

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/319564884>

Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie: Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs

Article in *Psychotherapeut* · September 2017

DOI: 10.1007/s00278-017-0230-8

CITATIONS

0

READS

469

3 authors:



Christian Sell

Universität Kassel

19 PUBLICATIONS 18 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Heidi Möller

Universität Kassel

236 PUBLICATIONS 340 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Svenja Taubner

Universität Heidelberg

142 PUBLICATIONS 826 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Psychoanalytic Epistemology [View project](#)



In-session behavior of Unresolved/disorganized patients in psychotherapy [View project](#)



Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie

Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs

Die Wirksamkeit tiefenpsychologischer Therapien kann für eine Vielzahl von Settings als gut belegt angesehen werden. Allerdings findet sich unter der Oberbezeichnung Tiefenpsychologie eine Reihe von Therapieformen, die sich zwar als „psychoanalytisch begründet“ verstehen lassen, die jedoch handlungstechnische Besonderheiten aufweisen, deren Bedeutung für das Therapieergebnis noch weitgehend unverstanden ist. Hierzu gehören solche integrativen Psychotherapiemethoden, die systematisch auf begleitete Imagination und Trancen zurückgreifen. Zwei solche Methoden, Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) und Hypnosepsychotherapie (HY), sollen im Folgenden untersucht werden.

Hintergrund

Die KIP und die HY zählen zu den staatlich anerkannten wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in Österreich. Laut dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit sind sie den Methoden mit psychodynamisch-tiefenpsychologischer Orientierung zuzuordnen. Derzeit sind 480 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Bundesministerium für Gesundheit mit der Zusatzbezeichnung KIP eingetragen und 99 mit HY als Zusatzbezeichnung. Daneben arbeitet eine größere Anzahl von Therapeuten mit KIP bzw. HY

als Zweitverfahren. Beide Methoden werden in Österreich seit 1969 durch die *Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie* (ÖGATAP) vertreten und gelehrt. Die KIP, bzw. katathymes Bilderleben als therapeutische Technik, wird in der Schweiz (57 aktive Therapeuten), in Deutschland (253 aktive Therapeuten) sowie in Russland, der Ukraine, Weißrussland und Kasachstan (zusammen 285 aktive Therapeuten) ebenfalls gelehrt und findet stationär sowie ambulant Anwendung – in Deutschland als Methode im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapien. Die für die Hypnosepsychotherapie charakteristische Integration von Hypnoanalyse und neueren Ansätzen findet sich als eigenständige Methode aktuell nur in Österreich. In Deutschland (175 aktive Therapeuten) und der Schweiz (150 aktive Therapeuten) wird Hypnosepsychotherapie als Weiterbildung angeboten. Darüber hinaus sind weitere Formen der Integration von hypnotischen Techniken und Psychotherapie international verbreitet, mit 3168 Psychotherapeuten innerhalb der *European Society of Hypnosis* (ESH).

Pichler (2011, S. 109) definiert die KIP als „eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapiemethode, bei der Imaginationen einen zentralen Stellenwert im therapeutischen Geschehen einnehmen“. Das technische Vorgehen in der Behandlung basiert maßgeblich auf den Arbeiten Hanscarl Leuners zum katathymen Bil-

derleben. Dieter (2001, S. 15) fasst es wie folgt zusammen: „In einem leichten Entspannungszustand wird der Patient zu Imaginationen (Tagträumen) angeregt, die dem Therapeuten unmittelbar berichtet werden und die zum Gegenstand einer dialogischen Untersuchung, Erforschung und Intervention werden“. Eine Behandlung im Rahmen der KIP besteht charakteristischerweise zum einen aus Stunden, in denen Imaginationen zu vorgegebenen Motiven stattfinden („Erlebensraum“; Kottje-Birnbacher 1992), und zum anderen aus Stunden, in denen die Imaginationen therapeutisch aufgearbeitet werden sollen („Verarbeitungsraum“; Kottje-Birnbacher 1992). Diese Nachbereitung soll sich an psychodynamischen Grundprinzipien orientieren, also die Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand umfassen (Pichler 2011). Es liegen bislang 2 prospektive Wirksamkeitsstudien zur KIP vor: Wietersheim et al. (2003) fanden in einer deutschen Stichprobe mittlere bis große Effekte in Bezug auf die störungsspezifische Symptombelastung ($0,44 \leq d \leq 0,84$) und die Lebenszufriedenheit ($d = 0,97$). Sachsse et al. (2016) konnten, ebenfalls in Deutschland, für die allgemeine Symptombelastung sogar sehr große Effekte ($d = 1,41$) messen. Die bisherigen Forschungsergebnisse zur Prozessforschung bei der KIP wurden von Stigler und Pokorny (2012) zusammengetragen. Es existieren eine Reihe detaillierter Einzelfallstudien und einige Untersuchungen zu speziellen Störungs-

bildern, wobei sich Letztere jedoch v. a. auf kürzere Behandlungen von weniger als 25 Stunden beziehen.

Analog zur KIP beschreibt Kanitschar (2009, S. 1) die HY ebenfalls als ein „integratives tiefenpsychologisches Verfahren“. Dies wird erläutert als eine Methode, die ebenfalls in der therapeutischen Arbeit psychodynamischen Grundannahmen verpflichtet ist, in der aber dennoch „alle bekannten Anwendungsformen und Techniken psychotherapeutischer Hypnose Platz haben“ (Kanitschar 2009, S. 1). Es sollen demnach auch solche hypnotherapeutischen Techniken integriert werden, die nicht genuin tiefenpsychologisch sind. Der historischen Entwicklung nach fußt das Verfahren auf der tiefenpsychologischen Hypnoanalyse nach Watkins und Fromm (1992) und wurde später durch ericksonsche, hypnosystemische und hypnobehaviorale Ansätze ergänzt. In Unterscheidung zur weiter verbreiteten Hypnotherapie nach Milton Erickson (Erickson und Rossi 1981) versucht die HY also Techniken aus verschiedenen hypnosetherapeutischen Traditionen mit einer explizit tiefenpsychologischen Grundhaltung zu verbinden. Die systematische Induktion von und Arbeit mit hypnotischen Trancen beim Patienten – verstanden als entspannte Wachzustände, die sich u. a. durch eine auf wenige Inhalte fokussierte Aufmerksamkeit und eine erhöhte Suggestibilität auszeichnen – stellt ein zentrales Element dar (Harrer 2008). Nach einer „Anfangsphase“, in der neben der Diagnose- und Indikationsstellung v. a. die hypnotischen Fähigkeiten des Patienten erarbeitet werden, stellt die eigentliche „Arbeitsphase“ der Therapie auf 3 „Interventionsmodi“ ab: die Aktualisierung und den Aufbau von Ressourcen, Konfliktbearbeitung und korrigierende emotionale Erfahrung sowie Zukunfts- und Lösungsorientierung (Kanitschar 2009). Zur Hypnose als psychotherapeutische Methode im Sinne der Hypnotherapie allgemein liegt eine Reihe von kontrollierten Untersuchungen vor. Wie Revenstorf (2006) zeigt, liefern diese Studien Belege für eine gute bis sehr gute Wirksamkeit des Verfahrens, v. a. bei Angst-, Schmerz- und Suchterkrankungen. Für die HY – als integrative

hypnotherapeutische Methode – wurden hingegen bislang keine systematischen Untersuchungen berichtet.

Zur Frage nach Prädiktoren des Behandlungserfolgs oder besonders geeigneten Gruppen von Patienten liegen sowohl zu KIP als auch zu HY konzeptuelle, oft auf Einzelfallanalysen basierte, Arbeiten vor. Ein prominenter Fokus in beiden Verfahren ist die These, dass die Arbeit mit Imaginationen und Trancen einen wichtigen Wirkfaktor darstellt. Stigler und Pokorny (2001) konnten anhand einer inhaltsanalytischen Untersuchung des in einer KIP-Therapie verwendeten Vokabulars zeigen, dass während der Imaginationen mehr und deutlich positivere Emotionen aktiviert sind als in den anderen Sitzungsphasen. Weiterhin erscheinen Therapeut und Patient während der Imaginationen empathischer und kongruenter auf einander eingestimmt. Diese Arbeit mit Imaginationen oder Trancen wird von einigen Autotoren in engem Zusammenhang mit Prozessen der Symbolisierung und Mentalisierung gesehen. Pichler (2011, S. 113) etwa schreibt, dass „[d]urch die Imaginationen ... eine Umsetzung unbewusster oder vorbewusster Inhalte in ‚innere Bilder‘ ermöglicht“ wird, die dann in einem weiteren Schritt verstanden und bearbeitet werden können. Dies wird ebenfalls durch empirische Befunde aus der Prozessforschung gestützt: Pokorny und Stiegler (2006) konnten in einer späteren Studie anhand einer Cluster-Analyse zeigen, dass die Eigenschaften der in der KIP imaginierten Objekte im Zusammenhang stehen mit jenen der realen Beziehungspersonen, über die die Patienten im Verarbeitungsraum sprechen. Diesen Prozess der Symbolisierung von psychischen Inhalten stellt Dieter (2001) in den Kontext der Forschung zur Mentalisierungstheorie. Diese legt nahe, dass die Fähigkeit, mit Symbolen zu arbeiten, zusammenhängt mit der Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, eigene und fremde Gefühle zu erleben und über ihre Bedeutung nachzudenken (Allen et al. 2011). Bislang liegen jedoch keine empirischen Befunde darüber vor, inwiefern diese Disposition tatsächlich einen positiven Einfluss auf das Ergebnis einer KIP- oder HY-Behandlung hat.

