Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie von psychischen Störungen im Kontext von Arbeitsbelastung

Verfasserin

Mildred Yasmin Alfons

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl:	A 298
Studienrichtung:	Psychologie
Betreuer:	Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die von mir angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.
Alle Ausführungen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Danksagungen

Zuallererst möchte ich meinem Diplomarbeitsbetreuer Mag. Dr. Reinhold Jagsch sehr herzlich für die kompetente Unterstützung, Geduld und insgesamt ausgezeichnete Betreuung sowie die Möglichkeit, durch die Mitarbeit an seinem Projekt viel Wertvolles zu lernen, danken.

Auch meiner Familie möchte ich aus ganzem Herzen danken. Mein Vater Gerald Alfons und meine Mutter Mahboobeh Alfons haben mich, wie auch während meines gesamten Studiums, in der Zeit der Erstellung dieser Arbeit unterstützt, an mich geglaubt und mir ermöglicht, viele meiner Pläne umzusetzen.
Meiner Schwester Gwendolyn Alfons danke ich besonders, da sie mich in der Zeit der Erstellung dieser Diplomarbeit motiviert hat und mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist.
Bedanken möchte ich mich auch bei Norbert Zöbinger, der während meines Studiums und in der Zeit der Erstellung dieser Arbeit immer für mich da war und mir dadurch geholfen hat, Gelassenheit und Ausdauer zu bewahren.

Besonderer Dank gilt Saskia Scheiba für ihre tolle Unterstützung in der Endphase und ihre liebe Ermutigung. Außerdem möchte ich mich bei Stephanie Knasmüller und Anna Müller bedanken, mit denen ich viele motivierende Tage in verschiedenen Bibliotheken verbracht habe.

Auch Mag. Dr. Dorothea König möchte ich dafür danken, dass sie die Erstellung des Online-Fragebogens für das Projekt übernommen hat.

Großer Dank gilt außerdem der Projektleitung von „fit2work – klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung“, Mag. Alice Grundböck und Beatrix Henzel, sowie allen Steuernden PsychologInnen für den Einblick in ihre Arbeit.
Zu guter Letzt möchte ich mich hiermit auch bei allen KlientInnen und BehandlerInnen bedanken, die an der Studie teilgenommen haben.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 11

Theoretischer Teil 13

1. Psychische Belastung und Arbeit 14

1.1. Psychische Belastung durch Arbeitsbedingungen 14

1.1.1. Depression durch Arbeit 17

1.1.2. Burnout-Syndrom 20

1.2. Beeinträchtigung der Arbeitsleistung und Folgen im Arbeitsleben durch psychische Probleme 27

1.3. Wirkung von Behandlung auf Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungssituation 31

1.4. Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit 33

2. Versorgungssituation psychischer Störungen in Österreich 35

2.1. Klinische Psychologie, klinisch-psychologische Behandlung, österreichische Situation 35

2.2. Psychotherapie und die österreichische Situation 40

3. Psychotherapieforschung und einige für die Behandlung relevante Faktoren 46

3.1. Effektivität von Psychotherapie 48

3.1.1. Psychodynamische Psychotherapie 49

3.1.2. Humanistische Psychotherapie 50

3.1.3. Systemische Psychotherapie 50

3.1.4. Verhaltenstherapie 51

3.2. Einfluss soziodemographischer Faktoren der KlientInnen 51

3.2.1. Einfluss des Geschlechts 52

3.2.2. Einfluss des Familienstandes 53

3.2.3. Einfluss des Alters 54

3.2.4. Einfluss des Ausbildungsstandes 55

3.3. Einfluss der Beziehung zwischen BehandlerIn und KlientIn 55

3.4. Einfluss der Anzahl der Therapieeinheiten 58

3.5. Einfluss der Komorbiditäten 60

3.6. Einfluss des Ausmaßes der Belastung 61

Empirischer Teil 63
1. Ziele der Studie 64
2. Methode 64
2.1. Stichprobe sowie Ein- und Ausschlusskriterien 64
2.2. Studiendesign und Untersuchungsdurchführung 65
Projekt „fit2work“ und „fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung“ 66
2.3. Untersuchungsinstrumente 68
2.3.1. Fragebogen zur Erhebung des Krankheitsspezifischen Status 68
2.3.2. Beck Depressions-Inventar Revision 70
2.3.3. Brief Symptom Inventory 70
2.3.4. Global Assessment of Functioning Scale 71
2.3.5. Helping Alliance Questionnaire 72
3. Fragestellungen und Hypothesen 73
1. Fragestellungen zur Verteilung der Personen mit verschiedenen soziodemographischen und beschwerdebezogenen Voraussetzungen auf die Behandlungsarten 73
2. Fragestellungen zu Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Personen mit verschiedenen Ausprägungen in soziodemographischen Variablen 73
3. Fragestellungen zur Wirkung der Behandlung auf die Beschäftigungssituation und Leistung in Beruf und Alltag 75
4. Fragestellung zum Einfluss der Anzahl der Behandlungseinheiten 76
5. Fragestellungen zu Zufriedenheit/Beziehung 77
6. Fragestellungen zum Einfluss der Anzahl der Komorbiditäten 79
7. Fragestellung zum Einfluss des Ausmaßes der Belastung 79
8. Fragestellungen zur Wirksamkeit der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung allgemein und diagnosebezogen 80
4. Statistische Auswertung und Ergebnisdarstellung 82
4.1. Deskriptive Beschreibung der Stichprobe 84
4.2. Hypothesenprüfung und Ergebnisse 88
1. Fragestellungen zur Verteilung der Personen mit verschiedenen soziodemographischen und belastungsbezogenen Voraussetzungen auf die Behandlungsarten 88

2. Fragestellungen zu Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Personen mit verschiedenen Ausprägungen in soziodemographischen Variablen 95
3. Fragestellungen zur Wirkung der Behandlung auf die Beschäftigungssituation und Leistung in Beruf und Alltag 132
4. Fragestellung zum Einfluss der Anzahl der Behandlungseinheiten 135
5. Fragestellungen zu Zufriedenheit/Beziehung..... 146
6. Fragestellungen zum Einfluss der Anzahl der Komorbiditäten..... 148
7. Fragestellung zum Einfluss des Ausmaßes der Belastung 158
8. Fragestellungen zur Wirksamkeit der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung..... 159
5. Diskussion und Ausblick..... 169
5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse 169
5.2. Limitationen und Ausblick 177
5.3 Fazit..... 178
Zusammenfassung..... 180
Abstract 181
Literatur..... 182
Abbildungsverzeichnis 196
Tabellenverzeichnis 196
Curriculum Vitae 202

Einleitung

Erwerbsmäßige Arbeit ist für viele Menschen ein zentraler Teil ihres Lebens. Immer häufiger wird die psychische Gesundheit in diesem Kontext zur unvermeidlichen Thematik.

