitungsgespräche und die Besprechung der Einwände und Befürchtungen der PatientInnen bezüglich einer Therapie. Wie schon im ersten Abschnitt unter „Kritik an der Methode“ bemerkt, muss bei der Interpretation der qualitativen Ergebnisse stets bedacht werden, dass es sich lediglich um unstandardisierte Beobachtungen der Autorin handelt.

Indikationsgründe für die Therapievorbereitungsgespräche

Die Indikationsgründe für die 12 erfolgten Therapievorbereitungsgespräche lassen sich in drei Hauptkategorien einteilen: erstens, ein ungünstiges oder „falsches“ Ursachenmodell und Problemverständnis der PatientInnen, zweitens, Motivationsprobleme und drittens, interpersonale Schwierigkeiten der PatientInnen, welche auch die Therapiebeziehung gefährden könnten. Im Folgenden sollen diese Gründe und was in den Therapievorbereitungen diesbezüglich gemacht wurde, diskutiert werden. Es ist festzuhalten, dass für die Therapievorbereitungssitzung bei den einzelnen PatientInnen meistens mehr als nur einer dieser Gründe eine Rolle gespielt hat.

1. Ungünstige oder „falsche“ Ursachenmodelle

Ungünstige oder „falsche“ Ursachenmodelle der PatientInnen waren in sieben Fällen ein Indikationsgrund zum Therapievorbereitungsgespräch. Das Ziel der einzelnen Therapievorbereitungssitzungen war hierbei, die PatientInnen über das Problemverständnis aus Sicht der TherapeutInnen aufzuklären und dasjenige der PatientInnen zu korrigieren. Bei einzelnen PatientInnen ging es z.B. darum, die Problemsicht um wichtige systemische Aspekte zu ergänzen und den PatientInnen eine Paar- an Stelle einer Einzeltherapie anzubieten. In den meisten Fällen ist die Anpassung des Ursachenmodells und Problemverständnisses der PatientInnen, soweit dies aus Beobachterperspektive eingeschätzt werden kann, gut gelungen. Das von den AbklärerInnen vorgestellte Problemverständnis fanden die meisten PatientInnen einleuchtend. Es ist anzunehmen, dass auf diese Weise mögliche spätere Missverständnisse und Zielkonflikte zwischen PatientInnen und TherapeutInnen vorweggenommen werden konnten. Die schon beschriebenen statistischen Auswertungen des TEMO bestätigen, dass sich das Ursachenverständnis der PatientInnen im Durchschnitt von einem eher passiv-externalen hin zu einem eher intrapsychischen verändert hat (siehe Kap. 4.4.1).

2. Ambivalente Motivation

Bei vier PatientInnen war eine ambivalente Motivation der Indikationsgrund zum Therapievorbereitungsgespräch. Es wurde versucht, die Motivationsprobleme der PatientInnen anhand der expliziten Besprechung der Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie zu verringern. Dies auf der einen Seite durch die Bewusstmachung

des Problemzustands und dessen Nachteile, d.h. durch die Erhöhung dessen Salienz. Es wurde von den TherapeutInnen sogar gefragt, ob sich das Problem auch noch verschlimmern könnte, wenn nichts unternommen wird. Auf der anderen Seite wurde durch die Gegenüberstellung der beiden Alternativen (Therapie vs. keine Therapie) die Diskrepanz und Spannung zwischen den beiden Zuständen und damit der Wunsch nach einer Auflösung erhöht. Zwei Strategien, die auch von Miller et al. (1999) und Kanfer et al. (2000) zum Aufbau von Änderungsmotivation verwendet werden. Die Motivationale Gesprächsführung von Miller et al. (1999) diene als Grundhaltung beim Gespräch. Da von den 12 PatientInnen mit erfolgtem Therapievorbereitungsgespräch lediglich eine Patientin die Therapie nicht begonnen hat (und dies aus anderen Gründen, wegen bevorstehendem Wohnortswechsel), kann davon ausgegangen werden, dass die Motivationsprobleme zumindest im Hinblick auf den Beginn einer Therapie erfolgreich reduziert werden konnten. Eine weitere Therapie wurde nach der sechsten Sitzung abgebrochen und eine andere nach der zehnten Sitzung. Es ist nicht klar, ob dies aus motivationalen Gründen geschehen ist.

Die Ergebnisse in Bezug auf die Besprechung der Einwände und Befürchtungen der PatientInnen anhand der 4-Felder-Modelle werden weiter unten näher beschrieben.

Für den **Umgang mit motivationalen Problemen** der PatientInnen **im weiteren Verlauf der Therapie**, z.B. für den Aufbau von Änderungsmotivation, geben Schmelzer (1998) und Kanfer et al. (2000) hilfreiche Informationen. Sie beschreiben auf der einen Seite die Planung des Motivationsaufbaus mit Hilfe einer Motivationsanalyse, bei der gefragt wird, ob die Motivationsprobleme des Patienten durch fehlendes / inadäquates Wissen, Können oder fehlende Motivation im eigentlichen Sinne bedingt sind. Auf der anderen Seite geben sie klare Strategien zum Motivationsaufbau an wie Nutzung vorhandener Motivation / wichtiger Ziele für therapeutische Zwecke, Problembewusstsein schaffen durch Selbstbeobachtungsaufgaben, Konfrontieren mit den Konsequenzen der Fortsetzung des Status quo, Zerlegung des Problems in kleine behutsame Schritte, Verstärkung durch Aufmerksamkeitslenkung auf (kleine) Erfolge, etc. Diese Motivationsstrategien werden je nach Ansatzpunkt (eher bei den Problemen „P“ oder Zielen „Z“) in drei Gruppen eingeteilt: erstens, Strategien, die am unerwünschten Ausgangszustand („P“) ansetzen (z.B. die Diskrepanz Probleme – Ziele verdeutlichen), zweitens, potentielle Mittel / Wege von „P“ nach „Z“ (z.B. Beseitigung von Motivationshindernissen) und drittens, Strategien rund um den erwünschten Zielzustand „Z“ (z.B. Ziele suchen, attraktive

Alternativen aufbauen). Letztere wurde schon im Rahmen der Wichtigkeit intrinsischer Ziele des Patienten ausführlich diskutiert.

Ähnliche konkrete Strategien zur Motivationsförderung bei PatientInnen, jedoch eher für den Bereich der Medikamentencompliance und Verhaltensänderung von PatientInnen, geben Meichenbaum & Turk (1994).

3. Interaktionelle Schwierigkeiten der PatientInnen

Bei zwei der untersuchten PatientInnen wurde das Therapievorbereitungsgespräch aufgrund von interaktionellen Schwierigkeiten der PatientInnen durchgeführt. Es waren PatientInnen mit Achse-II (DSM-IV) Persönlichkeitsstörungen oder subklinisch auffälligen Persönlichkeitszügen. Die interpersonalen Probleme dieser PatientInnen wurden im Rahmen der Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie angesprochen. Es wurde mit den PatientInnen herausgearbeitet, dass sich ihre Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Personen auch in der Therapiebeziehung zeigen könnten und es wurde besprochen, wie damit umgegangen werden könnte. Zum Teil wurden klare Abmachungen mit dem Patienten getroffen, dass er es sagen soll, wenn die vorweggenommenen interaktionellen Schwierigkeiten auftreten und ihn etwas am Therapeuten oder am therapeutischen Vorgehen stört, z.B. wenn der Therapeut zu cool und unnahbar wäre. Es war erstaunlich, wie gut solche eher heiklen Themen schon so früh in der Therapie im Rahmen des 4-Felder-Modells angesprochen werden konnten.

Wenn diese Vorwegnahme von zukünftigen Schwierigkeiten im Therapievorbereitungsgespräch tatsächlich einen günstigen Einfluss auf den späteren Therapieverlauf haben würde, wäre dies eine sehr effiziente Intervention zum Umgang mit interaktionell schwierigen PatientInnen. Die besseren Prozessmasse aus den ersten fünf Sitzungen der PatientInnen aus der Experimentalgruppe, verglichen mit der Kontrollgruppe, geben einen ersten Hinweis in diese Richtung. Inwieweit die beschriebene Annahme zutrifft, kann bisher noch nicht abgeschätzt werden. Auf diese Frage könnten weitere Prozessanalysen und die Therapieergebnisse der untersuchten Therapien Aufschluss geben. Eine Annahme, die sich sicherlich nicht abstreiten lässt, ist, dass eine Vorwegnahme solcher interaktioneller Probleme im Therapievorbereitungsgespräch ein späteres Wiederaufgreifen dieses Themas während der Therapie erleichtern sollte.

Wertvolle Hinweise zum Umgang mit interaktionell schwierigen PatientInnen in der Therapie bietet Sachse (1999). Er deckt die typischen Interaktionsmuster solcher PatientInnen auf und bietet Strategien an, wie damit umgegangen werden kann.

Besprechung der Einwände und Befürchtungen der PatientInnen anhand des 4-Felder-Modells

Die Strategie des 4-Felder-Modells wurde oben schon im Rahmen der motivationalen und interaktionellen Probleme der PatientInnen diskutiert. Im Folgenden wird nur noch auf die Besprechung der Einwände und Befürchtungen der PatientInnen eingegangen.

Die am häufigsten von den PatientInnen genannten Nachteile der Therapie waren Zeitaufwand, finanzieller Aufwand, unangenehme Auseinandersetzung mit den Problemen (sowohl die Klärung als auch die Bewältigung der Probleme), Angst vor Misserfolg, kurzfristige negative Konsequenzen und die Angst vor Veränderung. Die am häufigsten eingebrachten Vorteile, wenn keine Therapie gemacht wird, waren sehr ähnlich: kein Zeit- und finanzieller Aufwand, keine unangenehme Auseinandersetzung mit den Problemen, Altbekanntes bringt Sicherheit und die Möglichkeit die Probleme selber zu lösen. Die Argumente decken sich sehr stark mit den von Caspar (2003) postulierten (siehe Tab. 5.1).

Tabelle 5.1: Gegenargumente gegen eine Therapie oder bestimmte Schritte / Aspekte einer Therapie (n. Caspar, 2003, vereinfacht)

Was kann für einen Patienten bewusst oder unbewusst gegen eine Therapie oder bestimmte Schritte / Aspekte sprechen?

1. Aufwand
2. Bedrohliche Emotionen / Themen / Ziele
3. Bedrohung des Selbstwertes durch Arbeit an kränkenden Problemen
4. Probleme in der Therapiebeziehung
5. Probleme mit bestimmten Therapietechniken
6. Offensichtliche oder versteckte Vorteile, die Patienten von ihren Problemen haben können

Ihm zu Folge wäre die Auseinandersetzung mit den Problemen deshalb unangenehm, weil auf der einen Seite bedrohliche Emotionen, Themen und Ziele bearbeitet werden

sollen, welche die PatientInnen während langer Zeit vermieden haben und auf der anderen Seite, weil sie eine Bedrohung des Selbstwertes durch die Arbeit an kränkenden Problemen mit sich bringt.

Die möglichen Probleme in der Therapiebeziehung wurden von den PatientInnen der vorliegenden Untersuchung nur vereinzelt und indirekt angesprochen, vor allem von den PatientInnen mit interaktionellen Schwierigkeiten. Es handelte sich, wie oben schon beschrieben, z.B. um Wünsche, wie der Therapeut sich nicht verhalten sollte. Worauf ganz klare Abmachungen getroffen wurden, dass der Patient dies in der Therapie ansprechen soll. Probleme mit bestimmten Therapietechniken wurden von einem Patienten der vorliegenden Studie genannt.

Die genannten Einwände gegen eine Therapie lassen sich anhand der von Caspar (2003) unterschiedenen drei möglichen Quellen von Widerstand einteilen in: Widerstand / Einwände bezüglich der inhaltlichen Ebene (vom Therapeuten verfolgte Ziele oder angesprochene Themen), Widerstand / Einwände bezüglich der Beziehungsebene und bezüglich der methodischen Ebene (realisierte Interventionsmethoden).

Zusammenfassend wurden einerseits Einwände gegen eine Therapie genannt, auf die kein Einfluss genommen werden kann und die vom Patienten in Kauf genommen werden müssen wie finanzieller und zeitlicher Aufwand sowie die Tatsache, dass die Probleme nicht selber gelöst werden können und vorerst therapeutische Hilfe angenommen werden muss. Andererseits wurden Nachteile genannt, welchen mit Hilfe von spezifischen Motivationsstrategien von Kanfer et al. (2000) im Verlauf der Therapie begegnet werden kann: unangenehme Auseinandersetzung mit den Problemen, Angst vor Misserfolg, kurzfristige negative Konsequenzen und die Angst vor Veränderung / die Sicherheit des Altbekanntes.