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

Naturalistische Längsschnittstudie

Forschungsfragen und Hypothesen

Die vorliegende Analyse bezieht sich auf die ersten 3 von insgesamt 6 geplanten Messzeitpunkten einer auf 30 Monate angelegten Studie. In dieser werden KIP- und HY-Behandlungen anhand einer ambulanten Stichprobe unter naturalistischen Bedingungen in Österreich untersucht.¹ Im Folgenden beziehen sich die Forschungsfragen auf die Veränderungen innerhalb des ersten Jahres von längerfristig angelegten Behandlungen. Es werden die Eingangsmessung bei Therapiebeginn sowie die Verlaufsmessungen nach 6 Monaten und nach 12 Monaten herangezogen.

Im Anschluss an eine Prüfung der Zusammensetzung der Stichprobe und

¹ Eine ursprünglich in diesem Rahmen ebenfalls geplante Untersuchung der Wirksamkeit der Autogenen Psychotherapie (ATP) konnte aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht realisiert werden.

C. Sell · H. Möller · S. Taubner

Katathym Imaginative Psychotherapie und Hypnosepsychotherapie. Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Wirksamkeit tiefenpsychologischer Therapie ist allgemein gut belegt, allerdings ist bislang wenig über die spezifische Wirksamkeit von integrativen Psychotherapiemethoden bekannt, die sich im Rahmen tiefenpsychologischer Behandlungen Techniken der begleiteten Imagination und der hypnotischer Trancen bedienen.

Ziel der Arbeit. In einer prospektiven naturalistischen Längsschnittstudie wurden die integrativen tiefenpsychologischen Psychotherapiemethoden Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) und Hypnosepsychotherapie (HY) in Bezug auf Symptomreduktion und Prädiktoren des Behandlungserfolgs untersucht.

Material und Methoden. Die Stichprobe umfasste zu Beginn (T1) 300, nach 6 Monaten (T2) 183 und nach 1 Jahr (T3) 150 ambulante

Patienten aus der österreichischen Gesundheitsversorgung. Die Symptombelastung wurde mithilfe des Brief Symptom Inventory (BSI) gemessen, als mögliche Prädiktoren des Behandlungserfolgs wurden Psychological Mindedness (Psychological Mindedness Scale, PMS-D) und die Ausprägung pathologischer Persönlichkeitszüge (Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen, ADP-IV) erhoben.

Ergebnisse. Es zeigte sich eine Verringerung der Symptombelastung über die 3 Messzeitpunkte hinweg ($d = 0,58$). 32 % der Patienten verbesserten sich klinisch signifikant von T1 zu T3. Zwischen KIP und HY fanden sich keine signifikanten Unterschiede im Ausmaß der Symptomreduktion. Psychological Mindedness und pathologische Persönlichkeitszüge konnten als Moderatoren identifiziert werden.

Je höher die Psychological Mindedness der Patienten, desto stärker ihre Symptomreduktion. Je stärker die Persönlichkeitspathologie, desto geringer die Symptomreduktion.

Schlussfolgerung. Für KIP und HY wurde eine Symptomreduktion nach einem Jahr Behandlung gefunden, knapp ein Drittel der Patienten zeigte eine klinisch bedeutsame Verbesserung. Psychological Mindedness erwies sich als prognostisch günstig, ein hohes Ausmaß an pathologischen Persönlichkeitszügen als prognostisch ungünstig.

Schlüsselwörter

Trance · Imagination · Wirksamkeitsforschung · Psychological Mindedness · Persönlichkeitsstörungen · Katathym Imaginative Psychotherapie · Hypnosepsychotherapie

Guided Imagery Psychotherapy and Hypnotherapy. Symptom reduction and predictors of treatment success

Abstract

Background. Although the effectiveness of psychodynamic therapy in general is well documented, little is known about the specific effectiveness of integrative forms of psychodynamic therapy, which utilize guided imagination and induction of hypnotic trances.

Aim. In a prospective naturalistic longitudinal study, the integrative psychodynamic therapies guided imagery psychotherapy (GIP) and hypnotherapy (HY) were investigated with respect to symptom reduction and predictors of treatment success.

Material and methods. The sample consisted of 300 outpatients at the beginning (T1), 183 outpatients after 6 months (T2) and 150 outpatients after 1 year (T3). The sample was recruited within the Austrian health care

system. Symptom distress was measured with the Brief Symptom Inventory (BSI). As possible predictors of treatment success psychological mindedness (Psychological Mindedness Scale, PMS-D) and the presence of pathological personality traits (Assessment of DSM-IV Personality Disorders, ADP-IV) were assessed.

Results. A significant decrease in symptom distress was found over the course of 1 year ($d = 0.58$) and 32% of patients showed clinically significant improvement from T1 to T3. There were no significant differences in effectiveness of symptom reduction between GIP and HY. Psychological Mindedness and pathological personality traits were identified as moderators. Patients with higher psychological mindedness showed more improvement with respect to symptom

distress. Patients with more pathological personality traits showed less improvement.

Conclusion. After 1 year of treatment a reduction of symptom distress was found for GIP as well as for HY. Approximately one third of the patients showed clinically significant improvement. High levels of psychological mindedness were found to be associated with positive improvement, as were low levels of pathological personality traits.

Keywords

Trance · Imagery · Effectiveness research · Psychological mindedness · Personality disorders · Guided Imagery Psychotherapy · Hypnotherapy

deren Belastung zu Therapiebeginn (im Vergleich zur österreichischen Allgemeinbevölkerung) wird zunächst die Hypothese geprüft, dass sich die Symptombelastung der Patienten ein Jahr nach Beginn der Behandlung in KIP oder HY statistisch und klinisch signifikant verbessert (*Hypothese 1*). Diese Hypothese knüpft an die bisherige Be-

fundlage in Bezug auf die Wirksamkeit von tiefenpsychologischen Verfahren an. Da es sich bei beiden Therapieformen gleichermaßen um integrative tiefenpsychologisch fundierte Therapien handelt, wird außerdem vorhergesagt, dass sich KIP und HY im Ausmaß der Symptomreduktion nicht unterscheiden (*Hypothese 2*).

Weiterhin geht es darum, mögliche Prädiktoren dafür zu identifizieren, in welchem Ausmaß Patienten von der Therapie profitieren. In den konzeptuellen Arbeiten zu beiden Verfahren und auch in den Ergebnissen der KIP-Prozessforschung wird als spezifische Besonderheit im therapeutischen Vorgehen der explizite Fokus auf Prozesse der Symbolisie-

rung und der Mentalisierung deutlich. Das Konzept der Psychological Mindedness (McCallum und Piper 1996) wurde vorgeschlagen, um die Bereitschaft, Gefühle zuzulassen sowie über eigene und fremde Gedanken und Gefühle nachzudenken, auf den Begriff zu bringen. Mit Allen et al. (2011, S. 91) verstehen wir Psychological Mindedness als „Mentalisierungsfähigkeit oder ... Disposition zu mentalisieren“. Aufgrund des spezifischen Fokus beider Methoden auf Symbolisierungs- und Mentalisierungsprozesse wird also vorhergesagt, dass Psychological Mindedness in einem positiven Zusammenhang steht mit dem Ausmaß der Symptomreduktion (*Hypothese 3*). Zur Frage nach den Auswirkungen von pathologischen Persönlichkeitszügen lassen bisherige Forschungsergebnisse vermuten, dass Patienten mit starken strukturellen Defiziten deutlich langsamer von der Behandlung profitieren werden. Es wurde daher die Hypothese formuliert, dass das Ausmaß pathologischer Persönlichkeitszüge – innerhalb der betrachteten 12 Monate – in negativem Zusammenhang mit der therapeutischen Veränderung steht (*Hypothese 4*). Für die Hypothesen 3 und 4 wird angenommen, dass beide Variablen jeweils einen Effekt auf die Symptomveränderung haben, auch wenn für den Effekt der jeweils anderen Variable kontrolliert wird.

Methodik

Untersuchungsverlauf und Einschlusskriterien

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte in Kooperation mit der ÖGATAP sowie niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich. Insgesamt konnten 72 Studientherapeutinnen und -therapeuten (51 für KIP und 21 für HY) gewonnen werden, um Patientinnen und Patienten für die Studie zu

rekrutieren.² Während der einjährigen Rekrutierungsphase wurden Patienten, die eine neue Therapie begannen, von ihrem Therapeuten auf die Studie angesprochen, ausführlich aufgeklärt und erhielten einen Eingangsfragebogen. Ihre Entscheidung für oder gegen die Teilnahme an der Studie teilten die Patienten direkt der Studienleitung mit; den Therapeuten war nicht bekannt, ob sich ein Patient für oder gegen die Teilnahme entschieden hatte. Jene Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, erhielten jeweils nach 6 Monaten und erneut nach einem Jahr Studiendauer einen Verlaufsfragebogen per Post von der Studienleitung zugesandt. Die Rücksendung erfolgte in beiden Fällen im verschlossenen Umschlag an die Studienleitung, ohne Umweg über die Psychotherapeuten. Nach Abschluss einer Behandlung erhielt der entsprechende Studientherapeut einen Fragebogen zu den eingesetzten therapeutischen Interventionen und Techniken.

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsversorgung werden KIP und HY mit variabler Sitzungsanzahl eingesetzt, einschließlich Kurzzeit- (<25 Sitzungen) und Langzeittherapien (>50 Sitzungen). Die mittlere Behandlungsdauer beträgt laut der Selbstauskunft der Fachgesellschaft für beide Verfahren ca. 50 Sitzungen. Die Stundenfrequenz umfasst eine Sitzung/Woche, kann aber im Bedarfsfall sowohl verringert als auch auf 2-mal/Woche gesteigert werden.