Veränderungen in den Arbeitsbedingungen (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010; Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014; Siegrist, 2013) haben einen großen Einfluss auf psychische Belastung von ArbeitnehmerInnen (Stansfeld & Candy, 2006). Das Burnout-Syndrom (Burisch, 2014) und arbeitsbedingte psychische Störungen (Rau, Gebele, Morling & Rösler, 2010) sind immer häufiger Thema in der Forschung und in den Medien, weshalb auch der Einfluss von psychischer Belastung auf den Arbeitsbereich häufig untersucht wurde (Grobe & Steinmann, 2015; OECD, 2012; Rixgens & Badura, 2012).

Da dieser für die Gesellschaft große Kosten verursacht (Cocker et al., 2014), steigt das Interesse daran, Interventionen für psychisch belastete Personen durchzuführen, um die Leistung im Beruf und die Quote der Berufstätigkeit wieder zu erhöhen (Blonk, Brenninkmeijer, Lagerveld & Houtman, 2006; Lerner et al., 2012; Schoenbaum et al., 2002).

Eine Initiative, die sich genau diesem Ziel verschreibt, ist „fit2work“ (Sozialministeriumservice, 2014). Von August 2013 bis Mai 2015 wurde das zugehörige Pilotprojekt „fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutischen Behandlung“ evaluiert, um ein umfassendes Bild von der Wirkung der beiden in Österreich vertretenen Behandlungsarten, klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie, zu bekommen.

Es wurde KlientInnen von fit2work, die aus Gründen psychischer Belastung ihre Arbeit verloren hatten oder die nötige Arbeitsleistung nicht mehr erbringen konnten, die Möglichkeit geboten, eine klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Damit sollte neben der Verbesserung der psychischen Gesundheit auch die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden. Vor und nach der Behandlung wurden von den KlientInnen

und den BehandlerInnen Informationen bezüglich der psychischen Verfassung und anderer Bereiche erhoben und ausgewertet.

Aus der Evaluation dieses Pilotprojekts wurden auch die Daten für diese Diplomarbeit generiert.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden zunächst Informationen zu den für die Studie relevanten Themen, wie psychische Belastung und Arbeit, gegeben. Auch die Versorgungssituation psychischer Störungen in Österreich mit Details zur klinisch-psychologischen Behandlung und Psychotherapie und Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung werden beschrieben. Alle Themen werden durch Ergebnisse aus aktuellen Studien ergänzt.

Darauf aufbauend werden im empirischen Teil der Arbeit neben Informationen zur Evaluationsstudie, zum Projekt „fit2work“ und „fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung“ auch die Untersuchungsdurchführung und die verwendeten diagnostischen Instrumente dargestellt.
Anschließend werden die für diese Arbeit aus der Literaturanalyse erarbeiteten Fragestellungen und Hypothesen dargestellt. Diese beschäftigen sich damit, ob die Behandlungsarten darin erfolgreich waren, die Quote der Beschäftigung zu erhöhen bzw. beizubehalten sowie die Leistungsfähigkeit positiv zu beeinflussen. Auch Faktoren, die eine erfolgreiche Behandlung beeinflussten, sollen identifiziert und die beiden Behandlungsarten miteinander verglichen werden.
Schließlich folgen die Beschreibung der Stichprobe und die Präsentation der Ergebnisse. Da es zur Wirkung der klinisch-psychologischen Behandlung und zum Vergleich mit der Psychotherapie bisher noch keine Befunde gibt, sind die Ergebnisse dazu besonders interessant und relevant. Sie sollen einen ersten Beitrag dazu leisten, die Forschungslücke in diesem Bereich zu schließen.
Zuletzt werden die Ergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert und aus der Studie resultierende Schlussfolgerungen aufgezeigt.

Theoretischer Teil

1. Psychische Belastung und Arbeit

1.1. Psychische Belastung durch Arbeitsbedingungen

Die Zunahme von Arbeitsdruck (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010) und die steigende Arbeitsbelastung in Form von Zeitdruck und die steigende zu leistende Arbeitsmenge (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014) sowie weitere Faktoren, die die moderne Arbeitswelt ausmachen, führen bei vielen ArbeitnehmerInnen zunehmend zu Belastung. Vor allem die Faktoren hoher Arbeitsdruck (job strain) und Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Entlohnung haben einen großen Einfluss auf das Ausmaß der psychischen Belastung. Geringer Entscheidungsspielraum, geringe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, hohe psychische Anforderungen sowie geringe Arbeitsplatzsicherheit können aber ebenso für die Voraussage der Entstehung psychischer Störungen herangezogen werden und sind als Risikofaktoren dafür zu sehen (Stansfeld & Candy, 2006).
Siegrist (2013) beschrieb die belastenden Veränderungen vor allem in vier Bereichen:
1) durch die Globalisierung bedingte Zunahme des Leistungs- und Wettbewerbdrucks
2) mehr Forderungen nach „Flexibilität, Mobilität und Anpassungsfähigkeit“ (Siegrist, 2013, S. 110)
3) „Fragmentierung“ der Erwerbsbiographie durch häufigere Berufswechsel, Umschulungen, Arbeitslosigkeit und eine allgemein höhere Arbeitsplatzunsicherheit
4) größerer Anteil von Beschäftigten im Dienstleistungsbereich

Arbeitsstressmodelle, die den Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Erkrankungsrisiko behandeln, sind das Job-Demand-Control-Modell (Karasek, 1979, zitiert nach Van der Doef & Maes, 2010), das Job-Demand-Control-Support-Modell (Johnson & Hall, 1988, zitiert nach Van der Doef & Maes, 2010),

das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist, 1996) und das Modell zu unfairen Verfahrensweisen in Organisationen (Greenberg, 2010).

Das Job-Demand-Control-Modell (Abbildung 1) besagt, dass das Wohlbefinden bei Jobs mit hohen Anforderungen und geringer wahrgenommener Kontrolle beeinträchtigt sein kann, und das Job-Demand-Control-Support-Modell nimmt noch die soziale Unterstützung als moderierenden Faktor dazu (Van der Doef & Maes, 2010).

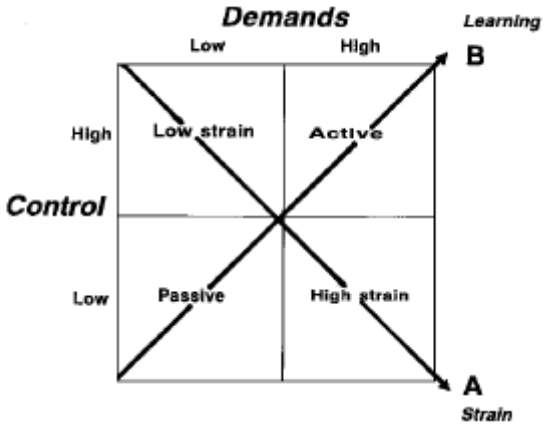

Abbildung 1. Das Job-Demand-Control-Modell (aus Van der Doef & Maes, 2010, S. 88, adaptiert vom Original von Karasek, 1979).