Bevor im nächsten Kapitel ein Ausblick auf die zukünftige Forschung gegeben wird, werden die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie nochmals anhand dessen, was mit der Therapievorbereitung erreicht werden konnte, zusammengefasst.

Zusammenfassung: Was mit Hilfe der Therapievorbereitung erreicht werden konnte

Der **Therapiebeginn**, gemessen anhand der Patienten- und Therapeutenstundenbögen, konnte mit Hilfe der Therapievorbereitungssitzung im Vergleich zur Kontrollgruppe, bei der diese Intervention noch nicht stattgefunden hatte, **verbessert** werden.

Die ungünstigen oder „falschen“ **Ursachenmodelle** der PatientInnen konnten **verändert** werden.

Die **motivationale Ambivalenz** der PatientInnen konnte **reduziert** werden, so dass diese sich zum Beginn der Therapie entschliessen konnten.

Interaktionelle Schwierigkeiten der PatientInnen und andere Schwierigkeiten oder Befürchtungen konnten im Therapievorbereitungsgespräch **angesprochen** werden und es ergaben sich z. T. daraus klare Abmachungen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen für den weiteren Verlauf der Therapie.

All dies sind vorläufige Effekte der Therapievorbereitung aufgrund der Stichprobe der Pilotstudie, welche durch zukünftige Auswertungen anhand von grösseren Stichproben bekräftigt werden müssen.

5.3 Ausblick

Im Folgenden soll ein Ausblick auf mögliche zukünftige Untersuchungen und Forschungsinhalte gegeben werden, welche im vorliegenden Therapievorbereitungsprojekt noch nicht berücksichtigt werden konnten.

Als allererstes werden die Rückmeldungen und Anregungen derjenigen, die an den Therapievorbereitungsgesprächen als AbklärerInnen oder TherapeutInnen teilgenommen hatten, zusammengefasst. Die Anregungen betreffen Anpassungen an der Durchführung der Therapievorbereitung. Zum einen wurde bemerkt, dass die **TherapeutInnen** in der bisherigen Form der Durchführung im Vergleich zu den AbklärerInnen es eher **schwer hatten, einen kompetenten Eindruck zu vermitteln**. Dies weil die kompetent wirkenden Abklärungsresultate und das zusammenfassende Inkongruenzquellenmodell von den AbklärerInnen eingebracht wurden und das Therapieangebot der TherapeutInnen sich „nur“ an diesem Modell orientierte. Eine einfache Lösung dieser erschwerten Situation für die TherapeutInnen ist, dass das Inkongruenzquellenmodell in Zukunft von den TherapeutInnen in das Gespräch eingebracht wird.

In einer weiteren Anregung ging es darum, dass es bei einzelnen **PatientInnen**, die sich **schon klar für den Beginn einer Therapie entschieden** hatten und bei denen die Therapievorbereitung aus anderen Gründen durchgeführt wurde, nicht sinnvoll war, am Schluss des Gesprächs nochmals die Frage offen zu lassen, ob sie mit der Therapie beginnen möchten oder nicht. Die PatientInnen könnten sich dadurch in ihren Aussagen nicht ernst genommen fühlen, da sie schon klar zum Ausdruck gebracht hatten, dass sie sich für die Therapie entschieden haben. Bei diesen PatientInnen könnte das 4-Felder-Schema eher mit dem Aspekt der Vorwegnahme von möglichen Schwierigkeiten und Befürchtungen begründet und durchgeführt werden.

Die **Wichtigkeit von intrinsischen Therapiezielen** wurde in dieser Arbeit schon mehrmals erwähnt (Kanfer et al., 2000; Grawe, 2004). Diesem Aspekt könnte schon im Therapievorbereitungsgespräch Rechnung getragen werden, indem bei der Besprechung der Vorteile einer Therapie bewusst darauf geachtet wird, dass diese Vorteile mit wichtigen intrinsischen Zielen des Patienten verbunden sind. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese wichtigen Ziele und Motive des Patienten zu diesem Zeitpunkt der Therapie schon genügend bekannt sind. Deshalb wäre eine gute **Ergänzung** und Fortsetzung der Therapievorbereitung die **Durchführung der EPOS** (die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie) nach Koban & Willutzki (2001) in den ersten Sitzungen der Therapie.

Ein weiterer ausstehender Punkt ist die **abschliessende Auswertung** des Projekts anhand der Zwischen- und Endmessungen des Therapieerfolgs und anhand einer grösseren Stichprobe. Mit dieser grösseren Stichprobe könnten die Ergebnisse auch noch **nach Diagnosekategorien aufgeteilt** werden. Es wäre interessant zu wissen, ob sich die Wirksamkeit der Therapievorbereitungsintervention bei verschiedenen Störungsgruppen unterscheidet. Dies dürfte aufgrund der Untersuchungsergebnisse von Veith (1997) zu erwarten sein. Er fand Unterschiede in der Therapiemotivation bei PatientInnen mit verschiedenen Diagnosen.

Als andere mögliche Erweiterung der Therapievorbereitungsgespräche könnte die **Stufe im motivationalen Ablauf** nach Prochaska, Norcross & DiClemente (1994), auf der sich der Patient befindet, erhoben werden und es könnte in der Therapievorbereitung gezielt darauf eingegangen werden.

Aus der **Entschlussförderungsintervention (EFI)** von Margraf & Berking (in Vorbereitung) könnte der „Satz vom guten Grund“ für den Abschluss der Besprechung der Vor- und Nachteile der Therapie vs. keine Therapie übernommen werden. Den PatientInnen könnte die Aufgabe nach Hause mitgegeben werden, dass sie ihre Entscheidung für oder gegen eine Therapie in einem solchen Satz festhalten und diesen in die erste Therapiesitzung mitbringen sollen, falls sie sich für die Therapie entscheiden. Z. B. Der Beginn einer Therapie ist besser als der Status quo, weil die Gründe C mir wichtiger sind als die Gründe D.

Ganz unberücksichtigt blieben im vorliegenden Forschungsprojekt die **Erwartungen der TherapeutInnen** bezüglich der Veränderbarkeit der Probleme der PatientInnen. Es wäre sehr spannend zu wissen, inwieweit diese Überzeugung des Therapeuten vom eigenen Vorgehen, einen Einfluss auf den Therapieprozess und –erfolg hat. Das Thema ist sehr aktuell und wird unter dem Begriff der „**allegiance**“ diskutiert (Wampold, 2001). Eine grosse Herausforderung diesbezüglich wird die Messung dieses Konstrukts sein, da die soziale Erwünschtheit, ein guter und überzeugter Therapeut zu sein, sicher eine grosse Rolle spielt. Dies war auch der Grund, warum diese Variable in der vorliegenden Untersuchung noch nicht miteinbezogen wurde.

Weitere bisher noch wenig untersuchte **Therapeutenvariablen** wie die unterschiedliche Wahrnehmung der PatientInnen (z.B. ihrer interpersonalen Probleme) durch die TherapeutInnen und die Handlungsimpulse und emotionalen Reaktionen der TherapeutInnen auf die PatientInnen wurden von Stucki (in Vorbereitung) untersucht. Er fand z. B. heraus, dass TherapeutInnen mit unterschiedlichen interpersonalen Problemen (z. B. Probleme mit Dominanz, gemessen im Inventar Interpersonaler Probleme von Horowitz et al., 1994) dieselben PatientInnen unterschiedlich bezüglich

der interpersonalen Probleme einschätzten. TherapeutInnen mit Dominanzproblemen sahen in PatientInnen eher solche Probleme mit Dominanz als TherapeutInnen mit anderen interpersonalen Problemen. Es wäre spannend zu untersuchen, wie diese Therapeutenvariablen mit den in dieser Studie untersuchten Patientenerwartungen interagieren.

Literaturverzeichnis

Abouguendia, M., Joyce, A.S., Piper, W.E., & Ogrodniczuk, J.S. (2004). Alliance as a Mediator of Expectancy Effects in Short-Term Group Psychotherapy. *Group-Dynamics*, 8(1), 3-12.

Adler, Y., Rauchfleisch, U. & Muellejans, R. (1996). Die Bedeutung der Konzepte zu Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen in der ersten Behandlungsphase. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46 (9-10), 321-326.

Ahn, H. N. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3), 251-257.

Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36 (4), 308-327.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. ed., DSM-IV). Washington, DC: APA.

Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and Preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (335-356). New York: Oxford University Press.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bents, H. (2003). Motivation im psychotherapeutischen Prozess. Workshop gehalten am 3. Workshopkongress „Klinische Psychologie und Psychotherapie“, Freiburg im Breisgau.

Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th. ed.). New York: Wiley.

Berking, M., Hecker, A., Bruns, T., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004). Evaluation verschiedener Massnahmen zur Ressourcenaktivierung zu Beginn einer stationären Verhaltenstherapie. In S. Ahrens-Eipper, B. Albacht & B. Leplow (Hrsg.), 22. *Symposium Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, Halle (S. 78). Lengerich: Papst.

Berking, M. & Grosse Holtforth, M. (in Vorbereitung). Der schwere Weg zum richtigen Ziel: Empirische Evaluation einer Therapiezielfindungsintervention zu Beginn einer stationären Verhaltenstherapie.

Bleyen, K., Vertommen, H. & Van Audenhove, C. (1998). A negotiation approach to systematic treatment selection: An evaluation of its impact on the initial phase of psychotherapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 14 (1), 14-25.

Bleyen, K., Vertommen, H., Vander Steene, G. & Van Audenhove, C. (2001). Psychometric properties of the Psychotherapy Expectancy Inventory-Revised (PEI-R). *Psychotherapy Research*, 11 (1), 69-83.

Borkovec, Th. D. & Nau, S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260.

Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaften*. Heidelberg: Springer.

Brannigan, G. G., Rosenberg, L. A. & Loprete, L. J. (1977). Internal-external expectancy, maladjustment and psychotherapeutic intervention. *Journal of Personality Assessment*, 41 (1), 71-78.

Breisacher, S., Ries, H., Bischoff, C. & Ehrhardt, M. (2003). Evaluation der Bad Dürkheimer Psychosomatikgruppe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 302-309.

Brunstein, J. C., Lautenschlager, U., Nawroth, B., Pöhlmann, K. & Schultheiss, O. (1995). Persönliche Anliegen, soziale Motive und emotionales Wohlbefinden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 16 (1), 1-10.

Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C. & Grässmann, R. (1998). Personal Goals and Emotional Well-Being: The Moderating Role of Motive Dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (2), 494-508.

Caspar, F. (2003). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In E. E. Leibing, W. Hiller, & S. Sulz (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG); Band 2: Verhaltenstherapie (Vertiefungsband)* (67-84). München: CIP Medien.

Connolly Gibbons, M. B., Crits Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L. & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13 (1), 59-76.

Crits Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M. & Siqueland, L. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10 (3), 145-154.

Derlega, V. J., Winstead, B. A., Lewis, R. J. & Maddux, J. (1993). Clients' responses to dissatisfaction in psychotherapy: A test of Rusbult's exit-voice-loyalty-neglect model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(3), 307-318.

Derungs, U. (2002). *Prozess- und Erfolgscharakteristika von Therapien mit interaktionell schwierigen Patienten*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Psychologisches Institut der Universität Bern.

Duckro, P. N., Beal, D. & George, C. E. (1979). Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review. *Psychological Bulletin*, 86 (2), 260-275.

Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M. & Krupnick, J. L. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9 (4), 437-451.

Epstein, S., Lamertz, C. & Hoyer, J. (1997). *CTI-K: Constructive Thinking Inventory*. Unpubliziertes Manuskript.

Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45 (3), 264-278.

Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.

Fennell, M.J. & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11(2), 253-271.

Fey, W. (2003). *Psychotherapie mit interaktionell schwierigen Patienten - Bedingungen und Merkmale erfolgreicher Therapieprozesse*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Psychologisches Institut der Universität Bern.

Finch, A. E., Lambert, M. J. & Schaalje, B. G. (2001). Psychotherapy quality control: The statistical generation of expected recovery curves for integration into an early warning system. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 231-242.

Finke, J. & Teusch, L. (1991). Der Therapieerwartungsfragebogen (TEB). Unveröffentlichtes Manuskript.

Flückiger, C. (in Vorbereitung). Ressourcenorientierte Mikroprozessanalyse.

Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing* (3rd. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)*. Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz-Test.

Franz, M., Schiessl, N., Manz, R., Fellhauer, R., Schepank, H. & Tress, W. (1990). Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz Erste Ergebnisse aus der Mannheimer Interventionsstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40 (9-10), 369-374.