Neben der informierten Einwilligung der Patienten waren die Einschlusskriterien wie folgt: Alter zwischen 18 und 65 Jahren, und gemäß dem diagnostischen Urteil der behandelnden Therapeuten sollte keine psychotische Erkrankung, keine Suchterkrankung und keine schwere neurologische Erkrankung im Vordergrund stehen. Eine F-Diagnose

² Da bei der Planung der Studie nicht abschätzbar war, welche Studientherapeuten wie viele Patienten rekrutieren können würden, wurde für beide Verfahren versucht, so viele Studientherapeuten wie möglich zu gewinnen. Die letztlich sehr unterschiedliche Therapeutenanzahl in beiden Verfahren spiegelt wider, dass in der österreichischen Versorgung deutlich mehr KIP-Therapeuten als HY-Therapeuten arbeiten (s. Abschn. „Hintergrund“).

nach ICD-10³ (Therapeutenurteil) und ausreichende Deutschkenntnisse zum Verständnis der Fragebogen mussten gegeben sein. Als wichtige Besonderheit in Österreich ist zu nennen, dass Psychotherapien über eine Mischung aus Privatzahlungen (bei Bezuschussung durch die gesetzliche Krankenversicherung [GKV] in Höhe von 21,80 €/Therapiestunde), privaten Zusatzversicherungen und einem festen pro Bundesland begrenzten Kontingent an GKV-finanzierten Therapiestunden finanziert werden (vgl. Dittrich 2012). Es ist daher zu erwarten, dass die Stichprobe – im Vergleich etwa zu Studien in Deutschland – in Richtung eines höheren sozioökonomischen Status verschoben sein wird.

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

Messinstrumente

Brief Symptom Inventory. Das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke 2000) ist ein Selbsteinschätzungsinstrument für Patienten, mit dem die aktuell wahrgenommene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Beschwerden gemessen wird (Itembeispiel: „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Verletzlichkeit in Gefühlsdingen?“). Es handelt sich um die Kurzform der weit verbreiteten Symptom-Checkliste-90-R. Anhand von 53 fünfstufig skalierten Items (Range: 0 bis

³ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe.

4) werden Beschwerden aufgrund von Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, sozialer Unsicherheit, paranoidem Denken und Psychotizismus erfasst. Als globales Maß für die Symptombelastung wurde der Global Severity Index (GSI) als arithmetisches Mittel der Einzelitems berechnet. Die Validität des BSI, auch hinsichtlich der Korrespondenz zur etablierten Langform, kann insgesamt als gut angesehen werden (Franke 2000). In den vorliegenden Messungen ergaben sich für die interne Konsistenz sehr gute Werte: Cronbachs $\alpha_{T1} = 0,97$, Cronbachs $\alpha_{T2} = 0,97$, Cronbachs $\alpha_{T3} = 0,98$. Zur Definition von klinischen und nicht-klinischen Wertebereichen wurden die folgenden Stichproben herangezogen: Im Testmanual wird eine deutsche Stichprobe von 600 Erwachsenen beschrieben, die sich selbst als weder körperlich noch psychisch krank bezeichneten – diese wurde hier als nichtklinische Normstichprobe verwendet. Der mittlere GSI betrug 0,31 (SD \pm 0,23). Für die klinische Normstichprobe wurde anstatt der im Manual beschriebenen US-amerikanischen Stichprobe ambulanter Psychatriepatienten eine neuere deutsche Stichprobe von Geisheim et al. (2002) verwendet. Diese umfasst 1252 ambulante Psychotherapiepatienten, für die ein mittlerer GSI von 1,14 (SD \pm 0,67) berichtet wird.

Psychological Mindedness Scale. Die Psychological Mindedness Scale (PMS-D; Conte et al. 1996) enthält 45 vierstufige Items (Range: 1 bis 4) zur Erfassung der Psychological Mindedness. Sie erfragen, inwiefern jemand über sich selbst in psychologischen Kategorien nachdenkt, Interesse am eigenen Seelenleben und dem anderer Menschen hat sowie eigenes und fremdes Verhalten auf psychische Zustände zurückführt (Itembeispiel: „Ich bin neugierig, aus welchen Gründen Menschen sich so verhalten, wie sie es tun“). Als globaler Kennwert für das Ausmaß der Psychological Mindedness wurde der Mittelwert aus den Werten der (z. T. revers codierten) Einzelitems berechnet. In der Literatur finden sich Hinweise auf eine zufriedenstellende divergente und konvergente

Konstruktvalidität der PMS (Conte et al. 1996). Die interne Konsistenz der Skala im vorliegenden Datensatz ist gut: Cronbachs $\alpha = 0,86$.

Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen. Der Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (Assessment of DSM-IV Personality Disorders, ADP-IV; Doering et al. 2007) erhebt und unterscheidet Persönlichkeitsstörungen gemäß der Klassifikation des DSM-IV-TR⁴ anhand von 94 Items (Itembeispiel: „Es ist typisch für mich, dass ich andere auf sexuell verführerische oder herausfordernde Weise für mich zu gewinnen versuche.“). Der Patient gibt bei jedem Item zunächst auf einer 7-stufigen „Trait“-Skala an, inwieweit ein bestimmtes Persönlichkeitsmerkmal auf ihn zutrifft. Bei einem Wert ≥ 5 wird zusätzlich auf einer 3-stufigen Skala ein „distress rating“ erfragt, also inwieweit durch dieses Merkmal bereits Leid oder Schaden für den Patienten oder andere entstanden ist. Das ADP-IV bietet sowohl die Möglichkeit zur kategorialen als auch zur dimensionalen Diagnostik. Für die Beschreibung der Stichprobe wurde anhand der im Manual beschriebenen „Cut-off“-Werte jede DSM-IV-Persönlichkeitsstörung als entweder vorhanden oder nichtvorhanden diagnostiziert. Für die Aufnahme als Prädiktor in die Mehrebenenanalyse wurde ein dimensionaler Score aus der Summe aller Trait-Items gebildet, um auch pathologische Persönlichkeitszüge von Patienten abzubilden, bei denen der Cut-off-Wert für die Vergabe einer Persönlichkeitsstörung nicht erreicht wird (Tasca und Gallop 2014). Dieser Gesamtsummen-Score wird als allgemeines Maß für pathologische Persönlichkeitszüge verstanden. Zur Validität des ADP-IV: Der Fragebogen erreichte mittlere Übereinstimmungen mit Diagnosen des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID) und Expertenratings (Doering et al. 2007). Es wurde gezeigt, dass der ADP-IV eine sehr hohe Sensitivität als Screeninginstrument hat,

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision.

allerdings nur eine geringe Spezifität (Renn et al. 2008). Die interne Konsistenz (Cronbachs α) für die einzelnen Subskalen lag im vorliegenden Datengut zwischen akzeptabel (0,66) und gut (0,85).

Weitere Instrumente

Weiterhin wurden im Rahmen der Studie soziodemografische und gesundheitsökonomische Daten erhoben. Um unabhängig von der klinischen Einschätzung des behandelnden Therapeuten Informationen zu den behandelten Störungsbildern zu erhalten, wurden neben dem ADP-IV ebenfalls zu T1 (und wird später zu T6) der *Gesundheitsfragebogen für Patienten* (deutsche Version des Patient Health Questionnaire; PHQ-D; Löwe et al. 2002) genutzt. Der PHQ-D differenziert anhand von 78 Items zwischen depressiven, Angst-, somatoformen, Essstörungen und vermutetem Alkoholabusus. Wie der ADP-IV ist auch der PHQ-D als Screeninginstrument konzipiert. Die diagnostischen Einschätzungen stellen somit nur eine grobe Einordnung der Symptomatik dar und keine klinisch gesicherte Diagnose. Zur Erfassung der eingesetzten therapeutischen Techniken und Interventionen wurden nach Abschluss der Behandlungen die Therapeuten (Selbstauskunft)-Versionen der *Comparative Psychotherapy Process Scale* (CPPS; Hilsenroth et al. 2005) und der *Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden* (PITT; Sell et al. im Druck) eingesetzt. Die CPPS enthält 20 Items mit 2 Subskalen: kognitiv-behaviorale Behandlungstechnik und psychodynamisch-interpersonelle Technik. Die PITT wird ergänzend dazu angewendet und enthält 6 Items zur KIP- und 7 Items zur HY-Behandlungstechnik.

Datenauswertung und statistische Analyse

Die statistische Datenanalyse wurde mithilfe der *IBM SPSS Statistics Version 19.0.0* durchgeführt. Das Signifikanzniveau für alle statistischen Analysen wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt. Es erfolgte eine explorative Datenanalyse,

und bei insgesamt 3 Merkmalsträgern wurde jeweils ein Ausreißer (z -Wert $> 2,5$) auf Ebene der globalen Skalenskennwerte, entsprechend den Empfehlungen von Fidell and Tabachnick (2003), manuell adjustiert. Um zu prüfen, ob es im Laufe der 3 Messzeitpunkte eine systematische Veränderung der Stichprobe durch Attrition gab, wurden Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Merkmale zu T1 zwischen der Stichprobe zu Therapiebeginn (T1) sowie den zu T2 und T3 verbliebenen Stichproben mithilfe des χ^2 -Tests bzw. einer Reihe von univariaten Varianzanalysen untersucht. Auf Unterschiede zwischen KIP- und HY-Behandlungen hinsichtlich der soziodemografischer Variablen und der Belastung zu Therapiebeginn wurde ebenfalls mithilfe von χ^2 - und t -Tests geprüft.

Die Veränderungen im Gesamtwert des BSI über die 3 Messzeitpunkte sowie der Einfluss der Prädiktoren Therapiemethode (KIP, HY), Psychological Mindedness (PMS-D) und pathologische Persönlichkeitszüge (ADP-IV) wurden im Rahmen eines hierarchischen linearen Wachstumsmodells anhand der vollen Maximum-likelihood (ML)-Methode auf Basis aller verfügbaren Messzeitpunkte geschätzt. Alle Prädiktoren wurden für die Analyse „grand-mean“-zentriert. Einige Therapeuten brachten mehrere Patienten in die Studie ein; entsprechend wurde durch Aufnahme einer 3. Modellebene für Therapeuteneffekte kontrolliert. Um auf systematische Unterschiede zwischen bereits beendeten und weiterhin laufenden Therapien zu prüfen, wurde eine entsprechende Variable in die Modelle aufgenommen. Eine darüber hinausgehende Kontrolle für die Länge der Therapien war nicht möglich, da die Gesamtstundenzahl der Behandlungssitzungen erst nach Abschluss der Behandlung von den behandelnden Therapeuten eingeholt werden konnte.

