

# DIE WIRKSAMKEIT VON EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE

## Retrospektive Beurteilungen

ANTON-RUPERT LAIREITER, MARIA MAGDALENA SCHAIREITER, CHRISTA SCHIRL-RUSSEGGER, ISABELLA BAUMGARTNER, ALFRIED LÄNGLE, JOACHIM SAUER

**Problemstellung:** Die Evaluation der Wirksamkeit und klinischen Brauchbarkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens gehört zu den essentiellen Aufgaben der Psychotherapieforschung. Die vorliegende Studie untersucht die Wirksamkeit existenzanalytisch-logotherapeutischer Psychotherapie auf psychische, körperliche und sozialkommunikative Beeinträchtigungen und die Veränderung im Erleben und Verhalten aus der Sicht von Patienten und deren Therapeuten aus retrospektiver Perspektive.

**Methodik:** Dazu wurden 26 Therapeuten und 106 ihrer Klienten, die eine existenzanalytische Psychotherapie abgeschlossen oder abgebrochen hatten, in einem retrospektiven Design mit dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS), dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) und der Veränderungsskala des Patientendokumentationssystem „Psycho-Dok“ (V-Skala) untersucht. Die Ergebnisse der Abbrecher und der regulären Abschießer wurden miteinander verglichen.

**Ergebnisse:** Es zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen mit hohen bis sehr hohen Effektstärken in den psychischen, körperlichen und sozialkommunikativen Beeinträchtigungen nach der Therapie. Weiters zeigten sich bei fast 90% der Probanden klinisch signifikante positive Veränderungen im Erleben und Verhalten. In der V-Skala von Psycho-Dok gaben die Patienten jedoch nur für emotionale und kognitive Variablen starke bis sehr starke Verbesserungen an, im Bereich sozialer Beziehungen und der Alltagsbewältigung waren die erlebten Verbesserungen geringer; keine Veränderungen gaben die Patienten für Substanzkonsum und medizinische Behandlungen an. Therapieabbrecher erreichten aus eigener und der Sicht ihrer Therapeuten signifikant geringere Therapieeffekte in der psychischen und interpersonalen Beeinträchtigung des BSS; keine Unterschiede fanden sich für die Veränderungen in der körperlichen Beeinträchtigung und die beiden direkten Veränderungsmessungen des Erlebens, Verhaltens und zwischenmenschlicher Beziehungen (VEV, V-Skala).

**Diskussion:** Die Ergebnisse weisen auf eine sehr gute Wirksamkeit der Existenzanalyse und Logotherapie in der therapeutischen Alltagspraxis im Bereich psychischer Auffälligkeiten und Störungen und zwischenmenschlicher Beeinträchtigungen hin. Damit ist auch von einer hohen Ergebnisqualität der Methode in diesen Bereichen auszugehen. Einschränkungen dieser Aussage betreffen vor allem die Größe und Repräsentativität der Stichprobe und die Retrospektivität der Datenerhebung. Dies wird abschließend erörtert.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Existenzanalyse und Logotherapie, Konsumentenstudie, Praxisforschung, Psychotherapieforschung, Qualitätssicherung, Wirksamkeit

EFFECTIVENESS OF EXISTENTIAL ANALYSIS AND LOGOTHERAPY retrospective evaluation

**Aims:** The evaluation of efficacy and effectiveness of psychotherapy is an essential aim of psychotherapy research. This study examined the effectiveness of Existential Analysis/Logotherapy (EA/LT) on mental, physical and interpersonal impairments and on perceived changes in cognitions, emotions, behavior and interpersonal relationships.

**Method:** To test these aims a retrospective follow-up study was conducted with 26 therapists and 106 of their clients, who had successfully completed or interrupted their therapies. Two evaluation criteria were adopted: an indirect one applying the BSS (Impairment score) before and after therapy, the VEV ("Questionnaire on Changes in Experiencing and Behavior") and the Change-Scale ("Veränderungs-Skala", V-Scale) of the patient documentation system "Psycho-Doc".

**Results:** It was found that EA/LT led to statistically significant improvements with high to very high effect-sizes in mental, physical and interpersonal impairments from both perspectives, that of the therapist as well as that of their patients. Additionally, there were positive clinically significant changes in VEV in approximately 90% of the sample in emotions, cognitions and behavior. However, in the V-Scale patients reported higher positive changes just for cognitive and emotional symptom areas. Changes in interpersonal relationships and in daily living were perceived as less intensive. No changes were perceived in the consumption of alcohol and nicotine and in medical variables such as consultation of physicians. Persons who completed therapy successfully were much more effective in the BSS-dimension mental and interpersonal impairment than clients who terminated their therapies prematurely, but they did not differ from those in changes in physical impairments and in self-rated changes in cognitions, emotions, behaviors and relationships measured by VEV and the V-Scale.

**Discussion:** The results of the present study indicate high effectiveness of Existential Analysis and Logotherapy in therapeutic praxis. Therefore, outcome quality of this method seems to be high. However, some limitations of the study have to be mentioned, such as the small sample-size and problems in the representativeness of the sample as well as retrospectiveness in data gathering. These topics are discussed at the end of the paper.

**KEYWORDS:** Existential Analysis and Logotherapy, consumer-study, practice research, psychotherapy research, quality assurance, effectiveness

## EINLEITUNG

Die Untersuchung der Wirksamkeit einer therapeutischen Behandlungsstrategie stellt eine zentrale Aufgabe für die Evaluation eines Therapieansatzes dar. Für einige

Therapierichtungen ist dies schon mehrfach untersucht und repliziert worden, für andere jedoch noch nicht bzw. in nur geringem Ausmaß. Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit der Wirksamkeitsprüfung von Existenzanalyse und Logotherapie, die ebenfalls bereits einige Studien zu dieser

Frage erbringen konnte. Dazu wird ein retrospektiver Ansatz gewählt (vgl. Fuchs-Strizek, Laireiter, Baumann, Hessler 2011), in dem aus der Sicht von Therapeuten und deren Klienten der Erfolg der Therapie eingeschätzt wird. Eine Reihe von Befunden lassen dieses Design für die Evaluation von Psychotherapie in der Praxis bei Einhaltung gewisser Mindeststandards als durchaus adäquat erscheinen (Argumente und Überblick ebd.).

## WIRKSAMKEITSFORSCHUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Seit Beginn der 1930er Jahre, als erstmals Zusammenstellungen von Katamnesen publiziert wurden, um die Wirksamkeit der damals existierenden (meist tiefenpsychologischen) psychotherapeutischen Methoden zu dokumentieren, hat sich die Psychotherapieforschung massiv gewandelt und eine Reihe von Forschungsperspektiven und Forschungsdesigns hervorgebracht (Baumann, Reinecker-Hecht 2011; Hoyer, Uhmann 2008). Die immer noch wichtigste Perspektive ist die Wirksamkeitsforschung, die mit der Prozess- und Ausbildungsforschung gegenwärtig das Gros der Psychotherapieforschung abdeckt (Baumann, Reinecker-Hecht 2011).

Die Wirksamkeitsforschung im engeren Sinn hat seit Beginn ebenfalls eine Reihe von Perspektiven entwickelt, die ihrerseits zu unterschiedlichen Erkenntnissen führten und für den Nachweis der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Methode unterschiedliche Aussagen machen können (Hoyer, Uhmann 2008). Die bekannteste Unterscheidung stammt von Seligman (1995), der zwischen *potenzieller Wirksamkeit (efficacy)* und *praktischer Wirksamkeit (effectiveness)* unterscheidet (Schulz, Hoyer, Hahlweg 1998). Eine ähnliche Differenzierung wird von Baumann und Reinecker-Hecht (2011) unter Verweis auf die Pharmaforschung getätigt, indem sie zwischen verschiedenen Phasen der Wirksamkeitsforschung unterscheiden, einer explorativen, einer Test- oder Prüfphase und einer Praxis- oder Brauchbarkeitsphase. Sieht man von der explorativen Phase ab, wird in beiden Überlegungen zwischen einer Phase strenger Wirksamkeitsprüfung unter experimentellen und laborähnlichen Bedingungen und einer Phase der Überprüfung der Wirksamkeit unter Praxisbedingungen unterschieden. Bei letzterer geht es um die Überprüfung der Wirksamkeit der Psychotherapie unter den Bedingungen der „Alltagspraxis“, d.h. der Anwendung im psychotherapeutischen Versorgungsfeld. Neben der Überprüfung der klinischen Brauchbarkeit und Bewährung einer Methode hat Psychotherapieforschung in diesem Kontext immer auch die Aufgabe der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle (Baumann, Reinecker-Hecht 2011; Hoyer, Uhmann 2008; Schulz et al. 1998).

Im idealen Fall sollte eine Therapierichtung beides vorweisen können, um als wirksame und brauchbare Behandlungsstrategie zu gelten, Studien zur potenziellen und zur praktischen Wirksamkeit (Baumann, Reinecker-Hecht 2011).