Gassmann, D. (2002). *Korrektive Erfahrungen im Psychotherapieprozess : Entwicklung und Anwendung der Konsistenztheoretischen Mikro-Prozessanalyse*. Unveröffentlichte Inauguraldissertation. Psychologisches Institut der Universität Bern.

Gaston, L., Marmar, Ch. R., Gallagher, D. & Thompson, L.W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 26(3), 296-302.

Goldfarb, D. E. (1996). *Clients' psychotherapy expectations: Their relationship to depression, actual-ideal self-discrepancies, and hopelessness*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 57 (6-B), 4028.

Gonzalez, J. M. (2000). *Effects of psychoeducation on opinions about mental illness, attitudes toward help seeking, and expectations about psychotherapy*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60 (9-B), 4888.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2002). Vortrag gehalten an den Lindauer Psychotherapietagen, Lindau.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23 (4), 242-267.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Regli, D., Smith E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse - ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (2), 201-225.

Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? - Die Erfassung und Kategorisierung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 33(2), 241-258.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). *FAMOS - Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata - Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Grosse Holtforth, M., Grawe, K. & Tamcan, Ö. (2004). *Der Inkongruenzfragebogen (INK) - Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J. & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (9), 1157-1172.

Hautzinger, M. (1998). *Fortschritte der Psychotherapie – Band 4 Depression*. Göttingen: Hogrefe.

Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M. & Weinert, F. E. (1987). *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.

Hoeger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE) Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut*, 44 (3), 159-166.

Hollon, S. D. (1999). Rapid early response in cognitive behavior therapy: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (3), 305-309.

Horenstein, D. & Houston, B. K. (1976). The expectation-reality discrepancy and premature termination from psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 373-378.

Horowitz, L. M., Strauss, B. & Kordy, H. (1994). *IIP-D. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.

Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993b). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 678-685.

Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2001). *So wirkt Psychotherapie Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (3), 295-299.

Joyce, A. S. & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7 (3), 236-248.

Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E. & Ogradniczuk, J. S. (2000). Role behavior expectancies and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9 (4), 213-225.

Joyce, A. S. , Ogradniczuk, J. S., Piper, W. E. & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 672-679.

Kaesler, Ph. (1999). *Zur Wirkung abwägender und planender Bewusstseinslagen auf die Lösung eines persönlichen Entscheidungsproblems bei Depressiven und Nichtdepressiven*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Abteilung Klinische Psychologie der Universität Zürich.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie - Ein Lehrbuch fuer die klinische Praxis* (3. Aufl.). Berlin: Springer.

Kaplan, A. S. (2000). *An examination of client worldview and expectations about psychotherapy*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering, 61 (5-B), 2765.

Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*. Washington, D C: APA.

Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 34 (2), 225-239.

Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 489-496.

Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th edition). New York: Wiley.

Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. Expectations and Preferences. In J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp.17-32). London: Oxford University Press.

Lambert, R. G., & Lambert, M. J. (1984). The effects of role preparation for psychotherapy on immigrant clients seeking mental health services in Hawaii. *Journal of Community Psychology*, 12(3), 263-275.

Liebler, A. (2004). Die Therapievorbereitungsgruppe – "Vortraining" zur stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 272-276.

Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). *KKG Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.

Lorentzen, S. & Hogland, P. (2004). Predictors of Change during Long-Term Analytic Group Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 25-35.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 267-278.

Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K. I. (2001). Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 104-113.

Margraf, M. & Berking, M. (in Vorbereitung). Mit einem „Warum“ im Herzen lässt sich fast jedes „Wie“ ertragen: Konzeption und empirische Evaluation einer psychotherapeutischen Entschlussförderungsintervention.

Marmar, Ch. R., Gaston, L., Gallagher, D. & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(8), 464-472.

Mathier, F. (2000). *Psychotherapien mit interaktionell schwierigen PatientInnen. Zusammenhänge zwischen den Prozessmerkmalen des Therapiebeginns und dem Therapieergebnis*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Psychologisches Institut der Universität Bern.

Mayerson, N. H. (1984). Preparing clients for group therapy: A critical review and theoretical formulation. *Clinical Psychology Review*, 4(2), 191-213.

Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten Ihre Foerderung in Medizin und Psychotherapie - Ein Handbuch*. Bern: Hans Huber.

Miller, W. R., Rollnick, S., Kremer, G., & Schroer, B. (1999). *Motivierende Gespraechsfuehrung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg i.B.: Lambertus.

Morrison, D. P. (1991). Integrating consumerism into clinical care delivery: The role of the therapist. *Administration and Policy in Mental Health*, 19 (2), 103-119.

Mueller, M. & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(2), 117-123.

Mussel, M. P., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Fulkerson, J. A., Hoberman, H. M. & Romano, J. L. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000 Jun; Vol 68(3); 432-437.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy – noch einmal. In A.E. Birgin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

Persson, G. & Nordlund, C. L. (1983). Expectations of improvement and attitudes to treatment processes in relation to outcome with four treatment methods for phobic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983 Dec; Vol 68(6): 484-493.

Priebe, S. (1993). Ist die Bewertung einer stationären Behandlung durch depressive Patienten für den Verlauf bedeutsam? *Verhaltenstherapie*. 1993 Sep; Vol 3(3): 208-212.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J. O., Norcross, J. D. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.

Regli, D. (1997). *CIPA - Beschreibung und Anwendung einer integrativen Forschungsstrategie für die Psychotherapieprozessforschung*. Unveröffentlichte Inauguraldissertation. Psychologisches Institut der Universität Bern.

Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., & Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21(4), 399-420.

Regli, D. & Grawe, K. (in Vorbereitung). Der Berner Stundenbogen, ein Instrument für die Prozessmessung und Qualitätssicherung.

Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: A two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1184-1190.

Richert, A. (1983). Differential prescription for psychotherapy on the basis of client role preferences. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 321-329.

Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park: Sage Publications.

Rumpold, G., Janecke, N., Smrekar, U., Schüssler, G. & Doering, S. (2004). Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz und des späteren Therapieverlaufs. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 171-189.

Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D. S., Bertl-Schüssler, A., Janecke, N., Lampe, A. & Schüssler, G. (in press). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients.

Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen – Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.

Safren, S. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 694-698.

Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 126-143.

Scheer, J. W. & Moeller, M. L. (1976). Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten I und II. *Med Psychol*, 1: 13-29 und 30-48.

Schmelzer, D. (1998). Erwartungskklärung, Motivationsklärung und Aufbau von Therapiemotivation. In S. K. D. Sulz (Hrsg.). *Das Therapiebuch Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie. Ein Ueberblick ueber praktizierte Psychotherapie und ein Einblick in die Praxis erfahrener Psychotherapeuten* (S. 35-52). München: CIP-Medien.

Schneider, W., Basler, H. D. & Beisenherz, B. (1989). *FMP Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation*. Weinheim: Beltz.

Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L., & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Der Nervenarzt*, 70(3), 240-249.

Schneider, W., Klinger, R. & Beisenherz, B. (1994). Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei Schmerzpatienten und depressiven Patienten. In: R. Wahl & M. Hautzinger, *Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz. Psychologische Behandlungsverfahren zur Schmerzkontrolle* (S. 190-199). Köln: Deutscher Aerzte-Verlag.

Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.

Schulte, D. (2004). Die zwei Pfade der Psychotherapie. Vortrag gehalten im Kolloquium des Psychologischen Instituts des Universität Bern am 15. April 2004.

Schulte, D. (im Druck). Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV).

Schulte, D. (in Vorbereitung). MOFRA 96 - Motivationsfragebogen.

Schulte, D. (in Vorbereitung). PATERWA 96 - Fragebogen zu Patientenerwartungen.

Schulte, D. (in Vorbereitung). THEBEWE 96 - Fragebogen zur Therapiebewertung.

Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9, 312-328.

Schulz, H., Nuebling, R., & Rueddel, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation Developing a short form of a psychotherapy motivation questionnaire. *Verhaltenstherapie*, 5(2), 89-95.

Schwarzer, R. (1993). Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Forschungsbericht. Freie Universität Berlin.

Sedlmeier, P. & Gigerenzer, G. (1992). Do Studies of Statistical Power Have an Effect on the Power of Studies? In A. E. Kazdin (ed.), *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research*, (389-406). Washington, DC: APA.

Sheldon, K. M. & Elliot, A. J. (1999). Goal Striving, Need Satisfaction, and Longitudinal Well-Being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (3), 482-497.

Sloane, E. R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J. & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behaviour therapy*. Cambridge: Harvard Univ Press.

Smith, E. (2001). *Produktive Psychotherapiesitzungen: eine Untersuchung von Rückkopplungsprozessen in der psychologischen Psychotherapie*. Unveröffentlichte Inauguraldissertation. Psychologisches Institut der Universität Bern.

Strauss, B. & Burgmeyer-Lohse, M. (1995). Merkmale der "Passung" zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41(2), 127-140.

Stucki, C. (in Vorbereitung). *Die Therapiebeziehung differentiell gestalten - Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Inauguraldissertation. Psychologisches Institut der Universität Bern.

Sutter, M. (in Vorbereitung). Allgemeine und problemspezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie.

Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 283-288.

Tinsley, H. E., Bowman, S. L., & Ray, S. B. (1988). Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), 99-108.

Van Audenhove, C., & Vertommen, H. (2000). A negotiation approach to intake and treatment choice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 287-299.

Veith, A. (1997). *Therapiemotivation – Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Weinberger, J. & Eig, A. (1999). Expectancies: the ignored common factor in psychotherapy. In I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (357-381). Washington, D C: APA.

Willutzki & Koban (2004). Enhancing motivation for psychotherapy: The elaboration of positive perspectives (EPOS) to develop client's goal structure. In: W. Miles Cox, E. Klinger (Eds.), *Handbook of motivational counseling. Concepts, approaches, and assessment* (337-356). Chichester: Wiley.

Wüsten, G. (in Vorbereitung). Praxisanleitung zur Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie.

Zenz, Bischoff & Hrabal (1996). *Patiententheoriefragebogen (PATEF)*. Göttingen: Hogrefe.

Anhang

Anhang A

Anleitung für die Durchführung der Therapievorbereitungsgespräche

Anleitung für die Therapievorbereitungsgespräche

Dissertationsprojekt „Therapievorbereitung“

Fabienne Mathier

Betreut von Prof. K. Grawe

Institut für Psychologie
Universität Bern

2004

Inhaltsverzeichnis

1. Ziele des Therapievorbereitungsgesprächs
2. Einschlusskriterien für die Auswahl der PatientInnen
3. Durchführung des Therapievorbereitungsgesprächs
4. Individuelle Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs bei spezifischen Schwierigkeiten der PatientInnen
 - 4.1 Ansprechen problematischer Erwartungen des Patienten
 - 4.2 Ansprechen möglicher zukünftiger Schwierigkeiten oder von Befürchtungen des Patienten
5. Motivierende Gesprächsführung (Miller, Rollnick, Kremer & Schroer 1999) als Grundhaltung bei der Gesprächsführung
 - 5.1 Motivation als Zustand – Stadien der Veränderung
 - 5.2 Fünf Prinzipien motivierender Gesprächsführung
 - 5.3 Selbstmotivierende Aussagen beim Patienten hervorrufen
6. Fallbeispiel

Literaturverzeichnis

- Anhang: A: Theoretischer und empirischer Hintergrund zu Therapievorbereitung
 B: Materialien für das Therapievorbereitungsgespräch

Anmerkung: Der Einfachheit halber wird meistens nur das männliche Geschlecht verwendet, gemeint sind jedoch beide Geschlechter.

1. Ziele des Therapievorbereitungsgesprächs

Erhöhung der Veränderungserwartung / Hoffnung des Patienten und Verbesserung der Therapiemotivation

implizit durch: Kompetenz, Transparenz, Vermittlung von Problemverständnis und Behandlungsrationalie

Veränderung problematischer Erwartungen des Patienten

Verändern inadäquater Ursachenvorstellungen / eines inadäquaten subjektiven Problemverständnisses (TEMO 8-11)

Verändern inadäquater Rollenerwartungen (TEMO 13)

Ansprechen möglicher zukünftiger Schwierigkeiten oder von Befürchtungen des Patienten

Ansprechen möglicher zukünftiger interaktioneller Probleme in der Therapie bei interaktionell schwierigen PatientInnen (TEMO 18)

Ansprechen von Befürchtungen / Kritik des Patienten

Erleichterung eines späteren Wiederaufgreifens dieses Themas in der Therapie

Bessere Vorbereitung des Therapeuten (auf die Therapeutenrolle)

Bei der Vorbesprechung des Therapievorbereitungsgesprächs können Abklärer und Therapeut mögliche interaktionelle Schwierigkeiten, die Beziehungsgestaltung in der Therapie, Vorannahmen bezüglich des Patienten etc. besprechen.