Das Modell wurde schrittweise aufgebaut. Zur Beurteilung der Anpassungsgüte (Model Fit) wurden das Akaike Informationskriterium (AIC) und das Schwarz-Bayes Kriterium (SBC) herangezogen. Als Maß für die Effektgröße relativ zu einem Base Model wurde $\sim R^2$ berechnet. Die Veränderung in der Sym-

ptombelastung zwischen den einzelnen Messzeitpunkten wurde zusätzlich durch Post-hoc-Tests (Šidák-Korrektur) über die modellbasiert geschätzten Randmittelwerte geprüft. Die Differenzen dieser Randmittel wurden anhand der gepoolten Streuung des BSI ($SD_{BSI, pooled} = 0,69$) standardisiert und als Effektmaß d interpretiert (Feingold 2009).

Da die abgeleitete Hypothese 2 die Beibehaltung der Nullhypothese vorhersagt, wurde a priori eine Power-Analyse durchgeführt, um die Sensitivität der geplanten statistischen Tests bei dem gegebenen $n_{T3} = 150$, $\alpha = 0,05$ und $1 - \beta = 0,90$ zu prüfen. Die Power-Analyse ergab, dass ein Effekt mindestens $d \geq 0,24$ betragen muss, um im statistischen Sinne entdeckt werden zu können.

Das Vorgehen zur Prüfung der klinischen Signifikanz etwaiger Veränderungen im BSI folgt den Empfehlungen von Jacobson und Truax (1991): Da sowohl die vorliegende klinische Stichprobe als auch die klinische Normstichprobe für das BSI mit der nichtklinischen Normstichprobe überlappen, wird als Cut-off-Wert für klinische Signifikanz der mittlere Punkt zwischen dem Mittelwert der klinisch beeinträchtigten Normstichprobe und dem der nichtklinischen Norm festgelegt. Dieser Cut-off-Wert beträgt 0,73. Zusätzlich wurde der Reliable Change Index (RCI; Jacobson und Truax 1991) für jeden Merkmalsträger berechnet. Hierfür wurde der Standardmessfehler des BSI anhand der im Manual angegebenen Streuung und Reliabilität geschätzt. Es wurde ein Konfidenzintervall von 95 % festgelegt. Für die Veränderungen von T1 zu T2 und T1 zu T3 wurde jeweils der Status jedes Patienten definiert als „klinisch signifikant verbessert“ („reliable change“ und Status des Patienten liegt im nichtklinischen Bereich), „verbessert“ („reliable change“, aber Status des Patienten liegt weiterhin im klinischen Bereich), „unverändert“ (kein „reliable change“) oder „verschlechtert“ („reliable change“ in negativer Richtung).

Stichprobencharakteristika und fehlende Messwerte

Stichprobenumfang und Schwundrate

Die soziodemografischen und klinischen Merkmale der Stichprobe zu T1 fasst **Tab. 1** zusammen. Die Gesamtstichprobe zu Beginn der Behandlungen (T1) umfasste 300 Patienten, 177 für KIP und 123 für HY. Nach 6 Monaten (T2) haben 183 Patienten den 1. Verlaufsfragebogen zurückgesandt, 115 für KIP und 68 für HY. Den 2. Verlaufsfragebogen nach einem Jahr (T3) beantworteten noch 150 PatientInnen, 94 für KIP und 56 für HY.

Um zu prüfen, ob dieser Schwund bezüglich der interessierenden Variablen zu systematischen Verzerrungen der Stichprobe geführt haben, wurden die Patienten in der Stichprobe zu T1, zu T2 und zu T3 hinsichtlich der Eingangsmessungen des Alters, Geschlechts, der Diagnosen sowie der Belastung bei Therapiebeginn, Psychological mindedness (PMS-D) und pathologischen Persönlichkeitszüge (ADP-IV) verglichen. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Stichprobe zu T1 und den zu T2 bzw. T3 in der Studie verbliebenen Patienten festgestellt.⁵ Das Verhältnis von KIP- und HY-Behandlungen ($\chi^2[2] = 0,94, p = 0,63$) sowie von KIP- und HY-Therapeuten ($\chi^2[2] = 0,28, p =$

⁵ Statistische Kennwerte der Attrition-Analyse (KIP): Alter_{T1}: $F(2, 383) = 0,83, p = 0,44$; BSI GSI_{T1}: $F(2, 383) = 0,14, p = 0,87$; PMS-D_{T1}: $F(2, 383) = 0,28, p = 0,76$; ADP-IV-Gesamt_{T1}: $F(2, 383) = 0,08, p = 0,92$; Geschlecht: $\chi^2(2) = 0,53, p = 0,77$; somatoforme Störungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,51, p = 0,77$; depressive Störungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,18, p = 0,91$; Angst- und Panikstörungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,07, p = 0,97$; Alkoholabusus_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,20, p = 0,91$; Essstörungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,14, p = 0,93$; Persönlichkeitsstörungen_{ADP-IV,T1}: $\chi^2(2) = 0,41, p = 0,81$.

Statistische Kennwerte der Attrition-Analyse (HY): Alter_{T1}: $F(2, 244) = 0,67, p = 0,51$; BSI GSI_{T1}: $F(2, 244) = 0,80, p = 0,45$; PMS-D_{T1}: $F(2, 244) = 0,03, p = 0,97$; ADP-IV-Gesamt_{T1}: $F(2, 244) = 0,18, p = 0,83$; Geschlecht: $\chi^2(2) = 0,51, p = 0,76$; somatoforme Störungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,91, p = 0,63$; depressive Störungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,93, p = 0,63$; Angst- und Panikstörungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,19, p = 0,91$; Alkoholabusus_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 1,24, p = 0,54$; Essstörungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(2) = 0,07, p = 0,97$; Persönlichkeitsstörungen_{ADP-IV,T1}: $\chi^2(2) = 2,87, p = 0,24$.

Tab. 1 Merkmale der Stichprobe zu Therapiebeginn (T1, n = 300)

Variablen	KIP	HY	Gesamt
Art der Therapie (n)	177	123	300
Anzahl (n) der Therapeuten	51	21	72
Demografische Merkmale			
Alter (Jahre; MW [± SD])	37,0 (±13,64)	37,46 (±12,34)	37,2 (±13,10)
Weibliches Geschlecht (n [%])	117 (66,1)	94 (76,4)	211 (70,3)
Diagnosen laut PHQ und ADP-IV (n [%])			
Somatoforme Störungen (PHQ-D)	53 (29,9)	32 (26,0)	85 (28,3)
Depressive Störungen (PHQ-D)	87 (49,2)	52 (42,3)	139 (46,3)
Angststörungen (PHQ-D)	57 (32,2)	51 (41,5)	108 (36,0)
Vermuteter Alkoholabusus (PHQ-D)	34 (19,2)	15 (12,2)	49 (16,3)
Essstörungen (PHQ-D)	19 (10,7)	13 (10,5)	32 (10,6)
Persönlichkeitsstörung (ADP-IV)	44 (24,9)	27 (22,0)	71 (23,7)
Symptombelastung und Prädiktoren des Behandlungserfolgs (MW [± SD])			
BSI Global Severity Index (Range: 0–4)	1,05 (±0,72)	1,03 (±0,74)	1,04 (±0,73)
PMS-D, Gesamt (Range: 1–4)	3,07 (±0,32)	3,09 (±0,29)	3,08 (±0,31)
ADP-IV-Gesamtscore (Range: 94–658)	250,3 (±69,7)	239,6 (±74,5)	245,98 (±71,75)

ADP-IV Assessment of DSM-IV Personality Disorders (Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen), BSI Brief Symptom Inventory, HY Hypnosepsychotherapie, KIP Katathym Imaginative Psychotherapie, PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten (deutsche Version des Patient Health Questionnaire), PMS-D Psychological Mindedness Scale

0,87) unterlag ebenfalls keiner statistisch signifikanten Veränderung. Insgesamt zeigen die untersuchten Variablen keine Gruppenunterschiede zwischen Drop-out- und Completer-Patienten. Die Autoren interpretieren dies als Hinweis darauf, dass die Ergebnisse hinsichtlich dieser Variablen nicht systematisch durch Schwund verzerrt wurden.

Behandlungsdauer

Zu T2 (nach 6 Monaten) waren 36 von 183 Therapien bereits beendet worden, 144 dauerten weiterhin, und zu 3 Therapien wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht. Die vor T2 beendeten Therapien variierten in ihrer Dauer zwischen 7 und 27 Sitzungen. Zu T3 (nach 12 Monaten) waren 48 von 150 Therapien beendet worden, 100 dauerten weiterhin an und zu 2 Therapien wurden diesbezüglich keine Angaben gemacht. Die vor T3 beendeten Therapien variierten in ihrer Dauer zwischen 7 und 35 Sitzungen.

Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Die Patienten sind zu T1 zu 93,7 % österreichische Staatsbürger und im Mittel 37,2 Jahre alt (SD ± 13,1 Jahre). Es sind 70,3 % weiblich und 28,7 % männ-

lich. Als höchsten Schulabschluss gaben 27,3 % ein Hochschulstudium an, 28,7 % die Matura, 18,7 % einen Fachschul- und 19,0 % einen Pflichtschulabschluss. Lediglich 1 % der Patienten gab an, keinen Schulabschluss zu haben. Von den Teilnehmenden sind 53,0 % verheiratet oder leben in fester Partnerschaft, 30,0 % sind ledig, und 14,0 % sind geschieden oder leben getrennt.