Neben den grundlegenden Perspektiven lassen sich verschiedene Designs der Wirksamkeitsforschung unterscheiden, prospektive vs. retrospektive und kontrollierte vs. unkontrollierte (ohne Kontrollgruppe und Zufallszuteilung). In

Studien zur praktischen Wirksamkeit kommen nicht selten auch unkontrollierte und retrospektive Designs zur Anwendung (Fuchs-Strizek et al. 2011; Seligman 1995). Häufig werden dabei Klienten, gelegentlich auch Therapeuten, retrospektiv zu ihren wahrgenommenen Veränderungen befragt (Michalak, Kosfelder, Meyer, Schulte 2003). In diesem Zusammenhang kann man auch von so genannten Klienten- oder Konsumentenstudien sprechen (Fuchs-Strizek et al. 2011; Laireiter, Mitterhuemer 2011; Seligman 1995). Im vorliegenden Fall wurde ein derartiges Design realisiert.

Zur Feststellung von Veränderungen sind verschiedene Strategien realisiert worden. Nach Stieglitz und Baumann (2001) kann die Veränderung aus der subjektiven Wahrnehmung des Befragten direkt eingeschätzt werden (= direkte Veränderungsmessung); sie kann aber auch über einen Differenzwert zweier Statusmessungen ermittelt werden (= indirekte Veränderungsmessung). Darüber hinaus werden noch die Zielerreichungsbeurteilung und die Zufriedenheits- und Qualitätsbeurteilung der Therapie als weitere Strategien differenziert (Hoyer, Uhmann 2008; Laireiter et al. 2000; Stieglitz, Baumann 2001). Bei der indirekten Veränderungsmessung wird die Wirksamkeit über die statistische Signifikanz der Differenzwerte unter Berücksichtigung des Messfehlers (reliable Veränderung), den Prozentsatz an klinisch relevant gebesserten Patienten (klinische Signifikanz), die Stärke der Veränderung (Effektstärken) und die Unterschreitung von klinischen Cut-off-Werten (kriteriumsorientierte Veränderung) zum Ausdruck gebracht (Baumann, Reinecker-Hecht 2011; Stieglitz, Baumann 2001). Im vorliegenden Fall werden direkte und indirekte Veränderungsmessungen realisiert. Die Effekte der Therapie werden über die statistischen Differenzwerte, Effektstärken und die Berechnung der klinischen Signifikanz eingeschätzt.

## BISHERIGE STUDIEN ZUR WIRKSAMKEIT VON EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE (EA/LT)

Die Untersuchung der Wirksamkeit der Existenzanalyse und Logotherapie steht erst am Anfang. Im Folgenden werden die zwei wichtigsten Studien kurz vorgestellt.

### Wirksamkeit stationärer Existenzanalyse

In der Effektivitätsstudie von Längle, Görtz, Rauch, Jarsosik und Haller (2000) wurde die EA/LT mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting verglichen. Im Vorarlberger Suchtkrankenhaus „Maria Ebene“ wurden 280 Suchtpatienten im Zeitraum von 1994 bis 1998 von einem Team von Existenzanalytikern in der Ausbildung behandelt. In den darauf folgenden beiden Jahren (1999 bis 2000) wurden 57 Patienten mit Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie und Systemischer Therapie behandelt. Für jeden Patient dauerte der Aufenthalt acht Wochen, die mit drei Gruppensitzungen und einer Einzelsitzung pro Woche ausgefüllt waren. Der größte Anteil der Patienten wies eine Alkoholabhängigkeit auf, jedoch waren auch folgende weitere Diagnosen vertreten: Barbiturat und ähnlich wirkende Sedativa oder Hypnotika-Abhängigkeit, Opiatabhängig-

keit, nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen und Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit.

Zu Beginn und am Ende der Therapie wurde in der Existenzanalysegruppe die Befindlichkeit (Eigenschaftswörterliste), die Symptombelastung (Kieler Änderungssensitive Symptomliste KASSL), die Lebensqualität / Zufriedenheit / Wohlbefinden (Fragebogen nach Görtz), die Seelische Gesundheit (Trier Persönlichkeitsfragebogen TPF), das Selbstbild (Gießen-Test) und Existenzielle Fähigkeiten (Existenzskala) gemessen. Am Therapieende schätzten die Patienten zusätzlich noch die erlebte Veränderung nach dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV; Zielke, Kopf-Mehnert 1978) ein. In der Kontrollgruppe konnten nicht alle Tests wie bei der Experimentalgruppe durchgeführt werden (Längle et al. 2000).

Die Studie galt hauptsächlich der Untersuchung der EA/LT im Vergleich zu anderen Therapierichtungen. Innerhalb der Existenzanalysegruppe ergaben sich im Prä-Post-Vergleich zum größten Teil signifikante Verbesserungen in der Symptombelastung, der Befindlichkeit, den existenziellen Fähigkeiten, der subjektiven Lebensqualität, dem Wohlbefinden und dem Glückserleben. Hinsichtlich der Symptombelastung, der Persönlichkeitsstruktur und dem Selbstbild ergaben sich zwischen der EA/LT und den anderen Therapierichtungen vergleichbare Verbesserungen. Im TPF ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, die auf unterschiedliche Wirkungsweisen der verschiedenen Therapiemethoden hinweisen. Dadurch wird deutlich, dass die EA/LT weniger auf schnelle Symptomentlastung fokussiert ist als viel mehr auf langfristige Entlastung z.B. durch die Entwicklung von Autonomie und Eigenverantwortung (Längle et al. 2000).

Insgesamt weisen diese Ergebnisse auf eine gute Wirksamkeit hin, die vergleichbar ist mit denen anderer Therapierichtungen (ebd.).

## Wirksamkeit ambulanter Existenzanalyse

Die zweite Wirksamkeitsstudie wurde von Längle, Görtz, Probst, Probst, Lopatka, Kubin und Steinert (2005) im ambulanten Setting durchgeführt. Dazu wurden zwölf existenzanalytische Therapeuten in freier Praxis (Graz und Wien) und 248 ihrer Patienten hinsichtlich ihrer Existentialität und Personalität (Existenzskala, ESk), Symptombelastung (KASSL) und den Veränderungen (Veränderungsfragebogen zum Erleben und Verhalten, VEV; Zielke, Kopf-Mehnert 1978) zu Beginn und am Ende der Therapie sowie nach jeder zehnten Therapiestunde befragt, um den Therapieverlauf beobachten zu können.

Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen Therapiebeginn und -ende hinsichtlich der Personalität und der Existentialität (ESk) und der Symptombelastung (KASSL) signifikante Verbesserungen auftraten. Die Effektstärken dieser Veränderungen lagen im Bereich zwischen 0.49 und -1.38. Im Sinne eines mittelfristigen Therapieeffekts konnten zwischen der zehnten Therapiestunde und dem Therapieende eine signifikante Verbesserung in Form der Zunahme von Entspannung, Gelassenheit und Optimismus (gemessen mittels VEV) eruiert werden.

## FRAGESTELLUNGEN

In der vorliegenden Studie wird die praktische Wirksamkeit von Existenzanalyse und Logotherapie retrospektiv nach dem Design einer Patienten- und Therapeutenbefragung untersucht. Dazu wird sowohl das Konzept der direkten wie auch der (quasi-)indirekten Veränderungsmessung (s.u.) realisiert. Zusätzlich sollen Differenzen in der Wirksamkeit zwischen regulären Therapie-Beendern und frühzeitigen Therapieabbruchern miteinander verglichen werden, so dass im Folgenden drei Fragestellungen behandelt werden:

Die *erste Fragestellung* befasst sich mit der Wirksamkeit der existenzanalytischen Psychotherapie auf *psychische, körperliche und soziale Beeinträchtigungen*. Gemessen wird dieses Konstrukt mit dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) von Schepank (1995) retrospektiv bezogen auf den Therapiebeginn und das Therapieende, weshalb in diesem Fall einem Vorschlag von Stieglitz (1990) folgend von „quasi-indirekter Veränderungsmessung“ gesprochen wird (Fuchs-Strizek et al. 2011).

Die *zweite Fragestellung* setzt sich mit der subjektiv wahrgenommenen Wirksamkeit existenzanalytischer Psychotherapie hinsichtlich der Wirkung auf das *subjektive Erleben und Verhalten* auseinander. Zur Prüfung dieser Fragestellung werden zwei Verfahren zur direkten Veränderungsmessung aus retrospektiver Perspektive der Patienten herangezogen, der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) und ergänzend dazu die direkte Veränderungsbeurteilungsskala von Laireiter und Mitarbeitern aus dem Psychotherapie-Dokumentationssystem „Psycho-Dok“ (Laireiter, Lettner, Baumann 1998).

Die *dritte Fragestellung* setzt sich mit den Unterschieden in der Wirkung von existenzanalytischer Psychotherapie bei *regulären Therapie-Beendern vs. Therapieabbruchern* auseinander. Dazu werden die Ergebnisse jener Patienten, die ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, mit denen verglichen, die diese aus der Sicht ihres Therapeuten einseitig und frühzeitig abgebrochen haben. In diese Analyse gehen ebenfalls die Ergebnisse aller drei Verfahren (BSS, VEV, Psycho-Dok V-Skala) ein.