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Abbildung 2) beschreibt, dass geringe Belohnung und geringe Kontrolle über den eigenen beruflichen Status (erkennbar durch Fehlen von Beförderungsperspektiven oder Jobunsicherheit) in Verbindung mit hohem extrinsischen (Arbeitsdruck) oder auch intrinsischen (Coping-Mechanismen) Aufwand zu kardiovaskulären Erkrankungen (Siegrist, 1996) und Stressreaktionen (Siegrist & Dragano, 2008) führen kann.

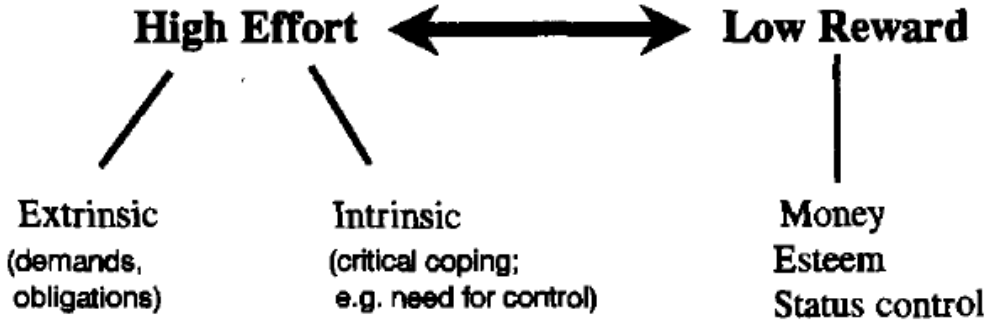

Abbildung 2. Das Effort-Reward-Imbalance-Model für den Arbeitsbereich (aus Siegrist, 1996, S. 30)

Greenberg (2010) stellte ein Modell (Abbildung 3) auf, das sich damit befasste, dass wahrgenommene Ungerechtigkeit ungünstige emotionale Reaktionen und ungesundes Verhalten (Bewegungsmangel, Rauchverhalten, Alkoholkonsum) hervorrufen kann, die das Risiko für psychische oder körperliche Krankheiten (Depressionen oder koronare Herzkrankheiten) erhöhen können.

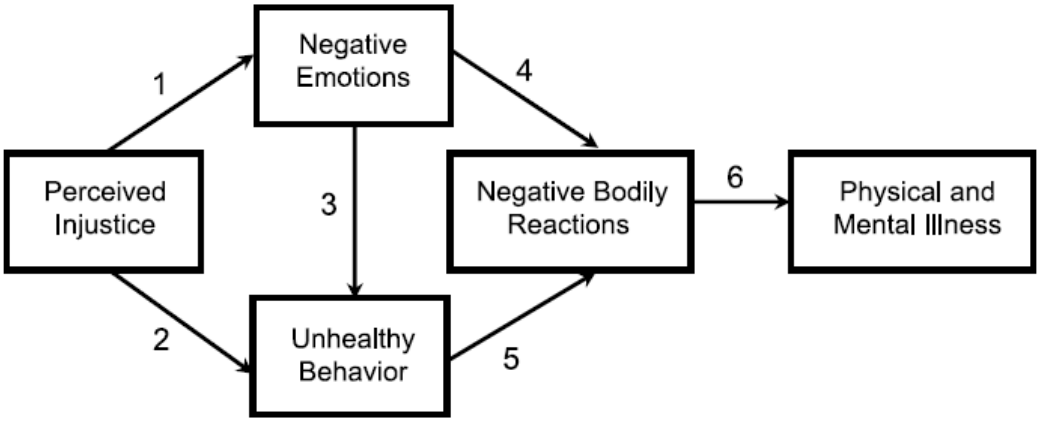

Abbildung 3. Links in der Beziehung zwischen organisationaler Gerechtigkeit und Gesundheit (aus Greenberg, 2010, S. 216)

Wissenschaftliche Überprüfungen verschiedener Einflussfaktoren, die die Gültigkeit der Modelle belegen, gibt es z.B. von Nieuwenhuijsen, Bruinvels und Frings-Dresen (2010) zu stressbedingten Störungen, von Rau und KollegInnen (2010) zu Depressionen und von Stansfeld und Candy (2006) zu Common Mental Disorders (CMD – umfassen laut Hensing, Bertilsson, Ahlborg, Waern & Vaez (2013) leichte bis moderate Depressionen sowie Angststörungen und mentale Erschöpfung/Burnout, auch leichtere Symptome).

Nieuwenhuijsen et al. (2010) konnten in einer Metastudie Hinweise darauf finden, dass mehrere in den Modellen vorkommende Faktoren wie hohe Anforderungen und geringe Kontrolle im Beruf, geringe Unterstützung durch die Kollegen und die Vorgesetzten, geringe wahrgenommene Gerechtigkeit und ein Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Belohnung für die Voraussage des Auftretens von stressbedingten Störungen herangezogen werden können.

Auch die Arbeitsdauer scheint ein Faktor zu sein, der einen Einfluss auf die Gesundheit haben kann. Bannai und Tamakoshi (2014) fassten in einer Meta-Analyse den Zusammenhang zwischen langen Arbeitszeiten (mehr als 40 Stunden pro Woche oder mehr als acht Stunden pro Tag) und verschiedenen gesundheitlichen Problemen zusammen. Neben koronaren Herzerkrankungen waren auch Schlafstörungen, Angstzustände und depressive Zustände mögliche Folgen.

Psychische Störungen in Verbindung mit Arbeitsüberlastung wurden in den letzten Jahren auch für die Gesundheitssysteme immer bedeutender (Berger, Gravert, Schneller & Maier, 2013). In Deutschland hat sich die Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen zwischen 2000 und 2011 um 12,2% reduziert, während die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Probleme um 56% gestiegen sind (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2012, zitiert nach Berger et al., 2013). Auch bei den Gründen für frühzeitige Pensionierung war ähnliches zu beobachten. Während die insgesamte Anzahl der „Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit“ (Deutsche Rentenversicherung, 2014, S. 104) zwischen 1990 und 2013 mit Anstiegen und Abfällen zwischen ungefähr 125000 und 224000 schwankte, stieg die Anzahl der Renten wegen psychischer Störungen im selben Zeitraum konstant von ca. 12000 auf über 34000. 1990 machten diese Fälle noch 13% aus, 2013 waren es bereits 43% (Deutsche Rentenversicherung, 2014).