Ergebnisse

Belastung der Patienten zu Therapiebeginn

In Bezug auf ihre Symptombelastung (BSI-GSI) liegen zu Beginn der Behandlung (T1) die Werte von 172 Patienten (57,3 %) im Bereich der beeinträchtigten Population und 128 (42,7 %) im Bereich der nichtklinischen Population (gemäß dem Cut-off-Wert für klinische Signifikanz, s. Abschn. „Datenauswertung und statistische Analyse“, hier: 0,73). Gemäß den mithilfe des PHQ-D geschätzten Diagnosen (Tab. 1) kommen depressive Störungen mit 46,3 % in der Stichprobe am häufigsten vor. Es erfüllen 36,0 % der Teilnehmenden die Kriterien einer Angststörung, 28,3 % die einer somatoformen Störung. Bei 16,3 %

ist ein Alkoholmissbrauch wahrscheinlich, 10,6 % erfüllen die Kriterien einer Essstörung. Laut Selbstbericht haben insgesamt 23,7 % der Teilnehmenden Werte im ADP-IV, die auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gemäß DSM-IV-TR hindeuten, wobei die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung mit 8,6 % und die Borderline-Störung mit 10,1 % am häufigsten sind. Laut PHQ-D und ADP-IV erfüllen 90 von 300 Patienten (30,0 %) zu Therapiebeginn nicht die Kriterien für eine psychische Störung. Es haben 65 Patienten (21,7 %) eine diagnostizierbare Störung, 67 Patienten (22,3 %) 2 Störungen und 80 Patienten (26,0 %) 3 oder mehr Störungen. Von der Stichprobe gaben 42,0 % an, aufgrund zumindest einer chronischen somatischen Erkrankung regelmäßig in Behandlung zu sein. Der Bevölkerungsdurchschnitt laut „Österreichischer Gesundheitsbefragung 2014“ (Klimont und Baldaszeti 2015) beträgt 36,0 %. Die mittlere Gesamtzahl der (nichtpsychotherapeutischen) Arztbesuche pro Jahr wurde bei der hier untersuchten Patientengruppe mit 12,1 (SD ± 12,0) deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 6,8 (Klimont und Baldaszeti 2015) ermittelt, ebenso wie die mittleren Krankenstandstage pro Jahr mit 23,1 (SD ± 62,3) gegenüber einem Bevölkerungsdurchschnitt von 17,3 (Klimont und Baldaszeti 2015). Insgesamt ist die Stichprobe also im klinischen Sinne belastet, sie umfasst aber vergleichsweise wenige schwer psychisch kranke Patienten und etwa zu einem Drittel subklinische Patienten.

Bezüglich aller genannten Variablen waren die KIP- und die HY-Patienten zu T1 nicht statistisch signifikant verschieden.⁶ Es wurden also keine Hin-

⁶ Vergleich der KIP- und der HY-Stichprobe zu T1. Somatoforme Störungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(1) = 0,55, p = 0,46$; depressive Störungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(1) = 1,38, p = 0,24$; Angst- und Panikstörungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(1) = 2,70, p = 0,10$; Alkoholabusus_{PHQ,T1}: $\chi^2(1) = 2,61, p = 0,11$; Essstörungen_{PHQ,T1}: $\chi^2(1) < 0,01, p = 0,96$; Persönlichkeitsstörungen_{ADP-IV,T1}: $\chi^2(1) = 0,34, p = 0,56$; chronische somatische Erkrankungen_{T1}: $\chi^2(1) < 0,03, p = 0,86$; Arztbesucher_{T1}: $z(298) = 1,71, p = 0,09$; Krankenstandstage_{T1}: $t(298) = 0,64, p = 0,52$; BSI GSI_{T1}: $t(298) = 0,23, p = 0,82$; PMS-D_{T1}: $t(298) = 0,55, p = 0,58$; ADP-IV-Gesamt_{T1}: $t(298) = 1,27, p = 0,21$.

Tab. 2 Schätzungen der hierarchischen linearen Wachstumsmodelle (ML) zur Vorhersage der Symptombelastung (BSI-GSI)

Modell	Parameter	Koeffizient	SE	t	df	p	~R ²	Model Fit (AIC/SBC)
Base Model							–	1180,12/1193,47
Intercept	γ_{00}	0,889	0,036	24,92	287	<0,001		
Unconditional Linear Model							0,32	1101,78/1124,03
Messzeitpunkt	γ_{10}	–0,209	0,023	–9,06	200	<0,001		
Conditional Linear Model I							0,32	1099,58/1130,73
Therapiestatus (beendet/andauernd)	γ_{11}	–0,228	0,091	–2,50	343	<0,05		
Therapiestatus × Messzeitpunkt	γ_{12}	0,033	0,049	0,67	213	0,50		
Conditional Linear Model II							0,32	1116,52/1129,85
Therapiemethode	γ_{13}	0,014	0,077	0,19	346	0,85		
Therapiemethode × Messzeitpunkt	γ_{14}	–0,031	0,049	–0,63	193	0,53		
Conditional Linear Model III							0,79	235,42/248,71
PMS-D	γ_{15}	–0,014	0,042	–0,32	440	0,75		
PMS-D × Messzeitpunkt	γ_{16}	–0,228	0,078	–2,91	229	<0,01		
ADP-IV gesamt	γ_{17}	<0,001	0,001	0,35	437	0,73		
ADP-IV gesamt × Messzeitpunkt	γ_{18}	0,001	0,001	3,43	207	<0,01		
BSI-GSI zu T1	γ_{19}	0,942	0,020	47,07	436	<0,001		
BSI-GSI zu T1 × Messzeitpunkt	γ_{110}	–0,414	0,038	–10,91	203	<0,001		

AIC Akaikes Informationskriterium, ADP-IV Assessment of DSM-IV Personality Disorders (Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen), BSI Brief Symptom Inventory, GSI Global Severity Index, ML „maximum likelihood“, PMS-D Psychological Mindedness Scale, SBC Schwarz-Bayes Kriterium

weise gefunden, dass die Stichproben in den beiden Verfahren sich hinsichtlich der Belastung zu Therapiebeginn unterscheiden.

Eingesetzte therapeutische Interventionen und Behandlungstechnik

Anhand der 48 zu T3 bereits beendeten Behandlungen ($n = 24$ KIP-Behandlungen; $n = 24$ HY-Behandlungen) wurden die Häufigkeit verschiedener therapeutischer Techniken in den beiden Methoden stichprobenartig mithilfe der CPPS und der PITT (Range jeweils 1–6) geschätzt. In KIP-Behandlungen fanden sich hohe Werte für die psychodynamische ($M = 4,43$; $SD \pm 0,74$) sowie die KIP-spezifische Behandlungstechnik ($M = 4,45$; $SD \pm 1,21$) sowie niedrige Werte für die kognitiv-behaviorale ($M = 1,89$; $SD \pm 1,00$) und die HY-spezifische Behandlungstechnik ($M = 0,88$, $SD \pm 1,16$). In HY-Behandlungen zeigten sich ebenfalls hohe Werte für die psychodynamische ($M = 5,10$, $SD \pm 1,14$) und entsprechend für die HY-spezifische Behandlungstechnik ($M = 4,78$, $SD \pm 1,25$), hier wurden auch relativ hohe Werte für die kognitiv-behaviorale ($M = 3,97$, $SD \pm 1,95$) und die KIP-spezifische Behandlungstechnik ($M = 3,92$,

$SD \pm 1,53$) gefunden. Insgesamt ergeben sich im Sinne der Adhärenz also Hinweise, dass sowohl tiefenpsychologische Techniken als auch die verfahrensspezifischen Imaginationen und Trancen tatsächlich in großem Umfang eingesetzt worden sind.

Veränderungen in der Symptombelastung nach einem Jahr und ihre Prädiktoren

Um die Veränderung in der Symptombelastung nach einem Jahr zu prüfen und zur Testung möglicher Prädiktoren des Behandlungserfolgs wurde – den Empfehlungen von Tasca und Gallop (2014) folgend – schrittweise ein hierarchisches lineares Wachstumsmodell (ML) mit den folgenden Spezifikationen aufgebaut und getestet: 1. Ebene: Messzeitpunkte, 2. Ebene: Patient, 3. Ebene: behandelnder Therapeut. Die einzelnen geschätzten Modelle im Vergleich zeigt [Tab. 2](#).

Als Grundlage für spätere Schätzungen der Anpassungsgüte der Modelle wurde zunächst ein Base Model berechnet, in dem die Symptombelastung über alle Messzeitpunkte hinweg lediglich auf Basis des (Random) intercepts vorhergesagt wurde, um die totalen „Be-

tween“- und „Within“-Varianzanteile zu schätzen. Für dieses Modell ergab sich für die Varianz zwischen den einzelnen Behandlungen $\tau_{00} = 0,27$, die totale Residualvarianz (innerhalb einer Behandlung) beträgt $\delta^2_{\text{Base}} = 0,21$ (AIC: 1180,12/SBC: 1193,47). Die Intraklassenkorrelation (ICC) betrug $r_{1C} = 0,562$. Es lassen sich also 56,2 % der Varianz in der Symptombelastung Unterschieden zwischen den Patient-Therapeut-Paaren zurechnen.