## VERSUCHSPLANUNG UND METHODIK

### Design

Die vorliegende Untersuchung ist Teil einer multimodalen retrospektiven Katamnesestudie, deren Ergebnisse z.T. bereits vor längerer Zeit publiziert worden sind (vgl. z.B. Laireiter et al. 2000). Aus rechtlichen Gründen können die weiteren Ergebnisse dieser Studie erst jetzt publiziert werden. In dieser Studie wurden verschiedene Strategien der Veränderungsbeurteilung realisiert, in der gegenwärtigen Publikation werden die Ergebnisse der direkten und der quasi-indirekten Veränderungsmessung unter Berücksichtigung zweier Datenquellen (Therapeuten, Patienten) präsentiert. Da es sich hier um eine Konsumentenstudie handelt, liegt eine Kontrollgruppe nicht vor.

Es wurden insgesamt 26 Therapeuten und 137 ihrer Klienten ab dem 18. Lebensjahr befragt, wobei die Rekrutierung freiwillig erfolgte. Therapeuten, die sich noch in Ausbildung unter Supervision befanden, wurden nicht berücksichtigt. Die Patienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt, in solche, die eine existenzanalytische Psychotherapie erfolgreich abgeschlossen, und solche, die diese frühzeitig abgebrochen haben. Als Therapieabbruch galt die Beendigung der Therapie, ohne dass der Therapeut diese für beendet hielt (Schirl, Kimeswenger 1999).

Für die Evaluation bearbeiteten Therapeuten den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) (Schepank 1995) für jeden ihrer Patienten für den Zeitpunkt vor und nach der Therapie. Die Patienten bearbeiteten ebenfalls den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für den Zeitpunkt vor und nach der Therapie, sowie die beiden oben erwähnten Veränderungsfragebögen zur direkten Veränderungsmessung retrospektiv zum Therapieende. Die Datenanalyse wurde mit dem Statistikprogramm SPSS 17.0 durchgeführt.

## Stichprobenkriterien und Stichproben

Für die vorliegende Arbeit wurden Patienten in die Berechnung aufgenommen, die im Zeitraum vom 01.12.1996 bis 01.07.1998 eine existenzanalytische Psychotherapie bei einem Therapeuten der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) regulär beendet oder abgebrochen hatten. Die Therapeuten waren alle Personen, die damals in die Liste der Psychotherapeuten am Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) eingetragen waren. Zusätzlich wiesen alle eine abgeschlossene Ausbildung in EA/LT nach den Kriterien der GLE auf und hatten ihren therapeutischen Schwerpunkt auf existenzanalytischen Behandlungsstrategien.

Ursprünglich waren 102 GLE-Therapeuten um ihre Mitarbeit angefragt worden (Schirl, Kimeswenger 1999), davon erklärten sich aber nur 26 zur Mitarbeit bereit (Compliance-Rate: 25.5%). Genannte Gründe für eine Nichtteilnahme waren u.a., im genannten Zeitraum keine Therapieabschlüsse bzw. -abbrüche gehabt zu haben, ein zu großer Arbeitsaufwand, die Klienten nicht den Kriterien entsprachen, gesundheitliche Gründe bzw. keine psychotherapeutische Tätigkeit (Schirl, Kimeswenger 1999). Von den Therapeuten wurden für die Klientenbefragung insgesamt 137 Fragebögen angefordert. Davon wurden 108 ordnungsgemäß retourniert (Rücklauf: 78.8%). Schlussendlich flossen aber wegen zu vieler missing data bei zweien nur 106 Fragebögen in die Untersuchung ein (Rücklauf: 77.4%).

### 1. Patienten

Von den 106 Patienten waren 33 männlich (31.1%) und 73 weiblich (68.9%) und zwischen 19 und 69 Jahren alt ( $M = 37.3$ ,  $SD = 11.2$  Jahre). 24 (22.6%) davon hatten die Therapie vorzeitig abgebrochen und 82 (77.4%) diese erfolgreich beendet. Der höchste Schulabschluss war bei 28.3% eine AHS/BHS, bei 24.5% eine Universität/Hochschule, bei 19.8% eine Berufsbildende Fachschule, bei 17% eine Berufsschule, bei 6.6% eine Fachakademie und bei 3.8% die Hauptschule.

45.3% der Patienten lebten in größeren Städten (über 300.000 Einwohner), 17.9% in solchen zwischen 100.000

und 300.000, 17.9% in Orten bis 5.000 Einwohner, 14.2% in solchen zwischen 5.000 bis 20.000 und 3.8% in mittelgroßen Städten (20.000 - 100.000) (9% keine Angaben).

Von den 82 regulären Abschießern waren 24 männlich (29.3%) und 58 weiblich (70.7%) und zwischen 19 und 69 Jahren alt ( $M = 37.8$ ,  $SD = 11.5$ ). Der höchste Schulabschluss war hier bei 28% eine AHS/BHS, bei 24.4% eine Universität/Hochschule, bei 20.7% eine Berufsbildende Fachschule, bei 18.3% eine Berufsschule, bei 6.1% eine Fachakademie und bei 2.4% die Hauptschule. 40.2% kamen aus Städten mit über 300.000 Einwohnern, 22% aus solchen von 100.000 bis 300.000, 19.5% aus Orten bis zu 5.000 Bewohnern, 13.4% aus solchen zwischen 5.000 und 20.000 Einwohnern und 3.7% aus solchen zwischen 20.000 und 100.000 (1.2% keine Angaben).

Von den 24 Personen, die ihre Therapie abgebrochen hatten, waren 9 männlich (37.5%) und 15 weiblich (62.5%) und zwischen 23 und 62 Jahren alt ( $M = 35.5$ ,  $SD = 10.1$ ). Der höchste Schulabschluss der Klienten war mit folgenden Häufigkeiten angegeben: 29.2% AHS/BHS, 25% Universität/Hochschule, 16.7% Berufsbildende Fachschule, 12.5% Berufsschule, 8.3% Fachakademie und 8.3% Hauptschule. Die Größe des Wohnortes wurde wie folgt berichtet: 62.5% über 300.000 Einwohner, 16.7% 5.000 bis 20.000 Einwohner, 12.5% bis 5.000 Einwohner, 4.2% 100.000 bis 300.000 und 4.2% 20.000 bis 100.000 Einwohner.

Die Hauptdiagnosen und deren Häufigkeit der beiden Teilgruppen und der Gesamtgruppe sind in Tabelle 1 angegeben.

	Abschießer		Abbrecher		Gesamt	
	n	%	n	%	N	%
Angststörungen	27	33	6	25	33	31.1
Dysthyme Störung	12	14.6	5	20.8	17	16.0
Persönlichkeitsstörungen	10	12.2	4	16.6	14	13.2
Depressive Störung	7	8.5	1	4.2	8	7.6
Anpassungsstörung	6	7.3	0	0.0	6	5.7
Bipolare Störung	3	3.8	1	4.2	4	3.8
Somatoforme Störung	4	4.9	0	0.0	4	3.8
Dissoziative Störung	1	1.2	2	8.3	3	2.8
Störungen durch psychotrope Substanzen	2	2.4	1	4.2	3	2.8
Essstörungen	2	2.4	0	0.0	2	1.9
Schizophrene Störung	1	1.2	1	4.2	2	1.9
Total	75	91.5	21	87.5	96	90.60
Missing	7	8.5	3	12.5	10	9.4
Summe	82	100	24	100	106	100

Tab. 1: Hauptdiagnosen nach DSM-III-R: Abschießer, Abbrecher und Gesamtstichprobe

Insgesamt zeigt sich, dass die Hauptdiagnosen der Therapieabschießer und der Therapieabbrecher annähernd gleich

verteilt sind. Patienten mit einer Angststörung machen insgesamt den größten Teil der Stichprobe aus, gefolgt von solchen mit einer depressiven oder dysthymen Störung (zusammen gesamt 23.6%). Weiters gab es viele Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Die übrigen Störungen waren eher gering ausgeprägt. Bei 9.4 % gab es keine Angaben zur Diagnose.

Die beiden Gruppen unterschieden sich in den wichtigsten sozialen und störungsbezogenen Merkmalen nicht voneinander. So war in beiden Gruppen die Geschlechtsverteilung gleich ( $p_{hi} = .074$ ;  $p = .44$ ), ebenso wie die Art der Diagnosen und das Ausmaß an selbst und fremd beurteilter Schwere der psychischen, somatischen und sozial-kommunikativen Beeinträchtigung ( $p = .26 - .91$ ).

Betrachtet man die Ausgangswerte des ersten Beurteilungskriteriums (BSS, Schepank 1995; s.u.), so zeigen sich für beide Gruppen in den Variablen „psychische Beeinträchtigung“, „sozial-kommunikative Beeinträchtigung“ und „Gesamtbbeeinträchtigung“ (s.u. Tabellen 2 und 3) jeweils überdurchschnittlich starke Ausprägungen, die nach dem Testmanual (Schepank 1995) über den jeweiligen Schwellenwerten für klinisch relevante Beeinträchtigung liegen (für Einzelskalen liegt der Schwellenwert jeweils bei 2, bei der Gesamtskala bei 5). Lediglich im Bereich „körperliche Beeinträchtigung“ liegt der Wert in beiden Fällen ( $M = 1.6$  bzw.  $1.7$ ; s.u. Tabellen 2 und 3) darunter. Es ist also damit bis auf den körperlichen Bereich von einer klinisch deutlich auffälligen Stichprobe auszugehen.