Besserer Informationstransfer zwischen Abklärung und Therapiebeginn

Informationen an PatientInnen: Informationen aus der Abklärung, Schlüsse für die Therapie

Informationen an Therapeuten: von der Abklärung

→ bessere Verbindung zwischen Abklärungsphase und Therapieübernahme

2. Einschlusskriterien für die Auswahl der PatientInnen

Die Indikationskriterien für ein Therapievorbereitungsgespräch sind: geringe Veränderungserwartung / Hoffnung des Patienten, geringe oder ambivalente Therapiemotivation, problematische Erwartungen, von den TherapeutInnen antizipierte Schwierigkeiten des Patienten und Befürchtungen / Kritik des Patienten bezüglich der Therapie.

Mit Hilfe der Angaben des Abkläriers aus dem Erstgespräch, dem System-Erstgespräch, den Fragebögen sowie dem SKID-Interview und den Informationen aus den beiden Erwartungsfragebögen PATHEV und TEMO, entscheidet das Klinische Team in der Indikationssitzung, ob ein Therapievorbereitungsgespräch indiziert ist oder nicht. Der Indikationsentscheid ist somit ein Klinisches Urteil. Das Klinische Team besteht aus einer Gruppe erfahrener TherapeutInnen.

3. Durchführung des Therapievorbereitungsgesprächs

Abklärer und zukünftiger Therapeut bereiten das Therapievorbereitungsgespräch gemeinsam vor.

Dem Therapeuten dienen folgende Informationen als Grundlage:

- Video des Erstgesprächs und System-Erstgesprächs
- PATHEV und TEMO (Abklärer)
- Informationen des Abkläriers

Das Therapievorbereitungsgespräch wird zu dritt durchgeführt, mit Abklärer, Patient und zukünftigem Therapeuten.

Der Ablauf des Therapievorbereitungsgesprächs wurde von Bents (2003) aus seinen motivationsfördernden Therapievorbereitungen übernommen und an die spezifischen Anforderungen der psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern angepasst. Das Vorgehen von Bents (2003) wurde weiterentwickelt und ergänzt durch individuelle Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs bei spezifischen Schwierigkeiten von PatientInnen und durch die Motivierende Gesprächsführung von Miller et al. (1999), beide werden weiter unten näher beschrieben.

Ablauf:

Die ersten beiden Schritte führt der Abklärer mit dem Patienten durch und Schritt drei und vier übernimmt der zukünftige Therapeut.

1. Diagnose mitteilen

Der Abklärer teilt dem Patienten die Diagnose mit.

2. Problemverständnis

Stark vereinfachtes auf das Verständnis und die Bedürfnisse des Patienten zugeschnittenes Inkongruenzquellen-Modell:

Der Abklärer erklärt dem Patienten seine Inkongruenzquellen aufgrund des INK, IIP, Störungsmasse, Ressourcen, Angaben des Patienten, etc. anhand einer Vorlage mit den verschiedenen Inkongruenzquellen (elektronisch vorhanden), auf der gemeinsam mit dem Patienten seine individuellen Probleme / Inhalte eingetragen werden.

Mögliche Inkongruenzquellen:

- Ungünstige Lebensbedingungen
 - Fehlende und brachliegende Ressourcen
 - Symptome der psychischen Störung / Störungsmuster mit Eigendynamik
 - Probleme und Behandlungsanliegen aus Patientensicht
 - Ungünstige zwischenmenschliche Beziehungen / ungünstiges Beziehungsverhalten
 - Ungünstige Bewältigungsformen / ungünstige Emotionsregulation
 - Zu schwach entwickelte Annäherungsschemata / stark ausgeprägte Vermeidungsschemata
 - Motivationale Konflikte
 - Problemerhaltendes oder fehlendes Bewusstsein / Problemerhaltende Einstellungen und Auffassungen
- Evtl. zusätzlich ein störungsspezifisches Modell

3. Behandlungsrationale

Individuelle Ansatzpunkte der Therapie aufgrund des Inkongruenzquellenmodells

- erklärt durch den zukünftigen Therapeuten, = differentielles Therapieangebot

4. Motivation: 4-Felder-Schema

- Durchgeführt vom zukünftigen Therapeuten
- Ambivalenzkonflikte: Besprechen der Vor- und Nachteile der Therapie mit dem Patienten anhand eines 4-Felder-Schemas und gemeinsames Eintragen der Argumente und Bedenken des Patienten in die leeren Felder (siehe Abb. 1)
- Es ist wichtig, dass die in der Abbildung 1 eingezeichnete Reihenfolge der Kästchen eingehalten wird. Der Patient traut sich nämlich eher, Bedenken zu äussern, nachdem die Vorteile der Therapie schon festgehalten sind.
- Entscheidungsautonomie: es ist wichtig, dass sich der Patient nach dieser Auflistung frei für oder gegen eine Therapie entscheiden kann. Der Patient kann sich dies in Ruhe daheim überlegen und meldet sich, wenn er mit der Therapie beginnen möchte. Es wird eine Zeit vereinbart, bis wann sich der Patient entscheiden soll.

| | Vorteile | Nachteile | |
|----------------|--|---|--|
| Therapie | 1. Remoralisierung Verbesserung der Symptomatik und der psychosozialen Situation | 3. Kontrolle abgeben Veränderungsängste Zuwendungsverlust durch Angehörige | FAZIT: Es ist keine richtige Entscheidung möglich, für beide Varianten gibt es gute Gründe und Vorbehalte. |
| keine Therapie | 4. Kontrolle / Sicherheit „Bleibe mir treu“ → zeigt nochmals wichtigste Bedürfnisse des Patienten auf | 2. Hoffnungslosigkeit Bleibende Symptomatik und neg. psychosoziale Situation | |

Abb. 1: 4-Felder-Schema zur Therapiemotivation von Bents (2003)

Das Therapievorbereitungsgespräch dauert ein bis zwei Stunden. Die ganze zweite Stunde sollte für das 4-Felder-Schema reserviert werden, da es ziemlich zeitaufwendig ist jedes Kästchen mit dem Patienten zusammen auszufüllen. D.h. die ersten drei der oben aufgeführten Schritte sollten insgesamt nicht länger als eine Stunde Zeit einnehmen.

Bei den Schritten eins bis drei geht es vor allem darum, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass er in kompetenten Händen ist und dass transparent gearbeitet wird. Beim letzten Punkt geht es darum, dass Bedenken und Befürchtungen offengelegt werden und der Patient sich aufgrund aller vorangegangenen Informationen frei für oder gegen eine Therapie entscheiden kann.

4. Individuelle Anpassungen des Therapievorbereitungsgesprächs bei spezifischen Schwierigkeiten der PatientInnen

Als Grundlage für die Entscheidung, welche individuellen Anpassungen beim Patienten notwendig sind, dient der TEMO (Abklärer) und die Informationen des Abklärers.

Problematische Erwartungen des Patienten (siehe 4.1) können während der Besprechung des Problemverständnisses und des Behandlungsrationalen angesprochen werden. Befürchtungen des Patienten und von den Therapeuten antizipierte Schwierigkeiten (siehe 4.2), z.B. interaktionelle Schwierigkeiten des Patienten können während der Besprechung des 4-Felder-Schemas angesprochen werden.

4.1 Ansprechen problematischer Erwartungen des Patienten

1. Ansprechen inadäquater Ursachenvorstellungen / eines inadäquaten subjektiven Problemverständnisses (TEMO 8-11):

Bei PatientInnen die überwiegend andere Personen, externe Faktoren und körperliche Faktoren als Ursachen ihrer Probleme angeben

2. Ansprechen inadäquater Rollenerwartungen (TEMO 13):

Bei PatientInnen, die eher eine passive, reaktive Vorstellung ihrer eigenen Rolle haben („Kurpatienten“) und wenig motiviert sind, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen

Richert (1983) teilt PatientInnen aufgrund ihrer Erwartungen bezüglich der Therapie auf den beiden Dimensionen: Bewältigungs- vs. Klärungserwartungen und Therapeut als Experte vs. Therapeut als Begleiter in 4 Typen ein (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Patiententypologie von Richert (1983)

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|-----------------------|---------|
| Therapeut als Experte | | | |
| Bewältigung | medical modelers | revelationists | Klärung |
| | problem solvers | explorers | |
| Therapeut als Begleiter | | | |

Medical modelers sind PatientInnen, die eine Arzt-Patient-Beziehung wie in der Medizin erwarten, d.h. sie erwarten, dass der Therapeut ihnen die Probleme löst. Problem solvers sind PatientInnen, die sich aktiv an der Problembewältigung beteiligen wollen. Revelationists sind PatientInnen, die unter Anleitung des Therapeuten Klärung bezüglich ihrer Probleme erfahren möchten. Explorers sind PatientInnen, die zusammen mit dem Therapeuten ihr Leben „erkunden“ möchten. Vor allem die beiden oberen Patiententypen, die medical modelers und revelationists könnten zu passive Erwartungen bezüglich der Therapie haben.

3. Ansprechen weiterer problematischer Erwartungen des Patienten

- Viele Erwartungen an die Therapie (TEMO 5) → Welche? Problematische?
- Mangelnde Veränderungserwartung (TEMO 6)
- Mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung (TEMO 7)

4.2 Ansprechen möglicher zukünftiger Schwierigkeiten oder von Befürchtungen des Patienten

Diese Schwierigkeiten und Befürchtungen können im Rahmen des gemeinsamen Ausfüllens des 4-Felder-Schemas mit dem Patienten vom Therapeuten angesprochen werden, unter Feld 3: Nachteile der Therapie.

1. Ansprechen möglicher zukünftiger interaktioneller Probleme in der Therapie bei interaktionell schwierigen PatientInnen (TEMO 18)

2. Ansprechen von Befürchtungen / Kritik des Patienten

3. Ansprechen weiterer möglicher Schwierigkeiten:

- Mangelnder Leidensdruck (TEMO 1)
- Sekundärer Störungsgewinn
- Konfliktvermeidung
- Selbstwert- und Störungsstabilisierung / geringe Veränderungsmotivation (TEMO 3)
- Schwierigkeiten in die Therapie zu kommen (TEMO 4)
- Geringe Wichtigkeit der Therapie (TEMO 12)
- Schlechte frühere Therapieerfahrung (TEMO 16)
- Chronizität der Störung (TEMO 17)

„Techniken“, die beim Ansprechen von Schwierigkeiten verwendet werden können:

- „Empathisches Konfrontieren“ (Schmelzer, 1998):
Auf der einen Seite dem Patienten zu verstehen geben, dass man seine Anliegen ernst nimmt und ihm helfen möchte, auf der anderen Seite ihn aber auch auf die Möglichkeiten und Grenzen der Therapie hinweisen.
- Normalisieren von Skepsis
- Den Patienten dazu bringen die Therapie auszuprobieren

5. Motivierende Gesprächsführung (Miller, Rollnick, Kremer & Schroer, 1999) als Grundhaltung bei der Gesprächsführung

Miller und Rollnick (1999) haben aufgrund ihrer jahrelangen Erfahrung mit Suchtpatienten eine Gesprächsführung entwickelt, die speziell darauf angelegt ist die Veränderungsbereitschaft der PatientInnen zu fördern. Sie bezeichnen ihren Ansatz als: eine personenzentrierte, direktive Methode der Kommunikation zur Förderung der Veränderungsbereitschaft mittels Erforschung und Auflösung von Ambivalenz.

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte ihrer Methode stichwortartig beschrieben. Dabei sind diejenigen Aspekte berücksichtigt, die sich für die spezielle Situation der Therapievorbereitung mit PatientInnen mit verschiedenen Störungsbereichen eignen.

5.1 Motivation als Zustand – Stadien der Veränderung

Nach Prochaska und Di Clemente (1982) und Prochaska, Norcross und Di Clemente (1994) ist Motivation keine Persönlichkeitsvariable des Patienten, sondern ein beeinflussbarer Zustand von Veränderungsbereitschaft. Dabei durchlaufen PatientInnen sechs Stadien der Veränderung:

1. Die Absichtslosigkeit
2. Die Absichtsbildung
3. Die Vorbereitung der Handlung
4. Die Handlung
5. Die Aufrechterhaltung der Handlung
6. Den Rückfall

Es handelt sich um einen Kreislauf, der z.T. mehrmals durchlaufen wird, vor allem bei Suchtpatienten.