Im zweiten Schritt wurde die lineare Komponente (Messzeitpunkt: 0, 6, 12 Monate) in das Modell aufgenommen (Unconditional Linear Model) um zu testen, ob über die 3 Messzeitpunkte eine Veränderung in der Symptombelastung vorliegt (*Hypothese 1*). Dabei wurde ein Random Slope für die linear gestufte Variable Messzeitpunkt in das Modell aufgenommen, um die Varianz in den Verläufen der einzelnen Patienten mitmodellieren zu können. Dieses Modell verbesserte den Model Fit laut AIC und SBC im Vergleich zum Base Model ($\sim R^2 = 0,32$). Alternative Modelle mit quadratischem bzw. piecewise-linearem Trend erbrachten keine weiteren signifikanten Verbesserungen des Model Fits. Es wurde ein vorhersagekonformer Haupt-

Tab. 3 Effektgrößen und Raten klinisch signifikanter Veränderung für die Symptombelastung (BSI-GSI)

Therapie- methode	Therapie- beginn (T1)	Nach 6 Monaten (T2)						Nach 12 Monaten (T3)						
		MW (± SD)	MW (± SD)	Anzahl, n (Anteil, %)				d	MW (± SD)	Anzahl, n (Anteil, %)				d
				++	+	o	-			++	+	o	-	
KIP	1,05 (± 0,72)	0,71 (± 0,54)	19 (16,5)	6 (5,2)	86 (74,8)	4 (3,5)	0,49	0,69 (± 0,64)	26 (27,7)	3 (3,2)	60 (63,8)	5 (5,3)	0,54	
HY	1,03 (± 0,74)	0,76 (± 0,64)	7 (10,3)	8 (11,8)	51 (75,0)	2 (2,9)	0,45	0,71 (± 0,66)	11 (19,6)	8 (14,3)	36 (64,3)	1 (1,8)	0,62	
Ge- samt	1,04 (± 0,73)	1,05 (± 0,72)	26 (14,2)	14 (7,7)	137 (74,9)	6 (3,3)	0,47	0,70 (± 0,64)	37 (24,7)	11 (7,3)	96 (64,0)	6 (4,0)	0,58	

++ klinisch signifikante Verbesserung, + Verbesserung, o unverändert, – Verschlechterung

d Effektmaß, KIP Katathym Imaginativer Psychotherapie, HY Hypnosepsychotherapie, MW Mittelwert, SD Standardabweichung

effekt für die Variable Messzeitpunkt gefunden ($\gamma_{10} = -0,209$ [Standardfehler, SE = 0,023]; $t[200] = -9,06$; $p < 0,001$). *Hypothese 1* konnte demnach bestätigt werden: Die Symptombelastung der Patienten verringerte sich im Laufe der 3 Messzeitpunkte. Die Varianz der Ausgangswerte (T1) war signifikant von 0 verschieden ($\tau_{00} = 0,302$; SE = 0,035; Wald Z = 8,67; $p < 0,001$), die Behandlungen begannen also bereits mit unterschiedlicher Symptombelastung. Die Steigung variierte nichtsignifikant zwischen den Behandlungen ($\tau_{10} = 0,019$ [SE < 0,012]; Wald Z = 1,60; $p = 0,11$), es konnte also kein Hinweis auf unterschiedliche Verläufe gefunden werden. Um zu prüfen, zwischen welchen Messzeitpunkten signifikante Veränderungen stattfanden, wurden Šidák-post-hoc-Tests über die durch das Modell geschätzten Randmittelwerte gerechnet. Dabei ergab sich für die Differenz von T1 ($M_E = 1,04$) zu T2 ($M_E = 0,72$) ein signifikanter Unterschied ($p < 0,001$; $d = 0,47$) und ebenso für die Differenz von T1 zu T3 ($M_E = 0,65$; $p < 0,001$; $d = 0,58$). Für die Differenz von T2 zu T3 konnte kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden ($p = 0,34$; $d = 0,10$). Die Symptombelastung der Patienten verringerte sich also innerhalb der ersten 6 Monate nach Behandlungsbeginn statistisch signifikant und blieb bis 12 Monate nach Behandlungsbeginn auf diesem Niveau. Zwischen dem 7. und dem 12. Monat nach Beginn der Behandlung konnte keine weitere statistisch bedeutsame Symptomreduktion nachgewiesen werden.

Eine Übersicht über die Effektgrößen und die Raten klinisch signifikanter Veränderungen gibt **Tab. 3**. Zu T2 liegen noch 71 Werte (38,8 %) von ursprünglich 172 (57,3 %) im Bereich der beeinträchtigten Population und zu T3 49 (32,7 %). Entsprechend den berechneten „reliable change indices“ können von T1 zu T2 die Status von 26 Patienten (14,2 %) als „klinisch signifikant verbessert“ betrachtet werden, von 14 (7,7 %) als „verbessert“, von 137 (74,9 %) als „unverändert“ und von 6 (3,3 %) als „verschlechtert“. Von T1 zu T3 können die Status von 37 Patienten (24,7 %) als „klinisch signifikant verbessert“ betrachtet werden, von 11 (7,3 %) als „verbessert“, von 96 (64,0 %) als „unverändert“ und von 6 (4,0 %) als „verschlechtert“. Von T2 zu T3 sind die Status von 9 Patienten (6,0 %) „klinisch signifikant verbessert“, von 3 (2,0 %) „verbessert“, von 132 (88,0 %) „unverändert“ und von 6 (4,0 %) „verschlechtert“.

Um auf Unterschiede hinsichtlich des gefundenen Effekts zwischen weiterhin andauernden und bereits beendeten Therapien zu testen, wurden eine entsprechende dichotome Variable „Therapiestatus“ und ihre Interaktion mit dem Messzeitpunkt ins Modell aufgenommen (Conditional Linear Model I). Dies erbrachte keine signifikante Verbesserung des Model Fits. Es wurde ein signifikanter Haupteffekt für den Therapiestatus ($\gamma^{11} = -0,228$; SE = 0,091; $t(343) = -2,50$; $p < 0,05$), aber kein Interaktionseffekt zwischen Therapiestatus und Messzeitpunkt gefunden ($\gamma_{12} = 0,033$; SE = 0,049; $t(213) = 0,67$; $p = 0,50$). Patienten in bereits beendeten Therapien waren demnach zu

Therapiebeginn weniger stark belastet als Patienten in weiterhin andauernden Therapien, der Therapiestatus hatte aber keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg.

Um zu prüfen, ob Unterschiede im Ausmaß der Symptomreduktion zwischen KIP und HY vorliegen (*Hypothese 2*), wurden die Variable Therapiemethode (KIP, HY) und deren Interaktionsterm mit dem Messzeitpunkt ins Modell aufgenommen (Conditional Linear Model II). Es ergab sich keine Verbesserung des Model Fits. Die Variable Therapiemethode ($\gamma_{13} = 0,014$; SE = 0,077; $t(346) = 0,19$; $p = 0,85$) und der Interaktionsterm von Messzeitpunkt und Therapiemethode ($\gamma_{14} = -0,031$; SE = 0,049; $t(193) = -0,63$; $p = 0,53$) waren keine signifikanten Prädiktoren der Symptombelastung, es wurde also keine Hinweise auf unterschiedliche Ausgangsbelastungen oder unterschiedliche Symptomveränderung in beiden Therapiemethoden gefunden. Hypothese 2 wurde beibehalten. Hierzu ist wichtig, dass mit der gegebenen Teststärke der Studie lediglich Effekte $\geq 0,24$ nachweisbar wären. Den Verlauf der gemittelten Symptombelastung, getrennt für KIP- und HY-Behandlungen, zeigt **Abb. 1**.

Im letzten Schritt wurde die Veränderung in der Symptombelastung durch die Prädiktoren Psychological Mindedness (PMS-D, *Hypothese 3*) und pathologische Persönlichkeitszüge (ADP-IV, *Hypothese 4*) vorhergesagt. Beide Variablen und ihr jeweiliger Interaktionsterm mit dem Messzeitpunkt wurden gemeinsam ins Modell aufgenommen, um ihren jeweils spezifischen Prädiktionswert ermit-

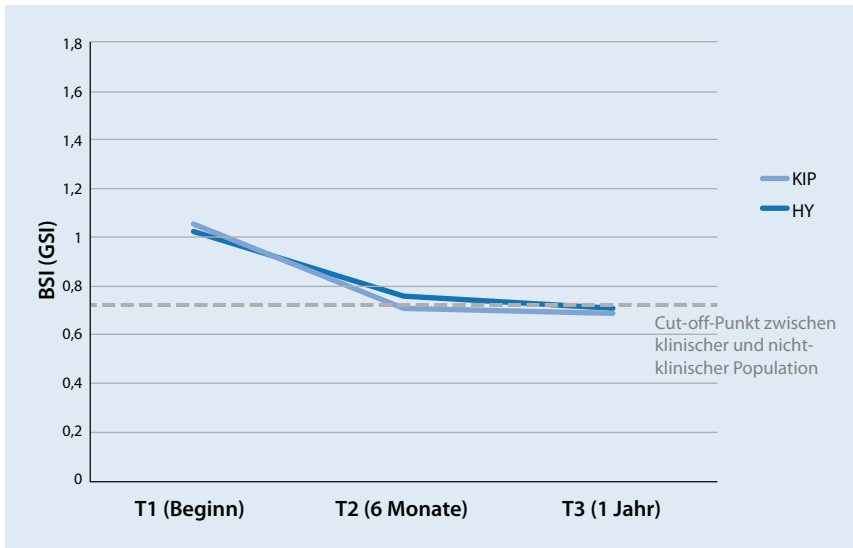


Abb. 1 ▲ Deskriptive Mittelwerte (Global Severity Index, GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI) als Maß der Symptombelastung für die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) und die Hypnosepsychotherapie (HY)