Für 65 Personen (61.3%) war die gegenständliche Therapie die erste, 39 (36.8%) gaben an früher bereits eine andere Therapie absolviert zu haben (missing: 2), wobei die meisten ( $n = 26$ , 24.5%) eine einzige weitere Therapie gemacht haben und 13 zwischen 2 und 11.

Die gegenständlichen Therapien dauerten insgesamt im Schnitt 22.6 Monate ( $SD = 22.1$ ), in welchen insgesamt im Mittel knapp 50 Therapiestunden ( $M = 48.1$ ,  $SD = 57.1$ ) absolviert wurden. Diese Therapie zu beenden wurde nach Angaben der Patienten in den meisten Fällen von Therapeut und Klient gemeinsam beschlossen ( $n = 64$ , 60.4%). In 34.9% der Fälle ( $n = 37$ ) hatte der Patient diesen Entschluss allein getroffen, in zwei Fällen (1.9%) der Therapeut. Der Grund für die Beendigung der Therapie war nach Auskunft der Patienten in den meisten Fällen das Erreichen des Therapieziels ( $n = 74$ , 69.8%), allerdings spielten auch andere Gründe eine Rolle, wie Zeitmangel und zu hohe Kosten ( $n = 18$ , 16.9%) und Unzufriedenheit mit der Therapie und deren Erfolg ( $n = 11$ , 10.4%).

## 2. Therapeuten

Von den 26 teilnehmenden Therapeuten waren 19 Frauen und 7 Männer. Im Durchschnitt waren diese 40.7 Jahre alt (33 bis 61 Jahre) und stammten aus Österreich, Deutschland und der Schweiz. Die Mehrzahl gab als Basisberuf (Klinische) Psychologie (42.3%) an, gefolgt von Psychiatrie (19.2%), Medizin und Pädagogik (jeweils 11.5%) und Publizistik und Sozialarbeit (jeweils 3.8%). 7.7% hatten sonstige Berufe (z.B. Theologie, Soziologie etc.).

Die Berufserfahrung der Therapeuten belief sich durchschnittlich auf 6.6 Jahre ( $SD = 3.9$ ). Durchschnittlich waren von den Therapeuten bisher 118 Personen ( $SD = 118.75$ ) in Einzeltherapie behandelt worden, in Paartherapie durchschnittlich 8.8 Personen ( $SD = 11.7$ ), in Familientherapie

4.3 ( $SD = 9.6$ ) und in Gruppentherapie 19.8 Personen ( $SD = 59.9$ ) (Schirl, Kimeswenger 1999). Die befragten Therapeuten schätzten ihre Befriedigung durch ihre therapeutische Tätigkeit im Schnitt als hoch bis sehr hoch ein (19.2 % sehr hoch, 57.7% hoch, 16% ausreichend hoch, 4% wenig befriedigend) (Schirl, Kimeswenger 1999).

## Instrumente

### Indirekte Veränderungsmessung

*Beeinträchtigungs-Schwere Score (BSS) (Schepank 1995)*

Zur Erfassung des Schweregrades der Symptomatik wurde der BSS von den Therapeuten und Patienten retrospektiv bezogen auf den Therapiebeginn und das Therapieende bearbeitet. Mittels BSS wird normalerweise aus Expertensicht die Schwere einer psychischen Störung in drei Bereichen beurteilt, im *körperlichen*, *psychischen* und *sozial-kommunikativen* (zwischenmenschliche Probleme). Die Schwere der Beeinträchtigung in jeder Dimension wird mit einer fünfstufigen Antwortskala (0 = *gar nicht* bis 4 = *extrem*) beurteilt. Diese Punktwerte ergeben summiert den Gesamtwert des BSS. Die Interraterreliabilität des Verfahrens liegt zwischen  $r = .70$  bis  $.99$  (Schepank 1995). Alle Abstufungen werden im Manual mit anschaulichen Beispielen beschrieben, welche in einer Kurzform auch den Therapeuten in der vorliegenden Studie zur Verfügung standen, nicht jedoch den Patienten.

### Direkte Veränderungsmessung

*Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) (Zielke, Kopf-Mehnert 1978)*

Der VEV ist ein Verfahren zur retrospektiven Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Veränderung im Erleben und Verhalten über den Zeitraum einer Therapie. Aus den 42 Items wird ein Gesamtwert gebildet, der Aussagen über die Richtung und Stärke der Veränderung erlaubt. Die Veränderungen können in positive wie negative Richtung erfolgen. Positive Veränderungen stehen für eine Zunahme an Ruhe und Sicherheit, Abnahme an innerer Spannung und mehr Selbstsicherheit und werden von den Testautoren als *Entspannung, Gelassenheit und Optimismus im Erleben und Verhalten* charakterisiert, negative Veränderungen als *Zunahme an Spannung, Unsicherheit und Pessimismus*.

Die siebenstufige Antwortskala differenziert jeweils drei Veränderungsausprägungen (1 bis 3) und eine Nichtveränderung (0). Entsprechend ist es möglich, *Änderung in gleicher Richtung des Items von +1 bis +3* und *Änderung in entgegen gesetzter Richtung des Items von -1 bis -3* zu skalieren. Zur Auswertung werden die 14 negativ formulierten Items umgepolt und alle Items mit Veränderungswerten von 1 bis 7 rekodiert. Das Ausmaß der Veränderung wurde über verschiedene Normstichproben standardisiert und wird auf Prozentniveaus mit Vertrauensintervallen festgelegt. Keine Veränderung liegt vor, wenn der VEV-Wert 168 ausmacht. Über und unter diesem Wert liegen unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalls die kritischen Grenzen für eine positive und negative Veränderung. Diese müssen erreicht werden, um als eine signifikante Veränderung zu gelten. Die Rete-

strelabilität des VEV liegt in einem acht Wochenintervall bei  $r_{tt} = .61$ .

*Veränderungsskala des Psychotherapie-Dokumentationssystems „Psycho-Dok“ (Psycho-Dok V-Skala; Laireiter et al. 1998)*

Dabei handelt es sich um ein qualitatives Instrument, das dazu gedacht ist, Veränderungen durch eine Psychotherapie im Einzelfall zu erfassen und einer gemeinsamen Reflexion zwischen Therapeut und Patient zuzuführen. Es umfasst insgesamt 25 inhaltlich sehr unterschiedliche Items und eines, über das „sonstige Veränderungen“ vom Klienten angegeben werden können. Letzteres wurde hier nicht in die Auswertung aufgenommen. Das Verfahren stellt insofern eine Ergänzung zum VEV dar, als hierdurch auch Bereiche erfasst werden, die im VEV nicht enthalten sind, wie z.B. Veränderungen in sozialen Beziehungen, im Arbeitsbereich, Freizeitverhalten, Lebensfreude, Lebenssinn, Hobbies, Belastungen, Konsum von Medikamenten, Nikotin und Alkohol etc.; zusätzlich wird ein Gesamtmittelwert errechnet. Die genauen Inhalte dieser Skala sind weiter unten in Tabelle 5 dargestellt. Die Skalierung ist siebenstufig und entspricht inhaltlich der des VEV, wobei hier allerdings die Stufen nicht von -3 bis +3 reichen, sondern von 1 (sehr starke Verschlechterung), über 4 (keine Veränderung) bis 7 (sehr starke Verbesserung). Bis jetzt liegt keine Normierung des Verfahrens vor, weshalb die Ergebnisse in den Rohwerten dargestellt und interpretiert werden.

Exploratorische Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation) belegten die Eindimensionalität der Skala. Die interne Konsistenz ist mit  $\alpha = .92$  als ausgezeichnet zu bezeichnen, die part-whole korrigierten Trennschärfen liegen größtenteils im gewünschten mittleren Bereich.

## Statistische Auswertungen

Fehlende Daten reichten von 0.9% (BSS, aktuelle körperliche Beeinträchtigung) bis hin zu 60.2% (Veränderungen im Rauchen von Zigaretten). Die fehlenden Daten wurden mittels regressionsanalytischem Verfahren (Missing Value Analysis nach SPSS) ersetzt. Die für die Auswertung benötigten Variablen wurden vor der Berechnung mit dem Kolmogorov-Smirnov Test mit Lilliefors Korrektur auf Normalverteilung hin geprüft. Die meisten Variablen erwiesen sich dabei als nicht normal verteilt.

Für die Auswertung der *ersten Fragestellung* werden die drei Skalen (*psychische, körperliche und soziale Beeinträchtigungen*) und der Gesamtwert des BSS mit den Rohwertsummen berechnet und die Veränderung über eine Differenzbildung zwischen den beiden Messungen geprüft (Wilcoxon-Tests aufgrund fehlender Normalverteilung und Varianzhomogenität der Werte). Das Ausmaß der Veränderung wurde über Effektstärken nach Cohen (1992) mit der Formel  $d = \frac{M_{TB} - M_{TE}}{SD_{TB}}$  berechnet. Dabei steht  $M_{TB}$  für den Mittelwert der jeweiligen Skala zu Therapiebeginn,  $M_{TE}$  für den Mittelwert zum Therapieende und  $SD_{TB}$  für die Standardabweichung zu Therapiebeginn. Zusätzlich wird geprüft, ob sich die beiden Perspektiven in den Veränderungswerten

unterscheiden (Mann-Whitney-U-Tests aufgrund fehlender Normalverteilung und Varianzhomogenität der Werte).