Natürlich ist die Arbeit neben vielen anderen nur einer der Faktoren, die einen Einfluss auf psychische Gesundheit haben können und dennoch als Beitrag dazu nicht mehr zu unterschätzen (vgl. Friedrich-Gärtner, 2011).

1.1.1. Depression durch Arbeit

Da auf Depressionen im Arbeitskontext besonders oft eingegangen wird, sollen sie hier besonders hervorgehoben und ausführlicher beschrieben werden. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Depressionen ist häufig untersucht und belegt worden, zum Beispiel von Bannai und Tamakoshi (2014), Greenberg (2010), Rau et al. (2010) oder Stansfeld und Candy (2006).

Depressionen sind in Europa besonders häufig. Mit einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 6,9% lagen sie 2010 nach Angststörungen mit 14% und Schlafstörungen mit 7% an dritter Stelle der psychischen Erkrankungen (Wittchen et al., 2011). In der arbeitenden Bevölkerung scheinen sogar noch mehr Personen von depressiven Verstimmungen betroffen zu sein (Rixgens & Badura, 2012)

Laut ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014) kann die Diagnose „F32 depressive Episode“ und „F33 rezidivierende depressive Störung“ weiter eingeteilt werden in:

F32.0 Leichte depressive Episode
F32.1 Mittelgradige depressive Episode
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3. Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.4 depressive Episode, gegenwärtig remittiert
F32.8. Sonstige depressive Episode
F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8. Sonstige rezidivierende depressive Störung
F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet

Die typischen dabei auftretenden Symptome sind

> „- gedrückte Stimmung
> - Interessensverlust, Freudlosigkeit
> - Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit“ (Dilling, et al., 2014, S. 169)

Weitere häufig auftretende Symptome können sein:

„1. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit

2. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen

3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden)

4. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven

5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen

6. Schlafstörungen

7. verminderter Appetit“ (Dilling, et al., 2014, S. 170)

Rau und KollegInnen (2010) verfassten einen ausführlichen Bericht über arbeitsbedingte Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Sie fanden heraus, dass die objektiv bewertete Intensität der Arbeit, nicht aber der objektiv bewertete Tätigkeitsspielraum in Zusammenhang mit dem Auftreten von Depressionen stand. Das Risiko für Depressionen stieg also mit steigender Arbeitsintensität.

Es scheint auch Geschlechtsunterschiede bei den Zusammenhängen von Arbeitsstress und Depressionen zu geben. In der Studie von Robertson Blackmore et al. (2007) waren hohe Arbeitsbelastung, geringe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, geringe Arbeitsplatzsicherheit und hohe psychische Anforderungen im Job mit Depressionen bei Männern assoziiert. Bei Frauen standen geringe soziale Unterstützung und geringe Entscheidungsautorität mit depressiven Episoden in Zusammenhang. Interessanterweise waren Frauen, die einen weniger abwechslungsreichen Job hatten und weniger Gelegenheiten, ihre Fähigkeiten einzusetzen, seltener depressiv.

Der Zusammenhang mit der Arbeit geht aber nicht nur in die Richtung, dass schlechte Bedingungen bei der Arbeit dazu beitragen können, dass Personen eine Depression entwickeln, auch die Depression hat – ebenso wie andere psychische Probleme – einen maßgeblichen Einfluss auf verschiedene Faktoren der Arbeit. Darauf soll im Kapitel 1.2 näher eingegangen werden.

1.1.2. Burnout-Syndrom

Ein weiteres – in den Bereich psychische Gesundheit und Arbeit passendes – Konstrukt ist das Burnout-Syndrom, das seit den 1970er Jahren erforscht wird (Burisch, 2014) und zurzeit auch ein sehr häufiges Thema in den Medien ist. Obwohl mittlerweile im allgemeinen Sprachgebrauch geläufig, fehlt allerdings eine eindeutige Definition, über die durchgehend Einigkeit herrscht (Burisch, 2014). Die dazu gehörigen Konstrukte wurden in die Richtung von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation, Leistungsunzufriedenheit und weiter gefasst auch in Engagement und Involvement gesehen (Burisch, 2014).

Eine frühe Definition stammt von Christina Maslach (1982, übersetzt von und zitiert nach Burisch, 2014, S. 20) und beschreibt das Burnout als

> ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belastung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben. (Christina Maslach, 1982, zitiert nach Burisch, 2014, S. 20)

Eine Einschränkung dieser älteren Definition liegt an der betroffenen Personengruppe, die sich ausschließlich auf „helfende Berufe“ bezieht.

Weitere Definitionsversuche wären…
…. „ein Zustand physischer, emotionaler und mentaler Erschöpfung aufgrund langanhaltender Einbindung in emotional belastende Situationen“ (Pines & Aronson, 1988, zitiert nach Burisch, 2014, S. 21)

… „ein Zustand der Ermüdung und Frustration, herbeigeführt durch eine Sache, einen Lebensstil oder eine Beziehung, die nicht die erwartete Belohnung mit sich brachte“ (Freudenberger & Richelson, 1980, zitiert nach Burisch, 2014, S. 21)

… „ein über Erwartungen vermittelter, arbeitsbezogener, dysphorischer und dysfunktionaler Zustand eines Individuums ohne stärkere psychopathologische Beeinträchtigung, welches (1) schon eine Weile lang angemessene Leistungen und affektive Reaktionen in derselben Arbeitssituation gezeigt hat, und das (2) ohne Hilfe von außen oder Veränderung seiner Umweltbedingungen nicht wieder zu seinen früheren Standards zurückfinden wird“ (Brill, 1984, zitiert nach Burisch, 2014, S. 21)

Weiters gibt es Prozessdefinitionen, die den Verlauf von Engagement zu Mangel an Idealismus und Energie beschreiben (Burisch, 2014).

Burisch (2014) sah als bis dahin beste Definition die von Schaufeli und Enzmann von 1998 (Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 36, übersetzt von und zitiert nach Burisch, 2014, S. 22):

> Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand „normaler“ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft selbst aufrecht. (Burisch, 2014, S. 22)

Im in Österreich für das Krankenkassensystem relevanten ICD-10 wird auf das Burnout-Syndrom nicht im Detail eingegangen. Es ist unter Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ zu finden (Krollner & Krollner, 2015, o.S.). Da eine allgemein festgelegte und akzeptierte Definition für das Burnout-Syndrom fehlte, kam es in der Versorgungspraxis zu einem häufigen und „unkritischen Gebrauch des Begriffs“ (Berger, Schneller & Maier, 2012, S. 1367).