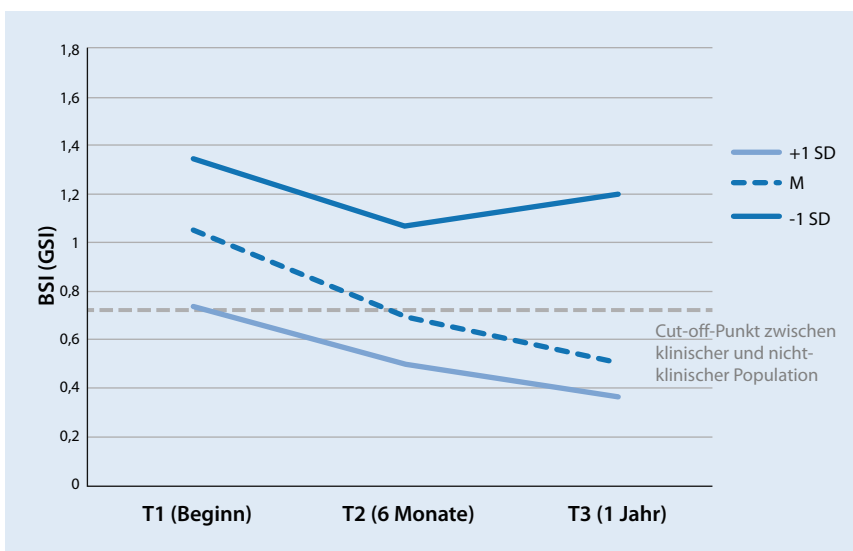


Abb. 2 ▲ Deskriptive Mittelwerte (Global Severity Index, GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI) als Maß der Symptombelastung für Patienten mit niedriger (-1 Standardabweichung, SD), mittlerer (M) und hoher ($+1$ SD) Psychological Mindedness (PMS-D)

teilen zu können. Da beide Prädiktorvariablen mit der Eingangsbelastung der Patienten korrelierten, wurde zusätzlich die Symptombelastung zu T1 und ihre Interaktion mit dem Messzeitpunkt ins Modell aufgenommen (Conditional Linear Model III). Den Verlauf der gemittelten Symptombelastung für Patienten mit niedriger (-1 SD), mittlerer (MW) und hoher ($+1$ SD) Psychological Mindedness zeigt **Abb. 2**, den Verlauf für Patienten mit niedrigem (-1 SD), mittlerem (MW) und hohem ($+1$ SD) Anteil

an pathologischen Persönlichkeitszügen zeigt **Abb. 3**. Für das Modell ergab sich – wie aufgrund der Autoregression zu erwarten – ein immenser Anstieg des Model Fits ($\sim R^2 = 0,79$). Es wurde erwartungsgemäß kein Haupteffekt für Psychological Mindedness ($\gamma_{15} = -0,014$; $SE < 0,042$; $t(440) = -0,32$; $p = 0,75$) und Persönlichkeitspathologie ($\gamma_{17} < 0,001$; $SE = 0,001$; $t(437) = 0,35$; $p = 0,73$) gefunden. Der Interaktionsterm aus Psychological Mindedness und Messzeitpunkt war ein signifikanter Prädiktor für die

Symptombelastung in vorhersagekonformer Richtung ($\gamma_{16} = -0,228$; $SE = 0,078$; $t(229) = -2,91$; $p < 0,01$): Je höher die Psychological Mindedness der Patienten zu T1 war, desto stärker ging ihre Symptombelastung im Laufe der 3 Messzeitpunkte zurück – bei statistischer Kontrolle für pathologische Persönlichkeitszüge, Therapiemethode und Eingangsbelastung. *Hypothese 3* wird für die gegebene Stichprobe als bestätigt angesehen. Für die Interaktion von Messzeitpunkt und struktureller Belastung wurde ebenfalls ein vorhersagekonformer Effekt gefunden ($\gamma_{18} = 0,001$; $SE = 0,001$; $t(207) = 3,43$; $p < 0,01$): Die Symptombelastung verringerte sich umso stärker, je geringer die strukturelle Belastung der Patienten ist – bei Kontrolle für Psychological Mindedness, Therapiemethode und Ausgangsbelastung. *Hypothese 4* konnte bestätigt werden: Die Persönlichkeitspathologie der Patienten hat einen negativen Einfluss auf die Symptomreduktion – wenn für den Einfluss der Ausgangsbelastung kontrolliert wird.⁷

Diskussion und Ausblick

Interpretation der Ergebnisse

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Behandlungen mit KIP und HY unter den Praxisbedingungen des österreichischen Versorgungssystems nach einem Jahr mit einer Symptomreduktion von mittlerer Effektstärke einhergehen, die bei 24 % der Patienten eine klinisch bedeutsame Verbesserung darstellt. Unterschiede im Ausmaß der Symptomreduktion zwischen beiden Methoden sind nicht festzustellen. Die Psychological Mindedness und das Ausmaß pathologischer Persönlichkeitszüge konnten als Moderatoren des Behandlungserfolgs nach einem Jahr Behandlung ausgewiesen werden.

⁷ Explorativ wurde weiterhin geprüft, ob das Ausmaß in dem, gemäß der PITT, KIP- und HY-spezifische Techniken eingesetzt wurden, im Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis steht. Die Interaktionsterme aus Behandlungstechnik und Messzeitpunkt waren keine signifikanten Prädiktoren der Symptombelastung.

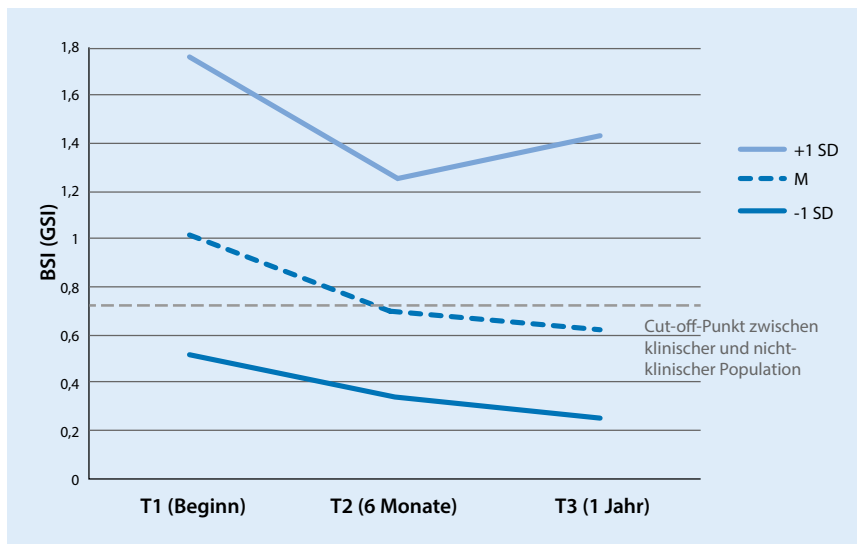


Abb. 3 ▲ Deskriptive Mittelwerte (Global Severity Index, GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI) als Maß der Symptombelastung für Patienten mit niedrigem (-1 Standardabweichung, SD), mittlerem (M) und hohem ($+1$ SD) Anteil an pathologischen Persönlichkeitszügen (Gesamtscore im Assessment of DSM-IV Personality Disorders, ADP-IV)

Die Schwundraten von 35 % bzw. 45 % zwischen T1 und T2 und dann noch einmal 18 % von T2 auf T3 entsprechen in etwa denen vergleichbarer naturalistischer Studien mit ambulant behandelten Patienten (vgl. z. B. Ward et al. 2013). Die Daten lassen in begrenztem Umfang Hypothesen über die Ursachen der Attrition zu: Zum hohen Schwund zwischen T1 und T2 ist zu sagen, dass die Patienten den Eingangsfragebogen (T1) direkt von ihrem behandelnden Therapeuten erhielten, während die nachfolgenden Erhebungen rein postalisch durch die Studienleitung administriert wurden. Es ist zu vermuten, dass für die Patienten mit dem ersten Fall eine höhere Verbindlichkeit einherging als mit der rein postalischen Erhebung. Weiterhin zeigen die Daten, dass für jene Patienten, die die Therapie zu T2 bereits beendet hatten, die Schwundrate mit 39 % mehr als doppelt so hoch ist wie für die zu diesem Zeitpunkt weiterhin laufenden Behandlungen. Dies legt die Hypothese nahe, dass die Patienten generell nach dem Ende der Behandlung weniger bereit waren, weiterhin an der Studie teilzunehmen. Ebenfalls wurden Hinweise darauf gefunden, dass Unzufriedenheit mit der Behandlung mit Studien-Drop-outs in Verbindung steht: Für jene Patienten, die zu T2 als Grund für das Therapieende Unzu-

friedenheit mit der Therapie angegeben hatten (22 %), ist die Schwundrate mit 66 % mehr als 3-fach erhöht.

Zur Beurteilung der Größe des gefundenen Effekts kann einerseits gesagt werden, dass die Werte von 67,3 % der Patienten nach einem Jahr Behandlung im Bereich der „gesunden“ Population liegen, andererseits ist nur bei 32 % der Patienten eine reliable Veränderung messbar. Dies liegt leicht über den Vorbefunden für die KIP (Wietersheim et al. 2003). Die Vorbefunde für auf Hypnose basierende Verfahren finden im Mittel etwas größere Effekte (Revenstorf 2006), Metaanalysen zu (allerdings durchweg abgeschlossenen) psychodynamischen Kurzzeittherapien ergeben ebenfalls eine nichtunerheblich höhere mittlere Prä-post-Effektstärke von $d = 0,90$ (Leichsenring et al. 2004; im Vergleich zu $d_{T1-T3} = 0,58$ in der vorliegenden Studie). Weiterhin konnte nur für die ersten 6 Monate eine signifikante Verbesserung auf der Symptomebene nachgewiesen werden. Für die zweiten 6 Monate findet sich ein Trend in vorhersagekonformer Richtung. Es erscheint wahrscheinlich, dass mit höheren Fallzahlen ein Effekt nachweisbar wäre. Für einen Zusammenhang der vergleichsweise geringen Effektstärke mit der Integration der imaginativen- und trancebasierten Techniken im

Rahmen von KIP und HY gibt es keine Hinweise in den Daten – gänzlich ausgeschlossen werden kann er anhand der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht. Es ist zu berücksichtigen, dass die Patienten – vermutlich aufgrund der genannten Selektionseffekte – in der vorliegenden Studie bereits zu Beginn der Behandlung weniger stark belastet waren als in anderen naturalistischen Studien, auch im Vergleich zu den beiden vorangegangenen KIP-Studien in Deutschland (Sachsse et al. 2016; von Wietersheim et al. 2003) und große Effekte deshalb a priori wenig wahrscheinlich waren. Bereits zu Beginn der Behandlung waren die Werte von 42,7 % der Patienten im nichtklinischen Bereich, und 30 % der Patienten erfüllen laut PHQ-D und ADP-IV nicht die Kriterien für eine klinische Diagnose. Diese Patienten haben entsprechend wenig Raum für positive Veränderung. Werden in die Berechnung der Effektgröße nur jene 70 % der Patienten einbezogen, die die Kriterien für mindestens eine klinische Diagnose erfüllen, ergibt sich mit $d_{T1-T3, \text{ klinisch}} = 0,73$ ein deutlich höherer Wert.