Miller et al. (1999) betrachten auf diesem Hintergrund Widerstand des Patienten als eine Reaktion auf ungeeignete und dem jeweiligen Veränderungsstadium des Patienten unangemessene Interventionen des Therapeuten.

Daher empfehlen sie je nach Veränderungsstadium des Patienten andere Vorgehensweisen des Therapeuten.

Im Rahmen der Vorbereitung der PatientInnen auf die Therapie sind v.a. die ersten beiden Stadien der Veränderung zentral. In Tabelle 2 sind die motivierenden Aufgaben des Therapeuten in den ersten beiden Stadien aufgezeigt.

Tab. 2: Stadien der Veränderung und Aufgaben des Therapeuten, Auszug aus Miller & Rollnick (1999, S.34)

| Stadium | Motivierende Aufgaben des Therapeuten |
|-------------------|--|
| Absichtslosigkeit | Lassen Sie Zweifel aufkommen – erhöhen Sie bei Ihrem Klienten die Wahrnehmung von Problemen und Risiken in Bezug auf sein derzeitiges Verhalten |
| Absichtsbildung | Irritieren Sie das Gleichgewicht zwischen dem Wunsch nach Veränderung und dem Wunsch, alles beim alten zu lassen. Stärken Sie das Selbstvertrauen im Hinblick auf eine Veränderung des derzeitigen Verhaltens. |

In diesen ersten beiden Stadien der Veränderung spielt die Ambivalenz der PatientInnen eine grundlegende Rolle, sie befinden sich ständig in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt.

Miller et al. (1999) arbeiten in diesen Stadien ebenfalls mit einem 4-Felder-Schema der Vor- und Nachteile von Veränderung, resp. Beibehaltung des Ist-Zustandes, bei ihnen Entscheidungswaage genannt.

5.2 Fünf Prinzipien motivierender Gesprächsführung

1. Empathie ausdrücken

2. Diskrepanzen entwickeln:

Dem Patienten die Diskrepanz zwischen seinem aktuellen Verhalten und seinen grundsätzlichen Lebenszielen bewusst machen. Der Patient sollte die Argumente zur Veränderung selbst liefern.

3. Beweisführungen vermeiden:

Vermeidung vorwurfsvoller Konfrontationen, es zu vermeiden dem Patienten die Notwendigkeit einer Veränderung nachzuweisen, ihn dazu zu überreden. Widerstand ist ein Signal, die Strategie zu ändern.

4. Den Widerstand aufnehmen:

Mittels Reflexion der Aussagen des Patienten und Umformulieren / Fokus verschieben; Betonung der persönlichen Entscheidungsfreiheit und Selbstkontrolle des Patienten, paradoxe Intervention

5. Selbstwirksamkeit fördern

5.3 Selbstmotivierende Aussagen beim Patienten hervorrufen

Bei der motivierenden Gesprächsführung soll der Patient selber die Gründe für eine Verhaltensänderung äussern. Der Therapeut sollte es dem Patienten erleichtern, solche Aussagen zu entwickeln.

Miller et al. (1999) teilen selbstmotivierende Aussagen in vier allgemeine Kategorien ein:

1. Problembewusstsein
2. Besorgnis über Probleme
3. Veränderungsabsicht
4. Zuversicht im Hinblick auf Veränderung

Sie verwenden verschiedene Methoden, um solche selbstmotivierenden Aussagen beim Patienten hervorzurufen:

1. Auffordernde Fragen
2. Die Entscheidungs-Waage (entspricht dem 4-Felder-Schema von Bents, 2003)
3. Ausführliche Darstellung (z.B. konkrete Beispiele erfragen)
4. Extreme benutzen (z.B. unangenehmste Konsequenzen erfragen)
5. Zurückschauen (z.B. auf die Zeit vor der Entstehung der psychischen Probleme)
6. Nach vorn blicken (z.B. Wunderfrage)
7. Ziele herausfinden
8. Paradox intervenieren (z.B. „...vielleicht ist es noch zu früh für Sie an Ihrer Situation etwas zu verändern, vielleicht sollten Sie den Zustand beibehalten ...“)

Zum ersten Punkt „auffordernde Fragen“ sind in Tabelle 3 einige Beispiele angegeben.

Tab. 3: Beispielhafte Fragen zur Förderung selbstmotivierender Aussagen,
Auszug aus Miller & Rollnick (1999, S.93)

1. Problembewusstsein

T: Was daran bringt Sie auf den Gedanken, dass es sich um ein Problem handelt?

2. Besorgnis

T: Auf welche Weise beunruhigt Sie das?

T: Was glauben Sie, wird geschehen, wenn Sie nichts verändern?

3. Veränderungsabsicht

T: Die Tatsache, dass Sie hier sind, zeigt, dass zumindest ein Teil von Ihnen glaubt, nun sei es an der Zeit etwas zu unternehmen. Welche Gründe sprechen dafür, sich zu verändern?

4. Zuversicht

T: Was lässt Sie glauben, dass Sie es schaffen, wenn Sie sich zu einer Entscheidung durchringen?

6. Fallbeispiel

Ein junger Mann, Bankangestellter, der die Maturität auf dem zweiten Bildungsweg erlangt hat, teilzeitlich noch in einer Bank arbeitet und ein paar Wochen vor der Anmeldung an der psychotherapeutischen Praxisstelle begonnen hat zu studieren, wurde abgeklärt. Er erhielt die Diagnose einer Major Depression Episode. Es handelt sich um eine akute Krise, beim Patienten sind verschiedene Belastungen gleichzeitig aufgetreten: vor ein paar Monaten ist seine erste Beziehung auseinandergegangen, am Teilzeitjob in der Bank wird er zunehmend von einem Mitarbeiter kritisiert und leidet sehr unter dieser Kritik, seine Wohnsituation hat sich ungünstig verändert (neue WG) und er hat mit einem Studium an der philosophisch-historischen Fakultät begonnen, welches mit viel Unsicherheiten zu Beginn verbunden ist. Der Patient hat sehr viele prämorbid Ressourcen und es ist das erste Mal in seinem Leben, dass er fachliche Hilfe in Anspruch nimmt.

Von der Familiensituation ist zu erwähnen, dass seine Grossmutter depressiv war und dass sich einer seiner Cousins sehr jung das Leben genommen hat. Sein Vater ist gestorben, als er 16 Jahre alt war, er berichtet jedoch diesen Verlust gut verarbeitet zu haben. Mit der Mutter hat er eine gute Beziehung. Seitdem der Vater gestorben ist, will er sie schonen und sie nicht mit seinen eigenen Problemen belasten.

Er kommt mit dem **Anliegen** in die Therapie die innere Leere und eine Gefühllosigkeit zu überwinden, Selbstwertgefühl zurückzugewinnen, wieder Freude und Interesse zu entwickeln etwas zu lernen und sich klar zu werden, wie es beruflich weitergehen soll: Bankjob, Uni oder Pause.

Beim **PATHEV** hat der Patient hohe Werte erzielt, d.h. er gibt eher wenig Hoffnung gegenüber der Therapie, viel Veränderungsängste und wenig Passung zwischen der Therapie und seinen Erwartungen an.

Beim **TEMO** (Abklärer) sind folgende Bereiche auffallend: eher geringe Hoffnung, dass durch die Therapie seine Probleme verändern werden können (TEMO 6), geringe Selbstwirksamkeitserwartung (TEMO 7) und andere Personen (Mitarbeiter, der ihn kritisiert) als hauptsächliche Ursache seiner Probleme (TEMO 8).

Das klinische Team hat entschieden, dass eine Therapievorbereitung mit dem Patienten durchgeführt werden sollte.

Therapievorbereitungsgespräch

1. Diagnose

MDE

2. Problemverständnis

Das Inkongruenzquellenmodell von Grawe (2002), siehe Abb. 2 (evtl. noch etwas vereinfachter) wird zusammen mit dem Patienten mit seinen eigenen Inhalten ergänzt, aussen um die einzelnen Kästchen herum.

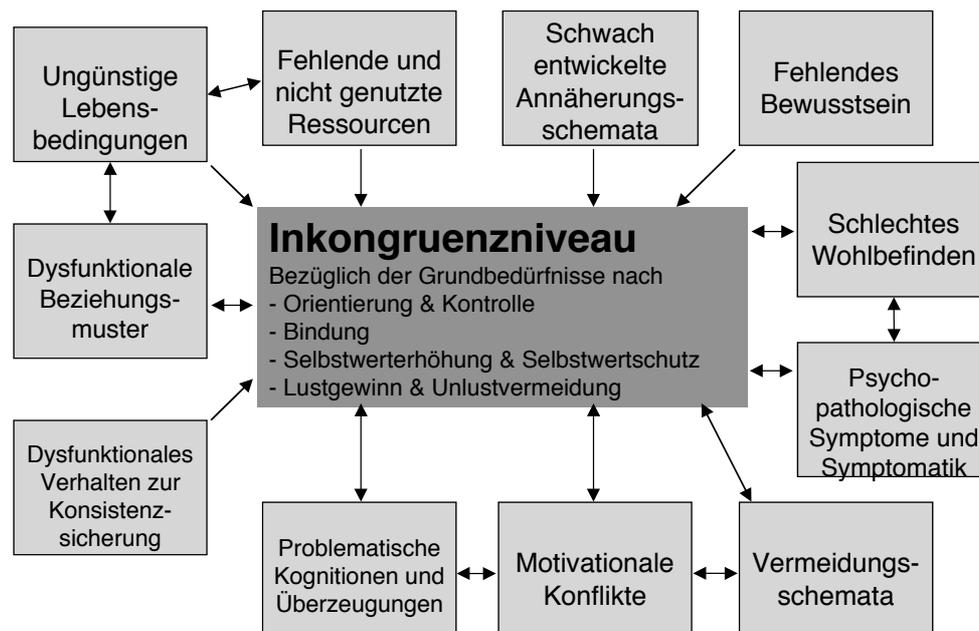


Abb. 2: Inkongruenzquellenmodell (Grawe, 2002)

- Ungünstige Lebensbedingungen: neue Wohnsituation, Beziehungsende, neue Lebensumstände durch Beginn des Studiums
- Dysfunktionale Beziehungsmuster: am Arbeitsplatz mit dem Mitarbeiter
- Dysfunktionales Verhalten zur Konsistenzsicherung: soziale Isolation aus mangelndem Selbstwert (Angst andere Personen mit der eigenen Präsenz zu belästigen)
- Problematische Kognitionen und Überzeugungen: negative Gedanken, mangelndes Selbstwertgefühl
- Psychopathologische Symptome und Symptomatik: Depression
- Fehlende und nicht genutzte Ressourcen: Freizeitaktivitäten, Treffen mit Kollegen / Kolleginnen, sich etwas gönnen / sich belohnen, ...

→ Es muss nicht jedes Kästchen besprochen werden, sondern es ist wichtig, dass der Patient die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Probleme versteht und nachvollziehen kann. Ausserdem ist die Schemakonstellation des Patienten zu dem Zeitpunkt der Therapie vielleicht noch nicht so klar.

Zusätzlich:

- Das Modell der Aufrechterhaltung der Depression: Depressionsspirale (siehe Hautzinger, 1998)
- Das Dreieck: Zusammenwirken von Gedanken – Gefühlen – Handeln

- Z. T. schon oben erwähnt: die drei Pfeiler der Depressionsbehandlung: Aufbau / Wiederaufnahme von Aktivitäten, soziale Kontakte und Arbeit an negativen Gedanken (Hautzinger, 1998)

3. Behandlungsrationale

Ansatzpunkte der Therapie bei den oben beschriebenen Kästchen des Inkongruenzquellenmodells und gleichzeitig Ansprechen der problematischen Erwartungen des Patienten, d.h. seiner mangelnden Selbstwirksamkeitserwartung, seiner mangelnden Veränderungserwartung und seines einseitigen Ursachenmodells (v.a. andere Person als Ursache) → Aufzeigen seiner Anteile zur Aufrechterhaltung der Probleme (Rückzug, Verringerung der Aktivitäten, etc.)

Ansatzpunkte der Therapie:

Dysfunktionale Beziehungsmuster: am Arbeitsplatz mit dem Mitarbeiter

→ Erarbeiten von Bewältigungsmöglichkeiten mittels Rollenspielen etc.