Für die Auswertung der *zweiten Fragestellung* wird die Stärke der Veränderungen im VEV und der V-Psycho-Dok deskriptiv beschrieben. Die Auswertung der *dritten Fragestellung* erfolgt über einen Vergleich der Ergebnisse des BSS, des VEV und der V-Psycho-Dok zwischen den beiden Gruppen (Abschließer vs. Abbrecher). Hierfür wird aufgrund der Nichterfüllung der Voraussetzung für parametrische Verfahren ebenfalls wieder der Mann-Whitney-U-Test verwendet.

## ERGEBNISSE

### Fragestellung 1

Die Ergebnisse zu dieser Fragestellung (Wirkungsweise existenzanalytischer Psychotherapie auf psychische, körperliche und soziale Beeinträchtigungen) sind für die Therapeuten in Tabelle 2 und für die Patienten in Tabelle 3 dargestellt.

	Prämessung			Postmessung			Z-Wert	p	d
	M	SD	Md	M	SD	Md			
Körperliche Beeinträchtigung	1.60	1.17	1.53	0.56	0.62	0.42	-7.2***	.000	0.89
Psychische Beeinträchtigung	2.57	0.78	2.60	0.88	0.67	0.85	-8.7***	.000	2.16
Sozialkommunikative Beeinträchtigung	2.11	0.82	2.16	0.67	0.67	0.86	-8.6***	.000	1.75
Gesamtbefindlichkeit	6.23	2.12	6.15	2.12	1.49	1.96	-8.8***	.000	1.92

Tab. 2: Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Z-Werte, p-Werte und Effektstärken für die Skalen des BSS vor und nach der Therapie, Therapeuten-Fremdbeurteilung ( $N = 106$ ); Wilcoxon-Test

Anmerkung: Die Werte beziehen sich auf die mittleren Rohwerte der Skalen. Der Median entspricht dem exakten Median. d: Effektstärken nach Cohen (1992);  $d > 0.80$  entsprechen starken/großen Effekten \*\*\* $p \leq .001$ .

	Prämessung			Postmessung			Z-Wert	p	d
	M	SD	Md	M	SD	Md			
Körperliche Beeinträchtigung	1.70	1.27	1.66	0.67	0.73	0.62	-7.0***	.000	0.85
Psychische Beeinträchtigung	2.56	0.97	2.58	0.9	0.66	0.96	-8.5***	.000	1.73
Sozialkommunikative Beeinträchtigung	2.32	1.03	2.38	0.88	0.78	0.82	-7.8***	.000	1.49
Gesamtbefindlichkeit	6.55	2.47	6.34	2.46	1.83	2.42	-8.7***	.000	1.68

Tab. 3: Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, Z-Werte, p-Werte und Effektstärken für die Skalen des BSS vor und nach der Therapie, Patienten-Selbstbeurteilung ( $N = 106$ ); Wilcoxon-Test

Anmerkung: Die Werte beziehen sich auf die mittleren Rohwerte der Skalen. Der Median entspricht dem exakten Median. d: Effektstärken nach Cohen (1992);  $d > 0.80$  entsprechen starken/großen Effekten \*\*\* $p \leq .001$ .

Wie aus den Tabellen ersichtlich, ergaben sich für alle Skalen und für beide Perspektiven jeweils hochsignifikante positive Veränderungen mit hohen bis sehr hohen Effektstärken. Beide Gruppen weisen auch in der Richtung übereinstimmende Beurteilungen auf. Die Veränderungen in der psychischen Beeinträchtigung wurden dabei von beiden als die stärksten eingestuft, gefolgt von der sozial-kommunikativen und der körperlichen, die die geringsten Werte erreichte.

Ein Vergleich der Effektstärken der beiden Beurteilergruppen (Therapeuten, Patienten) lässt höhere Werte bei den Therapeuten erkennen, deren Differenzen bis auf die körperliche Beeinträchtigung auch statistisch signifikant sind. Eine detailliertere Inspektion der einzelnen Werte zeigt, dass Therapeuten und Patienten die Beeinträchtigungen zu Therapiebeginn sehr viel ähnlicher beurteilten als zu Therapieende. Dort gaben die Therapeuten überwiegend geringere Werte an. Entsprechend zeigten sich hier auch zwei weitere signifikante Differenzen in der Einschätzung der beiden Ratergruppen: Die Therapeuten beurteilten ihre Patienten in der „Sozialkommunikative Beeinträchtigung“ zum Therapieende signifikant besser als diese sich selbst ( $Z = -3.1, p = .002$ ), ebenso wie in der Folge in der „Gesamtbbeeinträchtigung“ zum Therapieende ( $Z = -2.2, p = .028$ ).

## Fragestellung 2

Insgesamt wiesen die Auswertungen des VEV (Zielke, Kopf-Mehnert 1978) auf eine sehr hohe subjektiv wahrgenommene Veränderung durch die existenzanalytische Therapie hin. Der Gruppenmittelwert der Veränderung lag bei 232.5 Punkten ( $SD = 34.1$ ;  $Md = 232.7$ ;  $Rg = 166-293$ ), was nach den Normwerten des Tests einer klinisch hochsignifikanten Veränderung entspricht. In Tabelle 4 sind die Häufigkeiten und Prozentwerte der Verbesserungsbereiche, geordnet nach Konfidenzintervallen angegeben.

	n	%
Verbesserung $p \leq .001$ (VEV=200-294)	78	73.6
Verbesserung $p \leq .01$ (VEV=193-199)	4	3.8
Verbesserung $p \leq .05$ (VEV=187-192)	3	2.8
keine Veränderung (VEV=150-186)	11	10.4
Total	96	90.6
Missing	10	9.4
Insgesamt	106	100

Tab. 4: Häufigkeiten und Prozentwerte subjektiv erlebter Veränderungen (VEV;  $N=106$ )

Anmerkung: Die Werte beziehen sich auf den Gesamtwert des VEV.

Es zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten (80.2%) eine klinisch signifikante positive Veränderung erlebte, wobei diese bei den meisten als höchstgradig ( $p \leq .001$ ) einzustufen ist. Nur 10.4% der Patienten berichteten, keine Veränderung erfahren zu haben. Eine negative Veränderung gab keiner der Befragten an; 9.4% machten keine Angaben dazu.

Veränderung in ...	M	SD	Md
Lebensfreude	5.80	1.10	5.96
Wohlbefinden	5.79	1.02	5.93
Selbstwertgefühl	5.71	1.00	5.79
Lebenssinn	5.60	1.13	5.81
Belastungsbewältigung	5.48	1.03	5.76
Stimmung	5.46	1.09	5.65
Zukunftssicht	5.41	1.07	5.82
Beziehung Partner	5.32	1.19	5.07
Verhalten gegenüber andere Menschen	5.30	1.04	5.43
Beziehung Kinder	5.28	1.03	5.30
Beziehung Familie	5.21	1.05	5.07
Hobbies/Interessen	5.15	1.05	5.02
Depressive Stimmung	5.13	1.29	5.28
Beziehung Freunde	5.11	1.16	5.05
Freizeitaktivitäten	5.09	1.19	5.00
Bez. Arbeitskollegen	5.08	1.07	5.01
Beziehung Vorgesetzte	4.97	1.04	4.92
Arbeitsfähigkeit	4.88	1.19	4.98
Körperliche Beschwerden	4.75	1.27	4.89
Aggressive Gefühle	4.75	1.13	4.89
Medikamentenkonsum	4.52	1.34	4.07
Alkoholkonsum	4.37	1.23	4.07
Arztbesuche	4.27	1.05	4.01
Krankschreibungen	4.12	1.03	4.03
Nikotinkonsum	4.07	0.86	4.00
Gesamtveränderung (M)	5.08	0.66	5.09

Tab. 5: Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, subjektiv erlebter Veränderungen (Psycho-Dok, V-Skala;  $N=106$ )

Anmerkung: Mittlere Veränderungswerte, gereiht nach Ausprägung. Der Median entspricht dem exakten Median. Skalenwerte: 1: sehr starke, 2: deutliche, 3 merkliche Verschlechterung; 4: keine Veränderung; 5: merkliche, 6: deutliche, 7: sehr starke Verbesserung

Tabelle 5 gibt einen Einblick in die Veränderungsbeurteilungen mittels Psycho-Dok V-Skala. Hier zeigen sich etwas differenziertere Ergebnisse als bei den beiden zuvor referierten Skalen. Wie ersichtlich erreichten nur stimmungsbezogene und emotionale Variablen (Lebensfreude bis Zukunftssicht in Tabelle 5) deutliche Verbesserungen und die Items ab Beziehung zum Partner bis Reduktion aggressiver Gefühle merkliche Verbesserungen. Vor allem im Bereich von Substanzgebrauch und medizinischen Behandlungen (Medikamentenkonsum bis Nikotinkonsum in Tabelle 5) sahen die Patienten keine Änderungen durch die Psychotherapie bewirkt. Die Gesamtveränderung kann aufgrund dieses Verfahrens als insgesamt „merklich“ oder „etwas“ bezeichnet werden, ist also insgesamt erheblich geringer als mittels VEV erhoben.