Wie erwartet, finden sich zwischen KIP und HY keine Unterschiede im Ausmaß der Symptomreduktion. Ebenfalls bestätigen ließ sich die Hypothese, dass eine möglicherweise spezifische Bedeutung der imaginations- und trancebasierten Techniken in beiden Methoden darin liegt, dass eine hoch ausgeprägte Psychological Mindfulness die Behandlungsaussichten verbessert. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Patienten, die es leichter haben, über eigene und fremde Gefühle nachzudenken und sich damit auseinanderzusetzen, besser von einer therapeutischen Arbeit mit inneren Bildern und hypnotischen Trancen profitieren können als Patienten ohne diese Disposition. Ebenfalls bestätigen ließ sich die Hypothese, dass sich eine starke Persönlichkeitspathologie der Patienten negativ auf den kurzfristigen Behandlungserfolg in KIP und HY auswirkt.

Für Fragen der Therapieplanung erscheint relevant, dass sich Patienten mit mittlerer bis hoher Psychological Mindfulness und Patienten mit niedriger bis mittelstarker Persönlichkeitspathologie Belastung ein Jahr nach Beginn

der Behandlung im Mittel bereits im Wertebereich der nichtklinischen Population befinden. Sie unterscheiden sich offenbar qualitativ von jenen Patienten mit niedriger Psychological Mindedness bzw. mit hohem Anteil an pathologischen Persönlichkeitszügen. Da bis hierhin nur Daten zur Symptombelastung während des ersten Jahres vorliegen, muss aktuell offenbleiben, wie sich die Symptombelastung im Laufe längerer Therapien verändert und in welchem Umfang diese schwer beeinträchtigten Patienten langfristig auf der Beziehungs- und Strukturebene profitieren können.

Limitationen

Folgende Einschränkungen der Aussagekraft der Studie sind zu nennen:

- Fehlen einer unbehandelten oder Treatment-as-usual-Kontrollgruppe (Einschränkung der internen Validität),
- Heterogenität der Stichprobe und der Therapielängen sowie Beschränkung der diagnostischen Einschätzung auf Screeninginstrumente (Einschränkung der internen Validität),
- Gewinnung der Stichprobe durch Selbstselektion/Inanspruchnahmepopulation (Einschränkung der ökologischen Validität).
- In Bezug auf die nichtgefundenen Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Therapieverfahren besteht die Möglichkeit, dass (kleine) Effekte aufgrund zu geringer Teststärke nicht entdeckt werden konnten; dies gilt ebenso für etwaige kleinere Veränderungen in der Symptombelastung zwischen T2 und T3.
- Aktuell liegen nur zur Symptombelastung Ergebnisdaten vor – eine multimodale Erfassung des Behandlungserfolgs wäre wünschenswert.

Fazit für die Praxis

- Für KIP und HY gleichermaßen konnten unter den gegebenen naturalistischen Bedingungen des österreichischen Versorgungssystems Hinweise auf eine Reduktion

der Symptombelastung nach einem Jahr Behandlung gefunden werden.

- Bei gemischten Störungsgruppen zeigen sich mittlere Effektstärken; bei knapp einem Drittel der Patienten findet sich eine klinisch bedeutsame Verringerung der Symptombelastung.
- Eine hoch ausgeprägte Psychological Mindedness scheint sich prognostisch günstig auszuwirken.
- Niedrige Psychological Mindedness und ein hohes Ausmaß pathologischer Persönlichkeitszüge hingegen gehen mit einer geringeren Symptomreduktion einher. Dies legt die Notwendigkeit einer langfristigen Behandlung dieser Patientengruppen nahe.

Korrespondenzadresse

C. Sell

Institut für Psychologie, Universität Kassel
Holländische Str. 36–38, 34127 Kassel,
Deutschland
csell@uni-kassel.de

Danksagung. Wir danken den Patientinnen und Patienten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie dem Vorstand der *Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)* für ihre Kooperation in der Durchführung dieser Studie. Weiterhin danken wir Prof. Dr. Johannes Zimmermann und Prof. Dr. Morten Moshagen für ihre Beratung in Fragen der Datenauswertung sowie Prof. Dr. Johannes C. Ehrenthal für hilfreiche Anmerkungen zu einer früheren Version des Manuskripts.

Förderung. Die vorliegende Studie wurde im Rahmen eines Drittmittelprojekts durchgeführt, für das die Universität Kassel Projektmittel von der *Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)* erhalten hat. Die ÖGATAP hatte keinen Einfluss auf das Studiendesign, die Analysen, die Interpretation der Ergebnisse und die Entscheidung zur Publikation

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Sell, H. Möller und S. Taubner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Ethikkommission der Universität Kassel beurteilte die Durchführung der Studie als ethisch unbedenklich. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

- Allen JG, Fonagy P, Bateman AW (2011) Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Conte HR, Ratto R, Karasu TB (1996) The Psychological Mindedness Scale: Factor Structure and Relationship to Outcome of Psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 5(3):250–259
- Dieter W (2001) Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode. *Imagination* 23(3):5–41
- Dittrich K (2012) Zur Lage der Psychotherapie in Europa: Österreich. *Psychotherapeutenjournal* 1:24–27
- Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, Schüssler G (2007) Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Z Psychosom Med Psychother* 53(2):111–128
- Erickson MH, Rossi EL (1981) *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states*. Irvington, New York
- Feingold A (2009) Effect sizes for growth-modelling analysis for controlled clinical trials in the same metric as for classical analysis. *Psychol Methods* 14(1):43–53
- Fidell LS, Tabachnick BG (2003) Preparatory data analysis. In: Schinka JA, Velicer WF (Hrsg) *Handbook of Psychology. Research methods in psychology*, Bd. 2. Wiley, Hoboken NJ, S115–141
- Franke GH (2000) BSI: Brief Symptom Inventory – Deutsche Version, Manual. Beltz, Göttingen
- Geisheim C, Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schröder B, von Witzleben I (2002) Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica* 48(1):28–36
- Harrer M (2008) Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie. *Imagination* 30(1):5–37
- Hilsenroth MJ, Blagys MD, Ackerman SJ, Bonge DR, Blais MA (2005) Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the comparative psychotherapy process scale. *Psychotherapy (Chic)* 42:340–356
- Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 59(1):12–19
- Kanitschar H (2009) Hypnosepsychotherapie, ein integratives, tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. *Hypnose ZHH* 4(1+2):1–23
- Klimont J, Baldaszeti E (2015) Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Wien
- Kottje-Birnbaumer L (1992) Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. *Prax Psychother Psychosom* 37:164–173
- Leichsenring F (2013) Empirische Wirksamkeitsnachweise psychodynamischer Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen: Ein Überblick. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO (Hrsg) *Psychodynamische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen: Handbuch für die klinische Praxis*. Schattauer, Stuttgart, S418–434
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic therapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 61:1208–1216

-
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion. Pfizer, Karlsruhe
- McCallum M, Piper WE (1996) Psychological mindedness. *Psychiatr Interpers Biol Process* 59:48–64
- Pichler M (2011) Katathym Imaginative Psychotherapie. In: Stumm G (Hrsg) *Psychotherapie, Schulen und Methoden: Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. Falter Verlag, Wien, S 109–117
- Pokorny D, Stigler M (2006) Beziehungsschemata in der realen und der imaginierten Welt: Mit der Clusteranalyse der Verschiebung auf der Spur. In: Kottje-Birnbacher L, Wilke E, Krippner K, Dieter W (Hrsg) *Mit Imaginationen therapieren*. Pabst, Lengerich, S 108–123
- Renn D, Höfer S, Schüßler G, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, Doering S (2008) Dimensionale Diagnostik mit dem Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Z Psychosom Med Psychother* 54:214–226
- Revenstorf D (2006) Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. *Hypnose ZHH* 1(1 + 2):7–164
- Sachsse U, Imruck BH, Bahrke U (2016) Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP: Eine naturalistische Studie. *Ärztl Psychother* 11:87–92
- Sell C, Schöpfer-Mader E, Brömmel B, Möller H (in Druck) *Behandlungstechnik in Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie: Die Therapeutenversion der „Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden“ (PITT)*. *Psychotherapie Forum*
- Stigler M, Pokorny D (2001) Emotions and primary process in guided imagery psychotherapy: Computerized text-analytic measures. *Psychother Res* 11:415–431
- Stigler M, Pokorny D (2012) Eine Dekade der KIP-Prozessforschung im Überblick. In: Ullmann H, Wilke E (Hrsg) *Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie*. Huber, Bern, S 122–145
- Tasca G, Gallop R (2014) Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: the basics. In: Lutz W, Knox S (Hrsg) *Quantitative and qualitative methods in psychotherapy research*. Routledge, London New York, S 102–116
- Tyrer P, Simmonds S (2003) Treatment models for those with severe mental illness and comorbid personality disorder. *Br J Psychiatry* 182(44):15–18
- Ward A, Wood B, Awal MA (2013) Naturalistic psychodynamic psychotherapy study: evaluating outcome with a patient perspective. *Br J Psychiatry* 29(3):292–314
- Watkins JG (1992) *Hypnoanalytic techniques. The practice of clinical hypnosis, vol 2*. Irvington, New York
- Wietersheim JV, Wilke E, Röse M et al (2003) Ergebnisse der Katathym-imaginativen Psychotherapie: Die Effektivität der Katathym-imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie. *Psychotherapeut* 48:173–178
- Zindel JP (2001) Hypnose mit frühgestörten und Borderline-Patienten. In: Revenstorf D, Peter B (Hrsg) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 488–498