Dysfunktionales Verhalten zur Konsistenzsicherung: soziale Isolation aus mangelndem Selbstwert (Angst andere Personen mit der eigenen Präsenz zu belästigen)

→ Aufbau / Wiederaufnahme von sozialen Kontakten und Aktivitäten, Arbeit an der Selbstwahrnehmung

Problematische Kognitionen und Überzeugungen: negative Gedanken, mangelndes Selbstwertgefühl

→ Kognitive Therapie, Arbeit an den negativen Gedanken und der Selbsteinschätzung

Psychopathologische Symptome und Symptomatik: Depression

→ Drei Pfeiler der Therapie: Aufbau / Wiederaufnahme von Aktivitäten, von sozialen Kontakten und Arbeit an negativen Gedanken

Fehlende und nicht genutzte Ressourcen: Aktivitäten mit Kollegen / Kolleginnen, sich etwas gönnen / sich belohnen, ...

→ Genusstraining, Aktivitätsaufbau, soziale Kontakte, ...

4. Motivation: 4-Felder-Schema

Gemeinsames Erarbeiten mit dem Patienten.

Literaturverzeichnis

Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Bents, H. (2003). Workshop gehalten am 3. Workshopkongress „Klinische Psychologie und Psychotherapie“, Freiburg im Breisgau.

Bleyen, K., Vertommen, H. & Van Audenhove, C. (1998). A negotiation approach to systematic treatment selection: An evaluation of its impact on the initial phase of psychotherapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 14 (1), 14-25.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2002). Vortrag gehalten an den Lindauer Psychotherapietagen, Lindau.

Hautzinger, M. (1998). *Fortschritte der Psychotherapie – Band 4 Depression*. Göttingen: Hogrefe.

Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie – Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (3. Aufl.). Berlin: Springer.

Miller, W. R., Rollnick, S., Kremer, G., & Schroer, B. (1999). *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg i.B.: Lambertus.

Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J. O., Norcross, J. D. & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.

Richert, A. (1983). Differential prescription for psychotherapy on the basis of client role preferences. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (3), 321-329.

Schmelzer, D. (1998). Erwartungskklärung, Motivationsklärung und Aufbau von Therapiemotivation. In S. K. D. Sulz (Hrsg.). *Das Therapiebuch Kognitiv-Behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie. Ein Ueberblick ueber praktizierte Psychotherapie und ein Einblick in die Praxis erfahrener Psychotherapeuten* (S. 35-52). München: CIP-Medien.

Schulte, D. (im Druck). Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV).

Van Audenhove, C. & Vertommen, H. (2000). A negotiation approach to intake and treatment choice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10 (3), 287-299.

Anhang A: Theoretischer und empirischer Hintergrund zu Therapievorbereitung

Das Wissen um die Wichtigkeit eines kompetenten Auftretens und eines einleuchtenden Behandlungsrationalen für die Induktion von positiven Erwartungen beim Patienten können als gesichert angesehen werden (Grawe, 1998). Die Wichtigkeit des transparenten Prozesses und der Entscheidungsautonomie des Patienten vertritt unter anderen eine niederländische Forschungsgruppe in ihrem „Verhandlungsansatz“ (Bleyen, Vertommen & Van Audenhove, 1998; Van Audenhove & Vertommen, 2000). Ihr Vorgehen ist ähnlich gestaltet:

Behandlungsselektionsprozess nach Bleyen et al. (1998):

1. Erfassung und Offenlegen der Perspektive des Patienten:
Krankheitstheorie, Therapieziele, Behandlungswünsche, etc.
2. Informieren des Patienten:
Störungshypothesen, Behandlungsmöglichkeiten, Ablauf, Setting, Kosten, etc.
3. Kooperativer Verhandlungsprozess
 - Vorlieben des Pat. bezüglich Behandlungsmethode (Klärung / Bewältigung, etc.), Merkmale des Therapeuten, Setting, etc.
 - Sicht des Therapeuten, Alternativvorschläge
4. Entscheidung des Pat. für ein bestimmtes Therapieangebot
Therapeut macht zuvor verschiedene Behandlungsvorschläge

Bleyen et al. (1998) konnten mit ihrem Vorgehen an einer untersuchten Stichprobe von 120 Therapien die Abbruchrate signifikant verringern und verbesserte erste therapeutische Kontakte aufweisen.

Arnkoff, Glass & Shapiro (2002) fassen in ihrer Metaanalyse zu Studien zu Veränderungserwartungen, Rollenerwartungen und Vorlieben der PatientInnen therapeutische Ansätze zur Veränderung von Erwartungen zusammen. Ich habe sie für mich folgendermassen gruppiert:

1. Ansätze, die vom Patientenstandpunkt ausgehen und die Erwartungen des Patienten erheben und gegebenenfalls das Vorgehen an diese Erwartungen anpassen (Overall & Aronson 1963, Frank et al. 1978, Strupp 1978; alle zitiert nach Arnkoff et al. (2002))
2. Ansätze, die den Patienten aufklären und falsche Erwartungen korrigieren wollen (Yalom 1966, Lorion, 1978, Sue, Zane & Young, 1994; alle zitiert nach Arnkoff et al. (2002))
3. „Verhandlungsansätze“, die auf der einen Seite Patientenvorlieben und –befürchtungen erheben, auf der anderen Seite aber auch den Patienten aufklären wollen und ihn frei für oder gegen eine Therapie entscheiden lassen wollen (Devine & Fernald, 1973, Addis & Jacobson 1996; zitiert nach Arnkoff et al. (2002); Van Audenhove & Vertommen, 2000)

Das oben vorgestellte Konzept der Therapievorbereitung liesse sich demnach der dritten Kategorie zuordnen.

Ein Vergleich des Therapievorereitungskonzepts mit den motivationsförderlichen Grundbedingungen des „Selbstmanagement“-Ansatzes (**Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000**) zeigt, dass viele davon im Konzept berücksichtigt sind, so z.B. maximale Mitsprache und persönliche Kontrolle seitens des Patienten, Selbststeuerung und Selbstmotivation (durch die freie Entscheidung), maximale Transparenz und das Prinzip der Freiwilligkeit.

Bents (2003) führt die Therapievorereitung in Form von vier Schritten durch:

1. Diagnose mitteilen

2. Störungsmodell: Anfälligkeit, Auslöser, Aufrechterhaltung

- wichtig: Glaubwürdigkeit des Modells
- das Modell (z.B. Angst- oder Essstörungsmodell) anhand von sokratischem Dialog mit dem Patienten besprechen und die subjektiven Erfahrungen des Patienten in die Kästchen hineinschreiben (im Gegensatz zur Praxisstelle hat Bents (2003) meist Patienten mit klar abgegrenzten Störungen)

3. Therapieplan: Ziele, Verlauf, Methoden, Erwartungen

- anhand des oben eingeführten Störungsmodells werden für die einzelnen Komponenten des Modells mögliche Ansatzpunkte in der Therapie vorgestellt
- Methoden: Beispiele für Übungen, Rationale, Eigenaktivität, etc.
- Erwartungen: Rolle des Therapeuten, Angst vor Veränderungen etc.

4. Motivation

- Ambivalenzkonflikte: Besprechen der Vor- und Nachteile der Therapie mit dem Patienten anhand eines 4-Felder-Schemas und gemeinsames Eintragen der Argumente und Bedenken des Patienten in die leeren Felder (siehe Abb. 1)
- Es ist wichtig, dass die in der Abbildung 1 eingezeichnete Reihenfolge der Kästchen eingehalten wird. Der Patient traut sich nämlich eher, Bedenken zu äußern, nachdem die Vorteile der Therapie schon festgehalten sind.
- Entscheidungsautonomie: es ist wichtig, dass sich der Patient nach dieser Auflistung frei für oder gegen eine Therapie entscheiden kann.

Anhang B: Materialien für das Therapievorbereitungsgespräch

1. Übersichtsblatt mit den wichtigsten Punkten für die Durchführung des Therapievorbereitungsgesprächs
2. TEMO-Folie zur Erfassung der problematischen Erwartungen des Patienten → auf den TEMO (Abklärer) legen, graue Felder bedeuten problematische Erwartungen
3. Inkongruenzquellenmodell (Grawe, 2002)
4. 4-Felder-Schema

Therapievorbereitungsgespräch

1. Diagnose

2. Problemverständnis (Inkongruenzquellenmodell)

- Ansprechen problematischer Erwartungen
siehe TEMO:

3. Behandlungsrationale (Inkongruenzquellenmodell)

4. 4-Felder-Schema

- Ansprechen möglicher Schwierigkeiten
 - interaktionelle Schwierigkeiten
 - Befürchtungen / Kritik des Patienten
 - andere

Abklärerfragebogen zur Therapieerwartung und –motivation des/r Patienten/in (TEMO-A)

Abklärungs-Nr.:

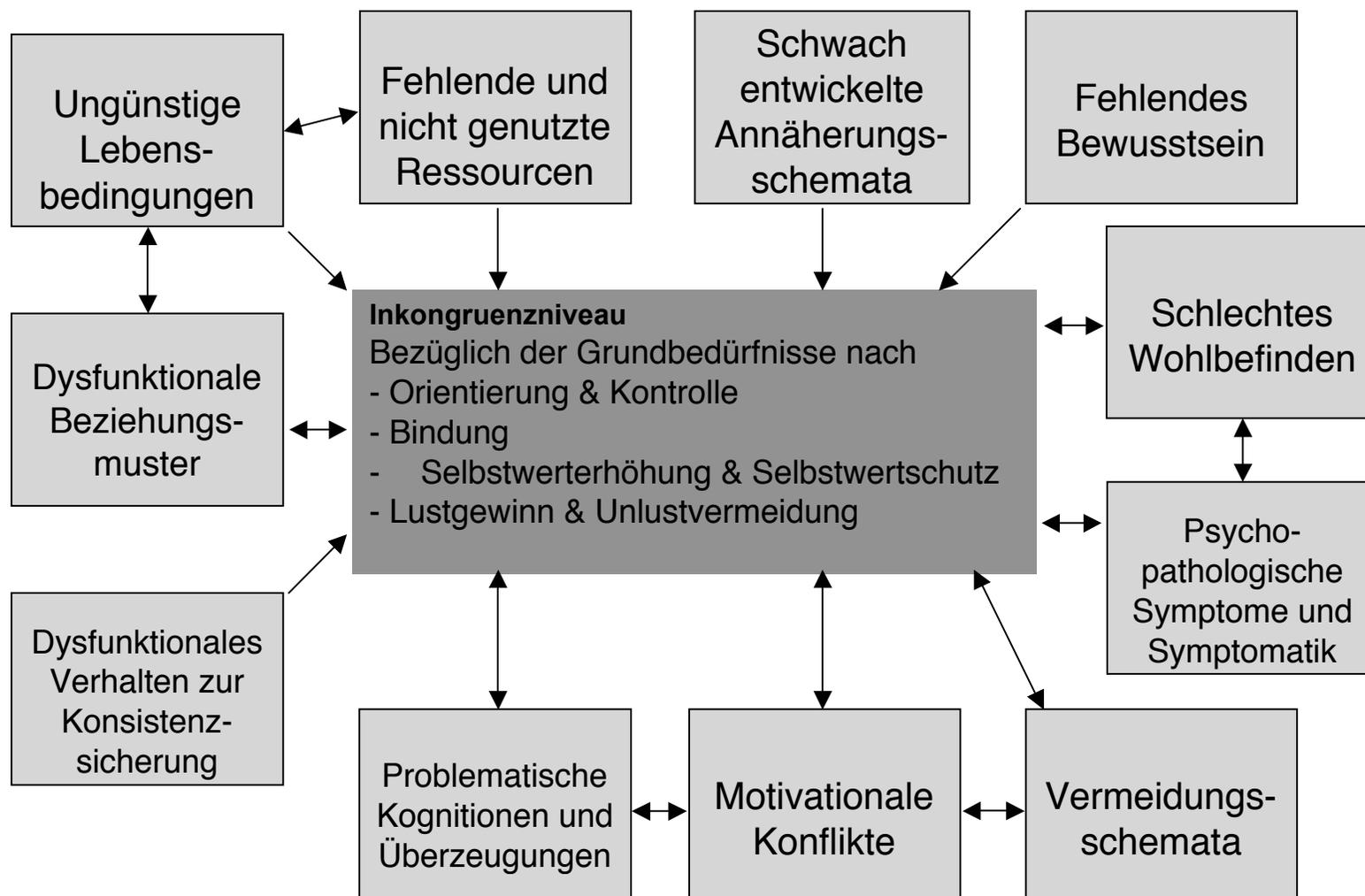
Datum:

Therapeuten-Nr. des/r Abklärers/in:

Anleitung:

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, was der Patient / die Patientin von der Therapie **nach dem Erstgespräch** erwarten kann und wie stark motiviert er / sie für die Therapie ist. Geben Sie bitte an, inwieweit die einzelnen Aussagen Ihren augenblicklichen Eindruck vom Patienten / von der Patientin diesbezüglich wiedergeben.