## Fragestellung 3

Die letzte Fragestellung behandelt die Unterschiede der Wirkung existenzanalytischer Psychotherapie zwischen

Personen, die eine Therapie erfolgreich abgeschlossen und solchen, die diese frühzeitig abgebrochen haben. Aufgrund fehlender Normalverteilung der Werte wurden für die BSS-Beurteilungen keine zweifaktoriellen ANOVAs mit Messwiederholung gerechnet, sondern es wurden die Effektstärken der Veränderungen für die Therapeuten- und die Patientenbeurteilung miteinander verglichen. Aufgrund fehlender Normalverteilung wurden die Differenzen zwischen beiden Gruppen jeweils mittels Mann-Whitney-U-Tests verglichen. Für den VEV erfolgte eine einfache Gegenüberstellung der Gesamtwerte zwischen beiden Gruppen. Tabelle 6 enthält die Differenzwerte der Therapeuten-Fremdbeurteilungen des BSS, Tabelle 7 die entsprechenden Daten der Patienten-Selbstbeurteilungen. Tabelle 8 zeigt die Differenzen zwischen beiden Gruppen im VEV. Die Ergebnisse zur Psycho-Dok V-Skala werden ohne Tabelle berichtet.

	Abschließer			Abbrecher			d	U-Wert	p
	M	SD	Md	M	SD	Md			
Körperliche Beeinträchtigung	0.94	0.92	0.79	0.76	0.90	0.60	0.20	849.0	.367
Psychische Beeinträchtigung	2.39	0.99	2.37	1.27	1.12	1.19	1.06	460.5***	.000
Sozialkommunikative Beeinträchtigung	1.82	0.90	1.82	1.16	0.90	1.16	0.73	617.5**	.005
Gesamtbeeinträchtigung	2.08	0.92	1.99	1.06	0.85	1.01	0.74	565.0**	.002

Tab. 6: Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, U-Werte, p-Werte für die Effektstärken der Veränderungen der Skalen des BSS getrennt für Abschließer ( $n = 82$ ) und Abbrecher ( $n = 24$ ), Fremdbeurteilung Therapeuten  
Anmerkung: Die Werte repräsentieren Effektstärken der Veränderung der beiden Gruppen, errechnet aus den Therapeutenbeurteilungen zu Beginn und am Ende der Therapie. Der Median entspricht dem exakten Median. d: Effektstärken der Differenzen zwischen beiden Gruppen \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ .

Wie ersichtlich, unterscheiden sich die Effektstärken der Therapeutenratings in zwei der drei BSS-Skalen sowie in der Gesamtskala zwischen Abbrechern und Abschließern höchst signifikant. In allen Fällen wiesen die Abschließer höhere Effektstärken auf als die Abbrecher. Berechnet man aus den Differenzwerten ihrerseits wiederum Effektstärken der Differenzen zwischen beiden Gruppen, so erreichen diese bis auf Skala 1 (körperliche Beeinträchtigung) jeweils hohe Werte. Damit sind die Therapien der regulären Beender in einem hohen Grad effektiver als die der Abbrecher.

Betrachtet man Tabelle 7, so kommt man zu einem ähnlichen Ergebnis. Auch hier unterscheiden sich die Effektstärken im Bereich der körperlichen Beschwerden zwischen beiden Gruppen nicht, in den drei anderen Skalen sind die Differenzen jeweils signifikant. Die Effektstärken der Gruppendifferenzen liegen hier aber, bis auf die für die körperlichen Beschwerden, nur in einem mittleren Bereich und damit deutlich unter denen der Therapeutenbeurteilungen (s. Tabelle 6), wie insgesamt auch hier wieder deutlich wird, dass die Therapeuten den Therapieerfolg ihrer Patienten als deutlich höher einstufen als die Patienten selbst.

	Abschließer			Abbrecher			d	U-Wert	p
	M	SD	Md	M	SD	Md			
Körperliche Beeinträchtigung	0.88	0.86	0.74	0.66	0.92	0.54	0.25	829.0	.291
Psychische Beeinträchtigung	1.82	0.96	1.81	1.12	1.10	1.15	0.62	657.0*	.012
Sozialkommunikative Beeinträchtigung	1.56	1.14	1.61	1.04	1.12	0.83	0.46	652.5*	.011
Gesamtbeeinträchtigung	1.81	0.98	1.75	1.23	1.24	1.08	0.52	678.0*	.024

Tab. 7: Mittelwerte, Standardabweichungen, Mediane, U-Werte, p-Werte für die Effektstärken der Veränderungen der Skalen des BSS getrennt für Abschließer ( $n = 82$ ) und Abbrecher ( $n = 24$ ), Selbstbeurteilung Patienten  
Anmerkung: Die Werte repräsentieren Effektstärken der Veränderung der beiden Gruppen, errechnet aus den Selbstbeurteilungen der Patienten zu Beginn und am Ende der Therapie. Der Median entspricht dem exakten Median. d: Effektstärken der Differenzen zwischen beiden Gruppen \* $p \leq .05$

	Abschließer			Abbrecher			U-Wert	p
	M	SD	Md	M	SD	Md		
VEV Gesamtwert	234.8	31.8	235.5	223.7	36.2	227.3	814.0	.20

Tab. 8: Mittelwerte, Standardabweichungen, exakte Mediane, U-Werte, p-Werte und Effektstärken für den VEV getrennt nach Abschließer ( $n = 82$ ) und Abbrecher ( $n = 24$ )  
Anmerkung: Die Werte repräsentieren Effektstärken der Veränderung der beiden Gruppen, errechnet aus den Selbstbeurteilungen der Patienten zu Beginn und am Ende der Therapie. Der Median entspricht dem exakten Median. d: Effektstärken der Differenzen zwischen beiden Gruppen \* $p \leq .05$

Entgegen den Ergebnissen des BSS zeigt der Vergleich des VEV-Gesamtwerts zwischen Abbrechern und Abschließern keine signifikante Differenz, was bedeutet, dass beide Gruppen aus ihrer retrospektiven Selbsteinschätzung angeben, sich über den Therapiezeitraum hinweg nicht sehr verändert zu haben. Ein ähnliches Ergebnis ist auch für die V-Skala des Psycho-Dok zu berichten. Wenngleich in allen Items die regulären Beender höhere Werte erreichten, erzielten diese nur in folgenden Fällen statistische Signifikanz: „Verbesserung Wohlbefinden“ ( $Z = -2.44$ ;  $p = .02$ ), „Verbesserung Lebensfreude“ ( $Z = -2.51$ ;  $p = .01$ ), „Verbesserung Lebenssinn“ ( $Z = -1.80$ ;  $p = .05$ ) und „Verbesserung Selbstwertgefühl“ ( $Z = -1.91$ ;  $p = .05$ ). Unter Berücksichtigung der Bonferroni-Holm-Korrektur für Mehrfachvergleiche ( $\alpha'(.05) \leq .002$ ; vgl. Holm 1979), verlieren aber auch diese ihre statistische Signifikanz, so dass insgesamt von einer Nulldifferenz zwischen beiden Gruppen in der retrospektiven Veränderungsbeurteilung (VEV, Psycho-Dok V-Skala) auszugehen ist.

## ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie, die quasi-indirekte und direkte Veränderungsmessungen zur Ergebnisevaluierung heranzog, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Übereinstimmend fanden sich aus der Patienten- wie

auch aus der Therapeutenperspektive hohe bis sehr hohe Verbesserungen in der Schwere der körperlichen, psychischen und interpersonalen und der Gesamtbeeinträchtigung der durch die Methode der Existenzanalyse und Logotherapie behandelten Patienten. Die Veränderungen weisen vor allem im psychischen und interpersonalen Bereich sehr hohe Effekte auf, was mit einer hohen klinischen Signifikanz der Veränderungen einhergeht. Dies ist nicht bei den körperlichen Beeinträchtigungen der Fall. Vergleichbar damit beurteilen die Patienten ihre selbst erlebte Veränderung im VEV als zum großen Teil ebenfalls sehr hoch und somit klinisch signifikant. So gab die überwiegende Mehrheit der Probanden (89.6%) an, eine positive Veränderung erlebt zu haben. Entsprechend Zielke und Kopf-Mehnert (1978) sind diese positiven Veränderungen charakteristisch für das Gewinnen von größerer Ruhe und Sicherheit, eine Abnahme der inneren Spannung und ein Zugewinn von mehr Selbstsicherheit. Weitere 10.4% der Personen gaben an, keine Veränderung erlebt zu haben, eine negative Veränderung berichtete niemand.

Kein so positives Ergebnis lieferte die Beurteilung mittels V-Skala von Psycho-Dok: Hier zeigten sich lediglich für die meisten emotionalen und kognitiven Veränderungsgebiete deutliche oder starke Veränderungen, im Bereich der sozialen Beziehungen und in verschiedenen Alltagsfunktionen waren die Veränderungen mittelmäßig ausgeprägt, fehlend waren sie beim Substanzkonsum und den erhobenen medizinischen Variablen. Abbrecher und reguläre Beender unterschieden sich in ihren Effekten vor allem in den Skalen psychische und sozial-kommunikative Beeinträchtigungen, nicht in der Skala körperliche Beeinträchtigung und in den direkt beurteilten Veränderungen.