Im Depressionsatlas der deutschen Techniker Krankenkasse wurde die Betroffenheitsrate für Burnout mit 0,27% der Versicherten angegeben (Grobe & Steinmann, 2015). In einer deutschlandweiten Erhebung des Robert Koch Instituts wurde 2012 eine Prävalenz von Burnout von 4,2% gefunden. Frauen waren mit einer Rate von 5,2% häufiger betroffen als Männer mit 3,3%. Die Altersklasse, in der die Anzahl der Betroffenen am häufigsten war, ist die von 50 bis 59 Jahren (6,6%) und die Betroffenheitsrate steigt mit sozioökonomischem Status (Kurth, 2012). Laut Burisch (2014) werden bei PatientInnen mit Burnout-Symptomen, um die Kostenübernahme durch die Krankenkassen zu gewährleisten, häufig Ausweichdiagnosen wie Depressionen oder Anpassungsstörungen vergeben und die Z73-Diagnose nur zusätzlich.

Das Burnout-Syndrom wurde durch den ursprünglichen Fokus immer wieder im Bezug zum Berufsbereich erforscht. Alarcon (2011) untersuchte den Zusammenhang des Burnouts mit den Arbeitsanforderungen in einer Metaanalyse. Ausgehend von der Conservation of Resources Theory (COR-Theory, Abbildung 4) untersuchte er die drei Burnout-Komponenten emotionale Erschöpfung, Zynismus und reduzierte persönliche Leistung mit den arbeitsbezogenen Komponenten Ressourcen, Anforderungen und Haltung der Organisation. Das Modell besagt, dass Personen danach streben, Ressourcen aufzubauen, zu erhalten und zu schützen. Durch lange andauernde Wahrnehmung von geringen Ressourcen und hohen Anforderungen komme es zu emotionaler Erschöpfung, danach zu Zynismus, der als Coping-Mechanismus dienen soll, und letztendlich zu einer Reduktion der persönlichen Leistungsfähigkeit.

In der Studie konnte der Autor Zusammenhänge zwischen allen untersuchten Elementen finden. Der Zusammenhang der Anforderungen mit der Erschöpfung

war am größten sowie auch die Korrelation zwischen geringen Ressourcen und reduzierter Leistung (Alarcon, 2011).

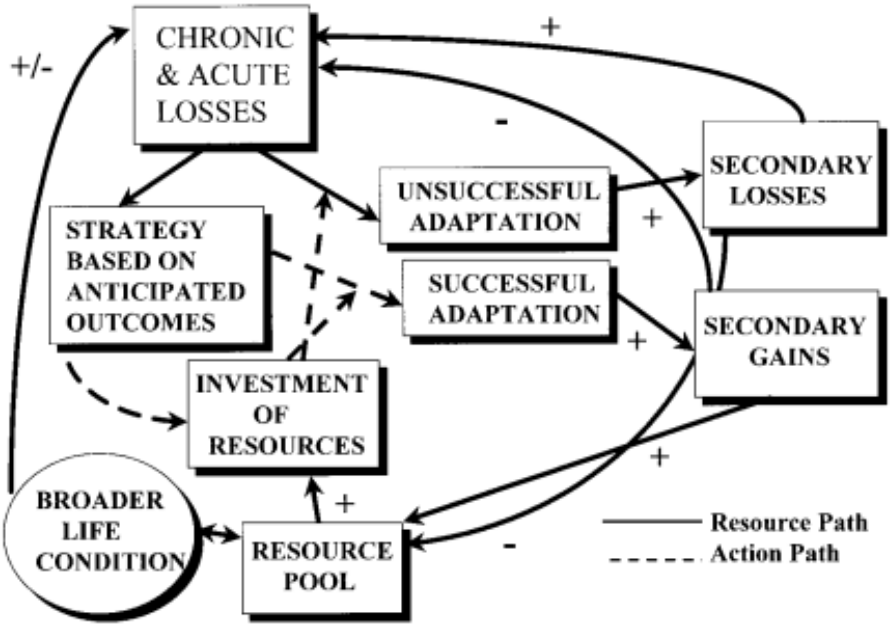

Abbildung 4. COR-Modell (aus Hobfoll, 2001, S. 358)

Burisch (2014) führte auch eine ausführliche Definition von Fehlbelastung und eine darauf aufbauende Definition von Burnout einer niederländischen Arbeitsgruppe (LVE, NHG & NVAB, 2011) an, die den Zusammenhang zu Arbeit oder anderen Bereichen offen lässt.

> Wir sprechen von Burnout, wenn alle drei untenstehenden Kriterien erfüllt sind.
>
> a. Es handelt sich um Fehlbelastung.
>
> b. Die Beschwerden dauern seit mehr als sechs Monaten an.
>
> c. Gefühle von Müdigkeit stehen deutlich im Vordergrund.
>
> (Burisch, 2014, S. 19)

Längst scheint es nämlich so zu sein, dass das schwammige Konstrukt „Burnout“ auch in von Arbeit ferneren Kontexten als relevant erachtet wird.

In der Studie von Wüstner (2005) fühlten sich 41% der befragten Arbeitslosen ausgebrannt. Bedingt durch den Verlust arbeitsbegleitender Faktoren wie ökonomischer Absicherung, sozialer Integration, Identitätsstiftung, Strukturierung des Alltags und anderen führte die Belastung dazu, dass auch bei diesen Personen mit Burnout in Verbindung gebrachte Symptome wie Desillusionierung, emotionale Erschöpfung und sozialer Rückzug auftraten (Abbildung 5).

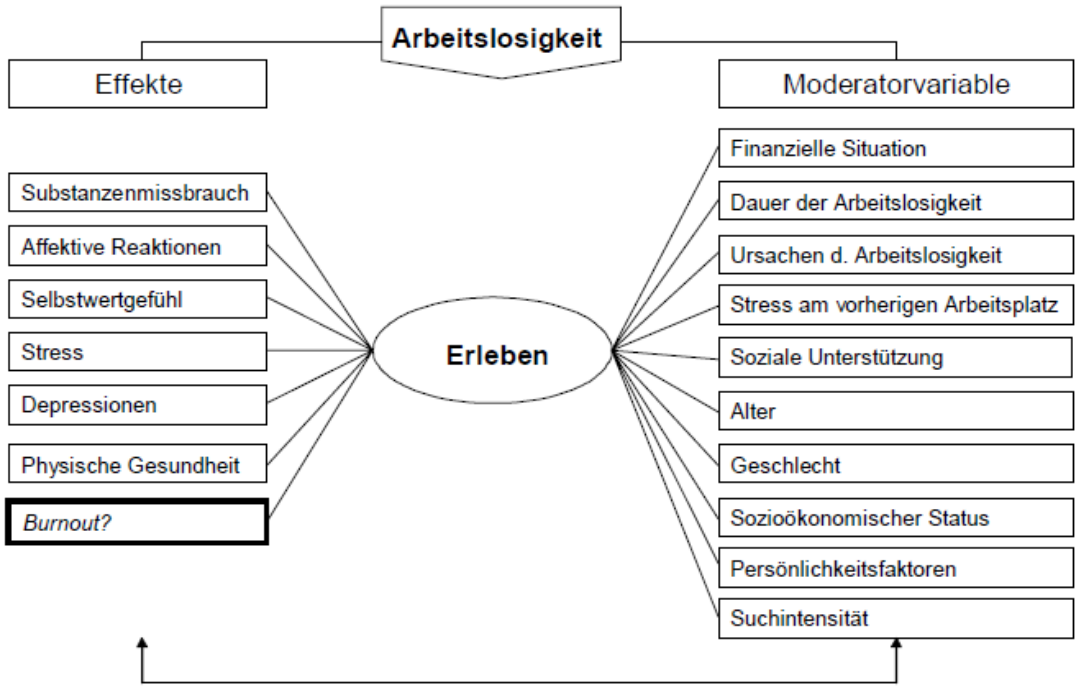

Abbildung 5. Effekte und Moderatorvariablen des Erlebens von Arbeitslosigkeit (Wüstner, 2005, S. 133)