| | | stimmt überhaupt nicht | stimmt eher nicht | stimmt zur Hälfte | stimmt weit- gehend | stimmt voll- kommen |
|-----|--|------------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. | Der Patient / die Patientin leidet sehr stark unter seinen / ihren Problemen. | | | | | |
| 2. | Der Patient / die Patientin fühlt sich sehr hilflos. | | | | | |
| 3. | Der Patient / die Patientin ist sehr motiviert an seinen / ihren Problemen etwas zu ändern. | | | | | |
| 4. | Für den Patienten / die Patientin ist es sehr schwierig zur Therapie zu kommen (Anstrengung, Kosten, Weg, Einstellung anderer Personen, etc.). | | | | | |
| 5. | Der Patient / die Patientin hat schon sehr viele Vorstellungen / Erwartungen zur Therapie. | | | | | |
| 6. | Der Patient / die Patientin glaubt, dass seine / ihre Probleme durch die Therapie verändert werden können. | | | | | |
| 7. | Der Patient / die Patientin glaubt, dass er / sie selbst es schaffen wird seine / ihre Probleme zu verändern. | | | | | |
| | Der Patient / die Patientin glaubt, dass ... Ursache seiner / ihrer Probleme ist / sind. | | | | | |
| 8. | er / sie selbst | | | | | |
| 9. | andere Personen | | | | | |
| 10. | externe Faktoren (Schicksal, Lebensereignisse) | | | | | |
| 11. | körperliche Faktoren | | | | | |
| 12. | Die Therapie ist im Leben des Patienten / der Patientin sehr wichtig. | | | | | |
| 13. | Der Patient / die Patientin möchte in der Therapie aktiv mitarbeiten. | | | | | |
| | Der Patient / die Patientin erwartet vom Behandlungsvorgehen her | | | | | |
| 14. | Klärung | <input type="checkbox"/> | 0 | | | |
| 15. | Bewältigung | <input type="checkbox"/> | 0 | | | |
| 16. | Die frühere Therapieerfahrung des Patienten / der Patientin war sehr positiv. | <input type="checkbox"/> | 0 | | | |
| 17. | Der Patient / die Patientin leidet unter seinen / ihren Problemen, welche Grund für die Therapieaufnahme waren, seit ... | | | | | |
| 18. | Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient / eine interaktionell schwierige Patientin. | | | | | |



Anhang B

Messung der Erwartungen

- B-1: Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV; Schulte, im Druck)**
- B-2: Therapeutenfragebogen zur Therapieerwartung und –motivation des/r Patienten/in (TEMO)**

Patientenfragebogen zur Therapieerwartung und Therapieevaluation (PATHEV)

Pat.-Nr.:

Datum:

Messung:

Anleitung:

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, was man von einer Therapie erwarten kann, was man hoffen oder auch befürchten könnte. Geben Sie bitte an, inwieweit die einzelnen Aussagen Ihren augenblicklichen Eindruck wiedergeben. Bedenken Sie bitte, dass es hier keine richtigen und falschen Antworten gibt. Uns interessiert nur, was Sie persönlich gegenwärtig denken.

| | stimmt überhaupt nicht | stimmt eher nicht | stimmt zur Hälfte | stimmt weit- gehend | stimmt voll- kommen |
|---|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ich habe die passende Therapie gefunden. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Ich befürchte, dass mir auch durch Psychotherapie nicht geholfen werden kann. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Ich habe Angst davor, mich zu verändern. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Auch durch eine Therapie wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel ändern. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Diese Therapie scheint mir für meine Probleme angemessen zu sein. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Manchmal befürchte ich, dass ich mich durch eine Therapie mehr verändere als ich will. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Im Vergleich zu dem, was ich früher versucht habe, habe ich das Gefühl, jetzt das Richtige zu tun. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Genaugenommen bin ich eher skeptisch, ob die Therapie mir helfen kann. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. Vielleicht wäre mir durch eine andere Behandlung besser geholfen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Gelegentlich mache ich mir auch etwas Sorgen, was sich alles ändern wird, wenn meine Probleme einmal verschwunden sind. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Therapeutenfragebogen zur Therapieerwartung und –motivation des/r Patienten/in (TEMO-T)

Datum:

Pat.-Nr.:

Anleitung:

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, was der Patient / die Patientin von der Therapie **nach dem Erstgespräch** erwarten kann und wie stark motiviert er / sie für die Therapie ist. Geben Sie bitte an, inwieweit die einzelnen Aussagen Ihren augenblicklichen Eindruck vom Patienten / von der Patientin diesbezüglich wiedergeben.

| | | stimmt überhaupt nicht | stimmt eher nicht | stimmt zur Hälfte | stimmt weit- gehend | stimmt voll- kommen | | |
|-----|--|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | Der Patient / die Patientin leidet sehr stark unter seinen / ihren Problemen. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 2. | Der Patient / die Patientin fühlt sich sehr hilflos. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 3. | Der Patient / die Patientin ist sehr motiviert an seinen / ihren Problemen etwas zu ändern. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 4. | Für den Patienten / die Patientin ist es sehr schwierig zur Therapie zu kommen (Anstrengung, Kosten, Weg, Einstellung anderer Personen, etc.). | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 5. | Der Patient / die Patientin hat schon sehr viele Vorstellungen / Erwartungen zur Therapie. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 6. | Der Patient / die Patientin glaubt, dass seine / ihre Probleme durch die Therapie verändert werden können. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 7. | Der Patient / die Patientin glaubt, dass er / sie selbst es schaffen wird seine / ihre Probleme zu verändern. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| | Der Patient / die Patientin glaubt, dass ... Ursache seiner / ihrer Probleme ist / sind. | | | | | | | |
| 8. | er / sie selbst | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 9. | andere Personen | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 10. | externe Faktoren (Schicksal, Lebensereignisse) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 11. | körperliche Faktoren | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 12. | Die Therapie ist im Leben des Patienten / der Patientin sehr wichtig. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 13. | Der Patient / die Patientin möchte in der Therapie aktiv mitarbeiten. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| | Der Patient / die Patientin erwartet vom Behandlungsverfahren her | | keine Angabe | | | | | |
| 14. | Klärung | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 15. | Bewältigung | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 16. | Die frühere Therapieerfahrung des Patienten / der Patientin war sehr positiv. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | |
| 17. | Der Patient / die Patientin leidet unter seinen / ihren Problemen, welche Grund für die Therapieaufnahme waren, seit ... | < 1 Monat | 1 - 3 Monate | 3 - 6 Monate | 6 - 12 Monate | 1 - 2 Jahre | > 2 Jahre | |
| | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | |
| 18. | Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient / eine interaktionell schwierige Patientin. | überhaupt nicht | nein | eher nicht | weder noch | eher ja | ja, ganz genau | |
| | | <input type="checkbox"/> -3 | <input type="checkbox"/> -2 | <input type="checkbox"/> -1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Anhang C

**Patienten- und Therapeutenstundenbogen (Version 2000; Regli
& Grawe, in Vorbereitung)**

Anhang D

Berner Therapiezielinventar (BIT; Grosse Holtforth, 2001)

Patientenstundenbogen 2000

Pat.-Nr.:

Datum:

Sitzung:

Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Therapeuten wohlgeföhlt.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

2. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

3. Heute sind wir dem Kern meiner Probleme näher gekommen.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

4. Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärts- gekommen.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

5. Der Therapeut lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

6. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

7. Der Therapeut und ich verstehen einander.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

8. Ich finde, der Therapeut müsste meinen Geföhlen mehr Beachtung schenken.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

9. Ich glaube, der Therapeut ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

10. Im Moment fühle ich mich durch den Therapeuten darin unterstützt, wie ich gerne sein möchte.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

11. Ich traue mir jetzt mehr zu, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

BITTE WENDEN (Fortsetzung auf der Rückseite)

12. Ich finde die Sichtweise des Therapeuten von meinen Problemen zu einfach.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

13. Ich weiss jetzt besser, was ich will.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

14. Heute hatte ich das Gefühl, der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als er mir sagt.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

15. Heute war ich gefühlsmässig stark beteiligt.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

16. Ich spüre, dass der Therapeut mich wertschätzt.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

17. Was wir heute gemacht haben, ging mir sehr nahe.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

18. Ich fühle mich jetzt Situationen besser gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

19. Ich glaube ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

20. Ich habe den Verlauf der Sitzung aktiv mitgestalten können.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

21. Ich kann selber entscheiden, was in der Therapie besprochen wird.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

22. Der Therapeut lässt mich in der Therapie meinen eigenen Weg gehen.

| | | | | | | |
|-----------|------|-------|-------|------|----|----------|
| überhaupt | | eher | weder | eher | | ja, ganz |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| nicht | nein | nicht | noch | ja | ja | genau |

Therapeutenstundenbogen 2000

Pat.-Nr.:

Datum:

Sitzung:

Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Patienten wohlgeföhlt.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

2. Der Patient und ich verstehen einander.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

3. Der Patient und ich arbeiten an gemeinsamen Zielen.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

4. Ich habe den Eindruck, dass der Patient auch zwischen den Sitzungen intensiv an dem arbeitet, was wir in der Therapie behandelt haben.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

5. Der Patient beteiligt sich aktiv an der Therapie.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

6. Heute sind wir in der Therapie wirklich vorwärtsgekommen.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

7. Ich finde, dies ist ein interaktionell schwieriger Patient.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

8. Auf dem Weg zur Erreichung der Therapieziele gab es heute Fortschritte.

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

9. Redete der Patient von sich aus offen über seine Geföhle und Wünsche mit Ihnen?

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

10. Verhielt sich der Patient eher abwartend und reaktiv?

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

11. Hatten Sie beim Gespräch mit dem Patienten den Eindruck von Widerstand?

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

12. Nahm der Patient Mühen in Kauf, um die von Ihnen geforderten Hausaufgaben durchzuführen oder neue bzw. veränderte Verhaltensweisen zu erproben?

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|
| überhaupt -3 nicht | -2 nein | eher -1 nicht | weder 0 noch | eher 1 ja | 2 ja | ja, ganz 3 genau |
|--------------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|---------|------------------------|

13. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass dem Patienten wichtige Zusammenhänge seines Erlebens und Verhaltens klarer werden.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

14. Ich habe heute versucht, Ressourcen des Patienten gezielt zu nutzen.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

15. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient für ihn schwierige Situationen besser bewältigen kann.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

16. Heute habe ich gezielt darauf hingearbeitet, den Patienten gefühlsmässig zu involvieren.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

17. Heute habe ich gezielt versucht, die Handlungskompetenzen des Patienten zu verbessern.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

18. Heute habe ich mit dem Patienten daran gearbeitet, dass er sich in seinen Beziehungen zu anderen Menschen besser versteht.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

19. Heute habe ich an wunde Punkte des Patienten gerührt.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

20. Ich habe heute gezielt Gelegenheiten genutzt, dass der Patient auch seine positiven Seiten erleben kann.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

21. Ich habe heute darauf hingearbeitet, dass der Patient sich einem bestimmten Problem besser gewachsen fühlen kann als bisher.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

22. Ich habe aktiv versucht, den Patienten in seinem positiven Selbst aufzuwerten.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

23. Heute habe ich darauf hingewirkt, dass der Patient Gefühle erlebt, die er sonst vermeidet.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

24. Heute habe ich darauf hingearbeitet, dass der Patient sich über seine Ziele und Motive klarer wird.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

25. Ich habe heute aktiv darauf hingearbeitet, dass der Patient seine Probleme in neuen Zusammenhängen sehen kann.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

26. Heute standen die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten im Vordergrund.

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| überhaupt 0 nicht | stimmt 1 eher nicht | stimmt 2 zur Hälfte | stimmt 3 weitgehend | stimmt 4 vollkommen |
|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|

27. Heute habe ich mich ausdrücklich darum bemüht, einen Bezug zur realen Lebenssituation des Patienten herzustellen.

| | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt | stimmt | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |

Wodurch?

a) Durch konkrete Simulation realer Lebenssituationen im Therapieraum (z.B. durch Rollenspiel)

| | |
|------|----|
| 0 | 1 |
| nein | ja |

b) Durch "Hausaufgaben"

| | |
|------|----|
| 0 | 1 |
| nein | ja |

c) Durch Einbezug von Bezugspersonen des Patienten in die Therapie

| | |
|------|----|
| 0 | 1 |
| nein | ja |

d) Durch Aufsuchen von Situationen ausserhalb des Therapieraums

| | |
|------|----|
| 0 | 1 |
| nein | ja |

e) anderes

| | |
|------|----|
| 0 | 1 |
| nein | ja |

Ergänzung Therapeutenstundenbogen 2000

1. Der Patient scheint mir klärungsmotiviert.

| | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt | stimmt | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |

2. Der Patient scheint mir bewältigungsmotiviert.

| | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt | stimmt | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |

3. **Nur ausfüllen, sofern es sich um eine Projekttherapie handelt:** Heute fühlte ich mich in meinem Vorgehen durch die Projektbedingungen eingeschränkt.

| | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt | stimmt | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |

4. **Nur ausfüllen, sofern es sich um eine Projekttherapie handelt:** Ich glaube, dass diese Projektbedingung für diesen Patienten angemessen ist.

| | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| überhaupt | stimmt | stimmt | stimmt | stimmt |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| nicht | eher nicht | zur Hälfte | weitgehend | vollkommen |

Das Setzen von Zielen ist eine wichtige Voraussetzung für eine wirkungsvolle Psychotherapie. Wir bitten Sie deshalb, hier Ihre persönlichen Ziele für die kommende psychotherapeutische Behandlung anzugeben

Als Hilfe finden Sie zunächst eine Liste von möglichen Zielen einer Psychotherapie, gegliedert nach fünf Bereichen. Links finden Sie hier Stichworte, die das Thema des Therapieziels bezeichnen, rechts die eigentlichen Ziele.