Die gewonnenen Ergebnisse sind im Einklang mit den in der Einleitung referierten früheren Evaluationsstudien der Existenzanalyse von Längle et al. (2000) und Längle et al. (2005) zu sehen und weisen auf eine sehr positive und hohe Wirkung der Existenzanalyse und Logotherapie hin. Hinsichtlich der Effekte und der wahrgenommenen Veränderungen sind die Ergebnisse auch mit denen anderer Praxisstudien vergleichbar, die ebenfalls Effektstärken von ambulanter Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Störungen auf allgemeine Veränderungskriterien von 1.0 und höher finden konnten (vgl. z.B. Michalak et al. 2003; Schulz et al. 1998). Entsprechend ist auch die Ergebnisqualität dieser Methode, auch unter Einbeziehung der beiden zuvor genannten Studien als hoch zu bezeichnen.

Trotz dieser hohen Positivität, die der Methode der EA/LT aufgrund der vorliegenden Studie zu bescheinigen ist, sind dennoch *in den Ergebnissen selbst einige Widersprüche*, die aufgeklärt werden müssen, wie auch die Studie und deren Anlage selbst aufgrund diverser Probleme zu diskutieren ist. Bei der Diskussion über die Ergebnisse ist festzuhalten, dass die Stichprobe zu Beginn der Therapie sehr hohe Werte in der psychischen, sozial-kommunikativen und Gesamtbeeinträchtigung aufwies, so dass davon auszugehen ist, dass man es hier mit einer klinisch in den genannten Bereichen schwer gestörten Klientel zu tun hatte. Die Mittelwerte lagen zu Therapiebeginn z.T. sogar über der Normstichprobe, die Schepank (1995) im Manual seines Verfahrens anführt. Nicht so hohe Werte wurden für den körperlichen Bereich

gefunden. Daraus ergibt sich bereits eine erste mögliche Erklärung für die scheinbare differenzielle Wirksamkeit des Verfahrens der EA/LT. Diese ist weniger dem Verfahren zuzuschreiben als eher Boden-Decken-Effekten: Niedrigere Ausgangswerte führen zu geringeren Effekten, entsprechend sind die Effektstärken und klinischen Signifikanzen in dieser Dimension auch deutlich geringer. In den Bereichen, in denen hohe Ausgangswerte vorliegen, erbrachten die Therapien einheitlich sehr hohe Effektstärken und resultierten einheitlich auch in eine unauffällige Ausprägung des BSS nach Beendigung der Therapie (was im Übrigen auch auf die körperliche Beeinträchtigungsskala zutrifft). Entsprechend kann man für die psychischen und interpersonalen Veränderungen von einer hohen klinischen Signifikanz ausgehen. Dieser Befund erklärt auch, warum in der Psycho-Dok V-Skala keine Effekte in den medizinischen Variablen gefunden wurden. Die Beeinträchtigung in diesem Bereich war bereits zu Beginn der Therapie relativ gering, so dass daraus auch keine Effekte zu erwarten waren.

Erwartungskonform und mit vielen anderen Studien der Literatur übereinstimmend (Lambert, Ogles 2004) konnte gefunden werden, dass sich Abbrecher und reguläre Abschießer in den erzielten Effekten auch hier z.T. sehr deutlich unterschieden. Dies gilt vor allem für jene Skalen, in denen ausreichende Wirkungsvarianz vorhanden war (psychische, sozial-kommunikative Gesamtbeeinträchtigung). Die fehlenden Differenzen in den körperlichen Beeinträchtigungen sind auch hier vermutlich in erster Linie auf den relativ guten körperlichen Zustand beider Gruppen zu Therapiebeginn zurückzuführen und könnten somit auch die fehlenden Differenzen zwischen beiden Gruppen bei den entsprechenden Variablen der Psycho-Dok V-Skala erklären.

*Zwei Punkte bleiben allerdings offen:* Zum einen der mögliche Widerspruch in den Ergebnissen von VEV und Psycho-Dok V-Skala und zum anderen die fehlenden Differenzen zwischen Abschließern und Abbrechern in diesen beiden Verfahren. Die Widersprüche zwischen VEV und V-Skala von Psycho-Dok dürften höchstwahrscheinlich methodische Gründe haben, denn die Ergebnisse des VEV wurden in Veränderungsnormwerten dargelegt, die der V-Skala in den mittleren Skalenrohwerten. Betrachtet man die VEV-Rohwerte und vergleicht diese mit der V-Skala, so liegen diese in einem fast identischen Wertebereich ( $M = 4.87-5.92$ ), so dass die Unterschiede zwischen beiden Ergebnissen lediglich Artefakte der statistischen Auswertungsmethode darstellen und so zu interpretieren sind, dass auch die Ergebnisse der V-Skala von Psycho-Dok sehr hohe subjektiv wahrgenommene Veränderungen repräsentieren (bis auf die Nicht-Effekte im Bereich des Substanzkonsums und der medizinischen Behandlungsvariablen), die tatsächlich auf eine Nichtveränderung hinweisen dürften.

Sehr schwer hingegen ist der fehlende Unterschied zwischen Abbrechern und regulären Beendern in den beiden Verfahren der direkten Veränderungsmessung zu erklären. Er besagt, dass beide Gruppen der subjektiven Überzeugung sind, sich seit Beginn der Therapie in den erhobenen Variablen stark verbessert zu haben, unabhängig davon, ob sie die Therapie erfolgreich beendet oder frühzeitig abgebrochen haben. Für einen Teil der Abbrecher könnte man sich diesen Umstand dadurch erklären, dass sie in der Folge entweder ei-

nen neuen Therapeuten gesucht oder den alten wieder aufgesucht haben. Dies trifft immerhin auf 10 von 24 Abbrechern, die dazu eine Angabe gemacht haben, zu. Vor allem bei den sieben Patienten, die eine neue Therapie begonnen haben, könnte sich das Befinden so weit verbessert haben, dass man den Ergebnissen Validität zuschreiben kann. Da die „alten“ Therapeuten ja den Zustand ihrer ehemaligen Patienten zu Therapieende zu beurteilen hatten, konnten sie von deren möglicher Veränderung nichts wissen. Eine neuerliche Analyse der Daten ohne diese Patienten erbrachte aber ebenfalls keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen, so dass das Ergebnis, außer über mögliche methodische Probleme (Vergleich zweier sehr unterschiedlich großer Stichproben) nicht erklärt werden kann<sup>1</sup>.

Im Hinblick auf die *methodischen Probleme* der Studie sind folgende Punkte als problematisch festzuhalten: 1. die Retrospektivität des Designs, 2. die fehlende Kontroll- oder Vergleichsgruppe, 3. die ungleich großen Stichproben von Abbrechern und Beendern und 4. das Sampling der Probanden.

Bezogen auf den *ersten Punkt* ist anzuführen, dass es Psychotherapieforscher gibt, die die Validität der Ergebnisse aus retrospektiven Designs grundsätzlich in Frage stellen (vgl. dazu Eysenck 1952; Hill, Lambert 2004). Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass bisher in verschiedenen Studien wiederholt und übereinstimmend gezeigt werden konnte, dass es eine substantielle mittelstarke Korrelation zwischen aktueller und retrospektiver Statusbeurteilung psychischer Zustände zu Beginn einer Therapie und zu deren Ende gibt (Fuchs-Strizek et al. 2011; Stieglitz 1990). Auch die sehr hohen Übereinstimmungen in den Statusbeurteilungen zu Beginn der Therapie zwischen Therapeuten und Patienten sprechen für die Validität dieser Ergebnisse. Für die direkte retrospektive Veränderungsbeurteilung, wie sie im VEV und in der V-Skala realisiert wurden, ist dieses Argument nicht greifend, dass man zwar für weitere Studien durchaus prospektive Studiendesigns fordern sollte, aber die Ergebnisse der vorliegenden Studie durch das retrospektive Erhebungsdesign nicht wirklich in Frage zu stellen sind.

Der *zweite Punkt* ist zumindest bezogen auf die Interpretation der Ergebnisse substantieller, denn das Fehlen einer Vergleichs- oder Kontrollgruppe lässt Zweifel offen, ob die Ergebnisse in der Tat der Intervention zuzuschreiben sind, oder ob nicht auch die Spontanremission dazu beigetragen haben könnte (Baumann, Reinecker-Hecht 2011; Eysenck 1952). Diesem Argument können aber die hohe Effektstärken der Veränderungen im BSS entgegen gehalten werden, die über Spontanremissionen kaum zu erzielen sind (Lambert, Ogles 2004). Zudem werden vor allem in der Praxisforschung und zu Gründen der Überprüfung der Ergebnisqualität und deren Sicherung heute auch Eingruppen-Designs ohne Kontrollgruppen als adäquat anerkannt (Baumann, Reinecker-Hecht 2011; Schulz et al. 1998). Entgegenzuhalten ist diesem Argument, dass in der Studie über die systematische (wenngleich numerisch auch geringen) Einbezie-

hung von Abbrechern eine Art Kontrollgruppe enthalten ist. Damit ist die interne Validität der Studie auch bis zu einem gewissen Grad gegeben. Dennoch sollte dieses Argument ernst genommen werden. Denn wenngleich die Ergebnisse für eine hohe Wirksamkeit der EA/LT (vor allem bei regulären Beendern) sprechen, so sollten sie doch auch in Vergleich zur Ergebnisqualität anderer Methoden gesetzt werden, weshalb es auch aus Sicht der Praxisforschung und der Qualitätssicherung notwendig erscheint, zukünftige Studien unter Einbeziehung von Vergleichs- oder Kontrollgruppen durchzuführen.