Interessanterweise scheint es so zu sein, dass die Diagnose bei Personen mit höherem sozioökonomischen Status häufiger vergeben wird, während in den niedrigeren Schichten Depressionen häufiger diagnostiziert werden (Berger et al., 2012). Das könnte auch als Hinweis darauf gesehen werden, dass „zur Vermeidung sozialer Stigmatisierung Depressionen bei Personen höherer sozialer Schichten bevorzugt als „Burn-out-Syndrom“ bezeichnet werden“ (Berger et al., 2012, S. 1368). Da die öffentliche Meinung ist, dass die Störung durch Überarbeitung entsteht und bei sehr leistungsstarken Personen auftritt, erleichtert es der Begriff möglicherweise, über psychische Probleme zu sprechen, und Stigmatisierung, die bei anderen Störungen auftreten würde, kann vermieden werden (Berger et al., 2012).

Störungen, die im Zusammenhang mit Arbeitsstress und Burnout häufig untersucht werden, sind Depressionen und koronare Herzkrankheiten (Siegrist, 2013). Auch Angsterkrankungen, Medikamentenabhängigkeit und Tinnitus können sich als mögliche Folgekrankheiten auf „Burnout als Risikozustand“ ergeben (Berger et al., 2012).

Die Abgrenzung zu Belastung, Depression oder Konfliktreaktion ist praktisch nur schwer möglich (Burisch, 2014). Auch die Diagnose „Neurasthenie“, die schon vor etwa 100 Jahren diskutiert wurde und heute noch im ICD-10 unter F48.0 vertreten ist, weist mit den Symptomen „geistige Ermüdbarkeit und Erschöpfung, Schlafstörung und die Unfähigkeit zu entspannen“ (Hedderich, 2009, S. 13) Parallelen zum Burnout-Syndrom auf.

Siegrist (2013) sieht die Burnout-Symptomatik als Vorstufe zu depressiven Störungen und anderen stressassoziierten Erkrankungen. Er meint: „Auf der Wegstrecke von erfahrenem Arbeitsstress zum Ausbruch einer chronischen Krankheit wie Depression oder koronare Herzkrankheit durchlaufen sicherlich viele Personen eine Burn-out-Phase“ (Siegrist, 2013, S. 114). Auch ein Zusammenhang in die andere Richtung, also von der Depression zum Burnout, ist schon gefunden worden (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015).

In dem Review von Bianchi und Kollegen (2015) wurde aktuelle Literatur zur Überlappung von Depression und Burnout zusammengefasst. Sie stellten die Fragen, ob sich die Symptome der zwei untersuchten Störungen eindeutig unterscheiden, ob sie miteinander korreliert sind, ob man sie in Faktorenanalysen unterscheiden kann, ob eine Störung die andere voraussagen kann, ob die beiden auf biologischer Ebene unterschieden werden können und ob die Arbeitsbezogenheit des Burnout-Syndroms es von einer Depression unterscheidbar macht. Die Autoren schlussfolgerten, dass zwar Unterschiede gefunden worden sind, es vor allem für eine Unterscheidung zwischen dem Endstadium des Burnout-Syndroms und einer Depression keine ausreichenden Kriterien gibt und auch neuere Studien noch an einem Unterschied der zwei Störungen zweifelten. Sie kritisierten, dass durch das Fehlen einer eindeutigen Definition auch die verwendeten diagnostischen Verfahren (auch das viel

verwendete Maslach Burnout Inventory) in Wirklichkeit nicht dazu geeignet sind, eine Diagnose zu vergeben. Daher sollte ein wichtiges Ziel für weitere Forschung sein, eindeutige Kriterien zu formulieren, um die Forschung in Zukunft nicht weiter durch unscharfe Diagnosekriterien zu verfälschen.
Auch wenn einige Hinweise für die Unterschiedlichkeit von Burnout und Depression vorliegen, sind die Ergebnisse im Allgemeinen zu inkonsistent, um eindeutige Schlüsse ziehen zu können. Die Autoren vermuten, dass Burnout als ein Teil in einem weiter gefassten Depressionsspektrum gesehen werden könnte und keine selbstständige Störung darstellt (Bianchi et al., 2015).

Burisch (2014) hat eine umfassende Liste von Burnout-Symptomen erstellt, die in der Literatur häufig genannt werden. Hier sollen diese – um das Bild des Syndroms noch zu schärfen – überblicksmäßig und in gekürzter Version dargestellt werden:

1. Warnsymptome der Anfangsphase
a) überhöhter Energieeinsatz
b) Erschöpfung

2. Reduziertes Engagement
a) für KlientInnen, PatientInnen etc.
b) für andere allgemein
c) erhöhte Ansprüche

3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisungen
a) Depression
b) Aggression

4. Abbau
a) der kognitiven Leistungsfähigkeit
b) der Motivation
c) der Kreativität
d) Entdifferenzierung

5. Verflachung
a) des emotionalen Lebens
b) des sozialen Lebens
c) des geistigen Lebens

6. Psychosomatische Reaktionen

7. Verzweiflung

Die Allgegenwärtigkeit des Begriffs Burnout, wie auch immer er definiert ist oder was sich dahinter versteckt, zeigt, dass Erschöpfung durch Arbeit oder andere Faktoren ein Problem geworden ist und einer Lösung bedarf. Dafür wäre es natürlich essentiell, dass die seit den 1970er Jahren durchgeführte Forschung zu eindeutigen Ergebnissen findet.

Noch sind die Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für Burnout erst in der Entwicklungsphase und noch nicht sehr ausgereift. Wichtig sind diese trotzdem, da es sich um eine potenziell große Gruppe von Menschen handelt, die von arbeitsbezogenen psychischen Problemen betroffen sein kann (Berger et al., 2012).