- Bitte gehen Sie zunächst diese Liste durch und kreuzen alle Ziele an, die Sie mit Hilfe der Psychotherapie erreichen wollen.
- Wenn Sie ein persönliches Ziel nicht in der Liste vorfinden, schreiben Sie es bitte unter dem entsprechenden Stichwort in die leere Zeile.
- Am Ende der Liste können Sie die Ziele in eigenen Worten formulieren und angeben, wie wichtig die einzelnen Ziele für Sie sind.

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Bewältigung bestimmter Probleme und Symptome

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

| | |
|------------------------------------|--|
| Depressives Erleben | <input type="checkbox"/> ₁ negative, kreisende Gedanken oder Schuldgefühle überwinden. <input type="checkbox"/> ₂ aus meiner gedrückten Stimmung, Traurigkeit oder inneren Leere herauskommen. <input type="checkbox"/> ₃ mit Stimmungsschwankungen besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₄ wieder mehr Antrieb und Energie bekommen. <input type="checkbox"/> ₅ |
| Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> ₆ lernen, mir keine körperlichen Verletzungen mehr zuzufügen. <input type="checkbox"/> ₇ Selbstmordgedanken überwinden und wieder Lebenswillen finden. <input type="checkbox"/> ₈ |
| Ängste | <input type="checkbox"/> ₉ eine konkrete Angst bewältigen oder besser mit ihr umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₁₀ lernen, Angst- und Panikanfälle in den Griff zu bekommen. <input type="checkbox"/> ₁₁ lernen, ohne Angst und unsicheres Verhalten (z.B. Erröten, Stottern) unter die Leute zu gehen. <input type="checkbox"/> ₁₂ lernen, wieder Dinge zu tun, die ich jetzt aus Angst vermeide. <input type="checkbox"/> ₁₃ |
| Zwanghafte Gedanken und Handlungen | <input type="checkbox"/> ₁₄ ständig wiederkehrende, quälende Gedanken oder Impulse besser kontrollieren lernen. <input type="checkbox"/> ₁₅ wiederholte, sinnlose und zeitraubende Handlungen (übertriebenes Händewaschen, Ordnen, Prüfen, Zählen etc.) einschränken lernen. <input type="checkbox"/> ₁₆ |

| | |
|---|--|
| Aussergewöhnlich belastende Lebensereignisse | <input type="checkbox"/> ₁₇ ein aussergewöhnlich stark belastendes Erlebnis (oder mehrere) verarbeiten. |
| Suchtverhalten | <input type="checkbox"/> ₁₈ den körperlichen Entzug von einem Suchtmittel durchführen. <input type="checkbox"/> ₁₉ ohne Suchtmittel leben lernen. <input type="checkbox"/> ₂₀ meinen Suchtmittelkonsum kontrollieren lernen. <input type="checkbox"/> ₂₁ mit schwierigen Situationen anders umgehen lernen, statt zum Suchtmittel zu greifen. <input type="checkbox"/> ₂₂  |
| Essverhalten | <input type="checkbox"/> ₂₃ meine Essprobleme (Magersucht, Ess-Brechsucht, Esssucht etc.) bewältigen. <input type="checkbox"/> ₂₄ mit meinem Gewicht umgehen lernen (es reduzieren oder so akzeptieren). <input type="checkbox"/> ₂₅  |
| Schlaf | <input type="checkbox"/> ₂₆ meine Schlafprobleme (Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen, frühes Erwachen etc.) bewältigen. |
| Sexualität | <input type="checkbox"/> ₂₇ sexuelle Probleme bewältigen. |
| Körperliche Schmerzen und Krankheiten | <input type="checkbox"/> ₂₈ mit körperlichen Schmerzen umgehen lernen oder diese nach Möglichkeit verringern. <input type="checkbox"/> ₂₉ mit meiner körperlichen Krankheit umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₃₀  |
| Schwierigkeiten in bestimmten Lebensbereichen | <input type="checkbox"/> ₃₁ meine Wohnsituation klären (ein Problem bewältigen oder ein Ziel anstreben). <input type="checkbox"/> ₃₂ konkrete Probleme im Zusammenhang mit meiner Arbeit oder meiner Ausbildung bewältigen. <input type="checkbox"/> ₃₃ meinen Alltag besser organisieren lernen. <input type="checkbox"/> ₃₄  |
| Stress | <input type="checkbox"/> ₃₅ besser mit Stresssituationen umgehen lernen. |

Ziele im zwischenmenschlichen Bereich

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

| | |
|-----------------------------------|---|
| Bestehende Partnerschaft | <input type="checkbox"/> ₃₆ die Beziehung mit meinem Partner / meiner Partnerin verbessern. <input type="checkbox"/> ₃₇ das Sexualleben mit meinem Partner / meiner Partnerin verbessern. <input type="checkbox"/> ₃₈ meine Erwartungen und Gefühle bezügl. Partner / Partnerin klären. <input type="checkbox"/> ₃₉  |
| Elternschaft und aktuelle Familie | <input type="checkbox"/> ₄₀ mir die Aufgabe als Vater / als Mutter besser zutrauen lernen. <input type="checkbox"/> ₄₁ mein Verhalten gegenüber meinem Kind / meinen Kindern ändern. <input type="checkbox"/> ₄₂ die aktuelle Familiensituation verändern. <input type="checkbox"/> ₄₃ mit einer Trennung innerhalb der Familie besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₄₄  |
| Herkunftsfamilie | <input type="checkbox"/> ₄₅ die Beziehung zu meinen Eltern verändern (mich ablösen, Schuldgefühle oder Abhängigkeit überwinden etc.). |

| | |
|---------------------------------|--|
| Andere Beziehungen | <input type="checkbox"/> ₄₆ die Beziehung zu bestimmten Personen aus dem privaten oder beruflichen Umfeld klären oder verbessern. <input type="checkbox"/> ₄₇ die Trennung von meinem Ex-Partner / meiner Ex-Partnerin verarbeiten. <input type="checkbox"/> ₄₈  |
| Alleinsein und Trauer | <input type="checkbox"/> ₄₉ mit dem Alleinsein besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₀ den Verlust einer geliebten Person verarbeiten. <input type="checkbox"/> ₅₁  |
| Selbstbehauptung und Abgrenzung | <input type="checkbox"/> ₅₂ mich anderen gegenüber besser durchsetzen und abgrenzen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₃ mit den Reaktionen anderer (Kritik, Ablehnung, Lob etc.) auf mein Verhalten besser umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₄  |
| Kontakt und Nähe | <input type="checkbox"/> ₅₅ lernen, besser mit Menschen in Kontakt zu treten (und Kontakte zu pflegen). <input type="checkbox"/> ₅₆ mehr Nähe zulassen und Vertrauen zu anderen Menschen aufbauen lernen. <input type="checkbox"/> ₅₇ mich auf eine neue Partnerschaft vorbereiten. <input type="checkbox"/> ₅₈  |

Verbesserung des Wohlbefindens

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

| | |
|------------------------------|--|
| Bewegung und Aktivität | <input type="checkbox"/> ₅₉ mehr Sport und andere körperliche Aktivitäten betreiben. <input type="checkbox"/> ₆₀ meine Freizeit aktiver gestalten (Hobbies, kulturelle Aktivitäten etc.). <input type="checkbox"/> ₆₁  |
| Entspannung und Gelassenheit | <input type="checkbox"/> ₆₂ lernen, mich zu entspannen und abzuschalten. <input type="checkbox"/> ₆₃ ruhiger werden und die Dinge gelassener angehen. <input type="checkbox"/> ₆₄  |
| Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> ₆₅ wieder mehr Lebensfreude entwickeln. <input type="checkbox"/> ₆₆ lernen, mich in meinem Körper wohler zu fühlen. <input type="checkbox"/> ₆₇  |

Orientierung im Leben

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

| | |
|--------------------------------------|--|
| Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft | <input type="checkbox"/> ₆₈ mit Teilen meiner Vergangenheit besser zurechtkommen lernen. <input type="checkbox"/> ₆₉ mir klarer werden, wer ich bin, was ich kann und was ich will. <input type="checkbox"/> ₇₀ neue Zukunftsperspektiven (private oder berufliche) erarbeiten. <input type="checkbox"/> ₇₁  |
| Sinnfindung | <input type="checkbox"/> ₇₂ Sinnfragen in meinem Leben klären. |

Selbstbezogene Ziele

Mit Hilfe der Psychotherapie möchte ich...

| | |
|---------------------------------------|--|
| Einstellung zu mir selbst | <input type="checkbox"/> ₇₃ mehr Selbstvertrauen und Selbstsicherheit entwickeln. <input type="checkbox"/> ₇₄ mich akzeptieren lernen, so wie ich bin. <input type="checkbox"/> ₇₅ |
| Bedürfnisse und Wünsche | <input type="checkbox"/> ₇₆ meine Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken lernen. <input type="checkbox"/> ₇₇ meine Grenzen besser erkennen und danach handeln lernen. <input type="checkbox"/> ₇₈ eigene Wünsche und Pläne besser verwirklichen lernen. <input type="checkbox"/> ₇₉ |
| Leistung, Kontrolle und Verantwortung | <input type="checkbox"/> ₈₀ lernen, Entscheidungen selbständiger zu treffen. <input type="checkbox"/> ₈₁ lernen, Angefangenes zu Ende zu führen. <input type="checkbox"/> ₈₂ meine hohen Ansprüche an mich oder an andere herabsetzen lernen. <input type="checkbox"/> ₈₃ Verantwortung und Kontrolle abgeben lernen. <input type="checkbox"/> ₈₄ |
| Umgang mit Gefühlen | <input type="checkbox"/> ₈₅ Gefühle zulassen und äussern lernen. <input type="checkbox"/> ₈₆ mit starken negativen Gefühlen (z.B. Ärger, Wutausbrüchen) umgehen lernen. <input type="checkbox"/> ₈₇ |

Fehlt noch ein Ziel, das Sie mit Hilfe der Therapie erreichen wollen und oben nirgends einordnen konnten?

.....

.....

Für einen besseren Überblick übertragen Sie nach dem Ankreuzen bitte Ihre Ziele auf dieses Blatt. Falls Sie mehr als fünf Ziele angekreuzt haben, geben Sie hier **Ihre fünf wichtigsten Ziele an** (weniger als fünf Ziele sind aber auch möglich).

- Als Gedankenstütze tragen Sie zunächst die Nummern der wichtigsten Ziele in die entsprechenden Kästchen ein (ein Kästchen, eine Nummer).
- Dann formulieren Sie die gewählten Ziele **möglichst konkret** in eigene Worte um, damit diese auf Ihre persönliche Situation zutreffen.
- Zuletzt schätzen Sie bitte zu jedem Ziel ein, wie wichtig es für Sie ist.

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eher wichtig | <input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig | <input type="checkbox"/> ziemlich wichtig | <input type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eher wichtig | <input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig | <input type="checkbox"/> ziemlich wichtig | <input type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eher wichtig | <input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig | <input type="checkbox"/> ziemlich wichtig | <input type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eher wichtig | <input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig | <input type="checkbox"/> ziemlich wichtig | <input type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|

Ziel Nr.

.....

Wie wichtig ist dieses Ziel für Sie?

| | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> eher wichtig | <input type="checkbox"/> mittelmässig wichtig | <input type="checkbox"/> ziemlich wichtig | <input type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> ausserordentlich wichtig |
|---------------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|