Als ein weiteres Problem der Studie ist als *dritter Punkt* die Stichprobengröße, vor allem die der Abbrecher, zu sehen. Positiv ist zwar anzumerken, dass in die Studie Abbrecher überhaupt einbezogen worden sind und dabei eine Art Kontroll- oder Vergleichsgruppe repräsentieren. Dennoch wäre es notwendig gewesen, diese Gruppe zahlenmäßig zu verstärken, um damit auch eine vergleichbare Größe zustande zu bringen.

Ein viel größeres Problem ist aus methodischer Perspektive jedoch im *vierten Punkt*, dem Samplingvorgehen zu sehen. Wie eingangs berichtet, wurden die Patienten über die Therapeuten rekrutiert, indem zuerst die Therapeuten angeschrieben und um ihre Mitarbeit gebeten wurden, die dann wiederum ihrerseits einige ihrer Patienten um Teilnahme an der Studie baten. Ein derartiges Vorgehen ist für praxisbezogene Feldstudien oft unausweichlich (Fuchs-Strizek et al. 2011) und die einzige Möglichkeit in ethisch vertretbarer Weise an reale Patienten zu kommen. Allerdings birgt dies eine Reihe von Problemen und Risiken, insbesondere das Risiko von Stichprobenselektionseffekten, die nur schwer zu kontrollieren sind. So wäre zu vermuten, dass die Therapeuten zu der Studie vor allem solche Patienten einluden, die ihnen selbst als erfolgreich behandelt erschienen, ebenso wie sich möglicherweise dann auch solche Patienten besonders gerne zur Mitarbeit bereit erklärten, so dass dadurch die Ergebnisse verzerrt werden konnten. Diesem Problem versuchte man in der vorliegenden Studie dadurch zu begegnen, dass man auch Abbrecher einbezog und die Effekte im ersten Schritt über beide Gruppen berechnete, Absolvierer und Abbrecher. Dies erschien uns als die einzige Möglichkeit, dieses Problem auf vernünftige Weise zu kontrollieren.

Zudem haben an der Untersuchung nur rund ein Viertel der angeschriebenen Therapeuten teilgenommen, was nur einen kleinen Teil der Gesamtpopulation der EA-Therapeuten ausmacht. Auch hier könnte man mutmaßen, dass gerade die motivierteren und engagierteren, die auch – wie die Therapieforschung zeigt – bessere Therapieergebnisse erzielen (Beutler et al. 2004) an der Studie teilnahmen, so dass die Generalisierbarkeit auf das Gesamt der Existenzanalyse als schwierig zu bewerten ist. Allerdings ist die Motivierung von Psychotherapeuten und deren Bereitschaft an Praxisstudien teilzunehmen eine allseits und sattsam bekannte Problematik dieses Studienansatzes. Für zukünftige Studien sollte man daher versuchen, durch Setzen entspre-

<sup>1</sup> *Anmerkung der Redaktion:* Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied könnte man in dem als „Rechtfertigung des Aufwandes“ bekannten Mechanismus sehen, in dem Sinn, dass Therapieabbrecher den positiven Gewinn einer Therapie in einer retrospektiven Veränderungseinschätzung subjektiv überschätzen, quasi um die getroffene Entscheidung zum Therapieabbruch vor sich zu rechtfertigen, während sie bei der rückblickenden Einschätzung der Symptomatik deutlich realistischer sind.

chender Anreize, die Gruppe der Therapeuten breiter in derartigen Studien einzubeziehen.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der vorliegenden Studie als ein weiterer Beleg für die Wirksamkeit der EA/LT in der Alltagsversorgung (effectiveness, Phase-IV-Forschung; Baumann, Reinecker-Hecht 2011; Hoyer, Uhmman 2008; Seligman 1995) angesehen werden können. Dennoch sollten ausgehend von diesen positiven Ergebnissen weiterführende Studien durchgeführt werden, die versuchen sollten, einen noch größeren Umfang an Patienten und Therapeuten einzubeziehen, eine ggf. noch größere Abbrechergruppe zu rekrutieren und auch echte Vergleichs- und Kontrollgruppen mit einzubeziehen. Auch erschiene es spannend, der Einschätzung der Therapeuten eine weitere Fremdbeurteilung aus dem Umfeld der Klienten zur Seite zu stellen, um die Validität der Befunde noch breiter abzusichern (zur Problematik des Vergleichs von Selbst- und Fremdbeurteilung siehe Funder, Colvin 1997). Außerdem wäre es noch sehr interessant genauer zu untersuchen, bei welchen Störungsgruppen die existenzanalytische Psychotherapie besonders gute Wirkungen erzielt. Dafür müssten in jeder Störungsgruppe natürlich ausreichend viele Versuchspersonen vorhanden sein, was bei der vorliegenden Studie leider nicht der Fall war, so dass keine störungsbezogenen Vergleiche durchgeführt werden konnten. Auch die Dauerhaftigkeit der Veränderungen wäre ein weiteres wichtiges Thema (Baumann, Reinecker-Hecht 2011). Dies würde bedeuten, dass zusätzliche Katamnese- oder Follow-up-Untersuchungen durchzuführen wären.

#### Literatur

- Baumann U, Reinecker-Hecht C (2011) Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In: Perrez M & Baumann U (Hg) Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Huber Verlag, 378-397
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E (2004) Therapist variables. In: Lambert MJ (Ed) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley, 227-305, 5<sup>o</sup>
- Cohen J (1992) A power primer. Psychological Bulletin, 112, 155-159
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of Consulting Psychology, 16, 319-324
- Funder DC, Colvin CR (1997) Congruence of others' and self-judgments of personality. In: Hogan R, Johnson J, & Briggs S (Ed) Handbook of personality psychology. San Diego: Academic Press, 617-647
- Fuchs-Strizek R, Laireiter AR, Baumann U, Hessler E (2011) Retrospektives Katamnese-Design in der psychotherapeutischen Praxisforschung – Kriterien und Anwendung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie PPM, 61, 262-268
- Hill CE, Lambert MJ (2004) Methodological Issues in studying psychotherapy process and outcomes. In: Lambert MJ (Ed) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley, 84-135, 5<sup>o</sup>
- Holm S (1979) A simple sequentially rejective multiple test procedure. Scandinavian Journal of Statistics, 6, 65-70
- Hoyer J, Uhmman S (2008) Therapieevaluation. Klinische Diagnostik und Evaluation, 1, 84-106
- Laireiter AR, Mitterhuemer J (2011) Die Beurteilung von Familienaufstellungen. – Eine Konsumenten-Studie. Psychologie in Österreich 2, 3, 136-147
- Laireiter AR, Lettner K, Baumann U (1998) PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag
- Laireiter AR, Schirl C, Kimeswenger I, Längle A, Sauer J (2000) Zufrie-

- denheit mit Existenzanalyse. Ergebnisse einer katamnestischen Feldstudie zur Patientenbeurteilung von existenzanalytisch-logotherapeutischer Psychotherapie. Existenzanalyse 17, 40-50
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and the effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Ed) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley, 139-193, 5<sup>o</sup>
- Längle A, Görtz A, Probst C, Probst M, Lopatka C, Kubin M, Steinert K (2005) Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie: ein Projektbericht zur Existenzanalyse. Psychotherapieforum 12, 54-60
- Längle A, Görtz A, Rauch J, Jarosik H, Haller R (2000) Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse: Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. Existenzanalyse 17, 17-29
- Michalak J, Kosfelder J, Meyer F, Schulte D (2003) Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 32, 94-103
- Schepank H (1995) Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe.
- Schirl CF, Kimeswenger I P (1999) Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie. Eine katamnestische Feldstudie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Paris-Lodron-Universität, Salzburg
- Schulz W, Hoyer H, Hahlweg K (1998) Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie: Erste Ergebnisse einer Evaluierung der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Technischen Universität Braunschweig. In: Laireiter AR, Vogel H (Hg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag, 135-156
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. American Psychologist 50, 965-974
- Stieglitz RD (1990) Validitätsstudien zum retrospektiven Vortest in der Therapieevaluation. Zeitschrift für Klinische Psychologie 19, 144-150
- Stieglitz RD, Baumann U (2001) Veränderungsmessung. In: Stieglitz RD, Baumann U, Freyberger HJ (Hg) Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 21-38
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Weinheim: Beltz

#### Anschrift der Verfasser:

A.O. UNIV. PROF. DR. ANTON-RUPERT LAIREITER  
 Fachbereich Psychologie  
 Universität Salzburg  
 Hellbrunnerstraße 34  
 A-5020 Salzburg  
 anton.laireiter@sbg.ac.at