1.2. Beeinträchtigung der Arbeitsleistung und Folgen im Arbeitsleben durch psychische Probleme

Natürlich haben psychische Probleme – egal wodurch bedingt – auch einen Einfluss auf die Leistung, die bei der Arbeit erbracht wird. Laut OECD (2012) leiden 20% der Personen im erwerbsfähigen Alter unter einer psychischen Störung im klinischen Sinn, und ein Drittel bis die Hälfte der Anträge auf Berufsunfähigkeitspension (disability benefit claim) gehen auf psychische Erkrankungen zurück (bei jungen Erwachsenen bis zu 70%). In dem OECD-Bericht wird zwischen Personen mit „common mental disorders“ (CMD) und „severe mental disorders“ (SMD) (OECD, 2012, pp. 12) unterschieden, wobei in der ersten Gruppe 60–70% der Personen erwerbstätig sind, während sich die Anzahl in der zweiten, von schwereren psychischen Störungen betroffene Gruppe auf 45–55% beläuft. Auch scheinen diese Gruppen Probleme zu haben, passende Arbeitsstellen zu finden, und oft in Bereichen zu arbeiten, die ihren Fähigkeiten nicht entsprechen und noch dazu ungesunde Arbeitsbedingungen bieten. Zudem fallen von psychischen Störungen betroffene Personen öfter krankheitsbedingt aus und können oft nicht dieselbe Leistung erbringen wie psychisch gesunde ArbeitnehmerInnen (OECD, 2012).

Rixgens und Badura (2012) fanden bei der Befragung von 3000 Beschäftigten in verschiedenen Organisationen ein ähnliches Bild. 20% der Personen litten zeitweise unter depressiven Verstimmungen und schlechtem Allgemeinbefinden, während die anderen 80% keinerlei Probleme aufweisen.

Die AutorInnen betonten weiterhin, dass bei den Krankenständen vor allem psychische Erkrankungen an Bedeutung gewonnen haben und damit auch die Anzahl an arbeitsunfähigen Personen zugenommen hat. Auch scheinen Frauen und Personen, die im Dienstleistungssektor arbeiten, stärker von psychischen

Problemen betroffen zu sein als Männer und Beschäftigte im Produktionsbereich (Rixgens & Badura, 2012).

Die Ergebnisse der Studie von Lerner und KollegInnen (2004) zeigten, dass depressive ArbeitnehmerInnen über längere Zeiträume hinweg häufiger arbeitslos wurden als gesunde Personen. Wenn sie weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis standen, dann waren in dieser Gruppe signifikant häufiger Arbeitsplatzfluktuation, Überstunden und Fehlzeiten zu beobachten (Lerner et al., 2004). Neben Arbeitslosigkeit waren auch Defizite in der Arbeitsleistung häufiger (Lerner & Moshner Henke, 2008).

Bertilsson, Petersson, Östlund, Waern und Hensing (2013) untersuchten in einer qualitativen Studie die Arbeitskapazität von Personen mit Depressionen und Angststörungen. Die untersuchten Personen beschrieben eine reduzierte Arbeitsleistung. Diese so gut wie möglich aufrecht zu erhalten, war für sie ein großer Kraftakt, der viel Energie benötigte, die dann wiederum für Freizeit und soziale Aktivitäten fehlte. Die Personen fühlten sich einsam, matt, müde und durch das Arbeitsumfeld unverstanden. Ihr arbeitsbezogenes Selbstbewusstsein war durch schwankende Arbeitsleistung reduziert. Erfolgserlebnisse und Anerkennung durch andere blieben aus, und in zwischenmenschlichen Situationen konnte nicht mehr adäquat reagiert werden. Neben all dem erschwerten mangelndes Konzentrationsvermögen und reduziertes Arbeitstempo noch weiter die Arbeitsleistung.

Auch scheint es so zu sein, dass Personen mit psychischen Problemen in ihrer Arbeitsleistung sogar stärker eingeschränkt sind als Personen mit körperlichen Problemen. In einer Studie, in der ArbeitnehmerInnen mit rheumatoider Arthritis mit ArbeitnehmerInnen mit Depressionen verglichen worden sind, zeigte sich, dass die erste Gruppe zwar stärkere Einschränkungen im Bereich der physischen Leistung hatte, in den Bereichen Output, Zeitmanagement und mental-interpersonale Anforderungen die Personen mit Depression aber weit weniger leistungsfähig waren (Adler et al., 2006).

Elison, Houck, Marcus und Pincus (2004) untersuchten depressive Personen, die im Arbeitsprozess standen oder arbeitslos waren, um herauszufinden, ob sich die zwei Gruppen unterschieden. Die arbeitenden Personen waren durchschnittlich jünger, männlich, besser ausgebildet, verdienten mehr, lebten mit einer nicht verwandten Person oder alleine und meist im städtischen Umfeld. Sie nahmen sich als weniger beeinträchtigt und gesünder wahr und seltener als arbeitsunfähig. Auch durch soziale, kognitive oder körperliche Probleme fühlten sie sich weniger beeinträchtigt als die Arbeitslosen.
Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass auch auf soziodemographische Faktoren geachtet werden sollte, weil depressive Personen verschiedene Bedürfnisse, was Unterstützung im Arbeitsbereich angeht, haben können.

El Guebaly und KollegInnen (2007) untersuchten Personen mit Angst- und affektiven Störungen sowie Substanzabhängigkeit auf Arbeitsunfähigkeit und beeinträchtigte Funktionsfähigkeit. Personen mit Substanzabhängigkeit waren seltener von Arbeitslosigkeit betroffen als die anderen Gruppen. Personen mit mehr als einer psychischen Störung waren davon signifikant öfter betroffen. Auch soziodemographische Faktoren wurden untersucht. Hier fand man, dass Personen mit geringem Einkommen in allen Gruppen häufiger arbeitslos waren und Frauen, die Substanzen missbrauchten, häufiger nicht arbeiteten als Männer in derselben Gruppe.

Steward, Ricci, Chee, Hahn und Morganstein (2003) verglichen die Lost Productivity Time (LPT) bei Personen mit Depressionen mit der LPT bei gesunden Personen. Sie fanden bei den depressiven ArbeitnehmerInnen eine signifikant höhere LPT von 5,6 Stunden pro Woche als bei der anderen Gruppe mit einer LPT von 1,5 Stunden. Die AutorInnen schätzten die erhöhten Kosten der ArbeitgeberInnen für die geringere Leistungsfähigkeit der depressiven ArbeitnehmerInnen auf 31 Milliarden Dollar pro Jahr. Die entstehenden Mehrkosten sind auch höher anzunehmen als bei anderen Erkrankungen wie zum Beispiel Migräne, Rückenschmerzen oder Diabetes.
Im Bericht der deutschen Techniker Krankenkasse (Grobe & Steinmann, 2015) wurde angegeben, dass 1,4% der Arbeitsunfähigkeitsfälle durch die Diagnose Depression begründet wurden, dass diese allerdings 7,1% der Fehltage

ausmachten. Die Länge der Ausfallsdauer sei bei psychischen Störungen – vor allem bei der Depression – länger als bei anderen Diagnosen. Die Anzahl der Betroffenen wurde als mit dem Alter ansteigend beschrieben, und Arbeitsunfähigkeit trat aus diesem Grund bei Männern 2013 tendenziell seltener auf (1,8%) als bei Frauen (2,1%). In dem Bericht wurde auch angegeben, dass sich interessanterweise die Fehlzeiten über alle Diagnosen hinweg von 2000 auf 2006 auf 88% des Ausgangswertes reduziert hatten, während sich die Fehlzeiten, die durch Depressionen begründet waren, um 18% vermehrten. 2013 waren die Fehlzeiten wegen Depressionen 69% höher als 2000. Allerdings war im Jahr 2013 zum ersten Mal seit 2006 ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Weitere Informationen aus dem Bericht betrafen die Berufssparten – Personen im Gesundheitswesen waren häufiger betroffen als die im technischen Bereich – und verschiedene Bildungsstufen. Bei niedrigem Ausbildungs- oder Schulabschluss waren die Arbeitsunfähigkeitstage wegen Depressionen häufiger. Je höher die Bildungsebene war, desto weniger Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Depressionen traten 2013 auf (Grobe & Steinmann, 2015).

Auch die Kosten, die durch Produktivitätsverluste, Ausfälle und Behandlung bei Depressionen entstehen, sind enorm (z.B. McTernan, Dollard & LaMontagne, 2013). In Deutschland dürften die Kosten sich 2013 auf rund vier Milliarden Euro belaufen haben (Grobe & Steinmann, 2015). Cocker et al. (2014) verglichen die Kosten, die durch Abwesenheit der depressiven Arbeitnehmer anfielen, mit denen, die durch krankheitsbedingte Leistungseinbußen bei aufrechterhaltener Arbeit entstanden. Auch wenn in den meisten Fällen die Kosten durch Abwesenheit höher waren als bei Anwesenheit der beeinträchtigten Personen, waren diese dennoch erheblich. Die AutorInnen stellten fest, dass es positiv wäre, die betroffenen Personen trotz ihrer Erkrankung in reduzierter Weise im Arbeitsprozess zu halten, da es neben den Ergebnissen zu verminderter Arbeitsleistung, Konzentration und Müdigkeit auch Hinweise darauf gibt, dass sich Arbeit positiv auf die psychische Gesundheit auswirken kann.
Aus all den genannten Gründen ist es wichtig herauszufinden, welche Interventionen Personen, die unter psychischen Problemen im Arbeitskontext leiden, dabei helfen, ihre Arbeit wieder beschwerdefrei durchführen zu können oder einen neuen Arbeitsplatz zu finden, wenn sie ihren schon verloren haben.

Auch ist es notwendig, bereits vorhandene Programme zu evaluieren und zu optimieren. Genau in diese Richtung geht das Projekt fit2work. Die Wirksamkeit zu prüfen und maximalen Nutzen sicher zu stellen ist nicht nur wirtschaftlich gesehen wichtig, sondern kann auch das Leben der betroffenen Personen erleichtern.
Im folgenden Abschnitt soll näher auf bisherige Ergebnisse zu dem Thema eingegangen werden.

1.3. Wirkung von Behandlung auf Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungssituation

Wünschenswert wäre es, wenn man sicherstellen könnte, dass Personen, deren psychisches Befinden sich nach einer psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung wieder verbessert hat, auch einen guten Wiedereinstieg in das Arbeitsleben haben und eine gute Arbeitsleistung erbringen können.
In der Studie von Schoenbaum und KollegInnen (2002) konnte gezeigt werden, dass in einer Stichprobe von depressiven PatientInnen diejenigen, die eine adäquate psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung erhalten hatten, im Vergleich zu denen, die keine oder keine adäquate Behandlung erhalten hatten, zu einem größeren Teil wieder berufstätig waren (72% bei adäquater und 53% bei keiner oder nicht adäquater Behandlung).

Blonk und KollegInnen (2006) untersuchten in einer Stichprobe von selbstständig Beschäftigten, die ihren Versicherungen Krankenstand aufgrund von arbeitsbedingten psychischen Problemen gemeldet hatten, die Wirkung von zwei verschiedenen Therapien. Die eine war eine kognitiv-behaviorale Therapie und die andere eine auf kognitiv-behavioraler Therapie basierende Kurzintervention, die graduelle Exposition und Arbeitsplatzintervention zur Reduktion von Stressoren bei der Arbeit kombinierte und von „labour experts“ durchgeführt wurde. Diese Interventionen wurden mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Personen, die die Kombinationsbehandlung erhalten hatten, fast sieben Monate früher wieder

vollständig in ihren Job zurückkehren konnten und auch bei der teilweisen Rückkehr in die Arbeit schneller waren. Die Autoren schlossen, dass die teilweise Rückkehr in den Arbeitsalltag ein wichtiger Einflussfaktor für die vollständige Rückkehr sein könnte. Was allerdings den Rückgang der psychischen Belastung betraf, unterschieden sich die Personen nicht von denen in der Kontrollgruppe. Daraus folgend scheint der Rückgang der Beschwerden nicht wichtig oder zumindest nicht der einzige Einflussfaktor für die Rückkehr in den Beruf zu sein (Blonk et al., 2006).
In der Studie von Hensing et al. (2013) kehrten Personen, die aus verschiedenen Gründen arbeitslos geworden waren, vor allem bei Angabe von psychischen Erkrankungen, geringem mentalem Wohlbefinden und geringer Arbeitskapazität (in den Dimensionen Wissen, mentale und körperliche Arbeitsfähigkeit und Zusammenarbeit) später ins Arbeitsleben zurück.

Rost, Smith und Dickinson (2004) begleiteten ein zwei Jahre dauerndes Programm zur verbesserten Behandlung von depressiven Personen, die andauernd oder mit Unterbrechungen arbeitstätig waren. Nach dem Programm berichteten die Personen 6,1% höhere Produktivität und 22,8% weniger Abwesenheiten. Lerner und KollegInnen (2012) begleiteten ein Pilotprojekt zu einem Gesundheitsprogramm, das speziell auf die Arbeitsfähigkeit von depressiven ArbeitnehmerInnen ausgerichtet war. Das Programm beinhaltete ein Arbeitscoaching, Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie und Beratung für Gesundheitskoordination. Die Arbeitsfähigkeit der Personen war nach einem acht Wochen dauernden Programm signifikant höher als davor.

Eine Untersuchung von Miranda, Schoenbaum, Sherbourne, Duan und Wells (2004), in der eine evidenz-basierte Depressionsbehandlung auf ihren Einfluss auf klinischen und Beschäftigungsstatus bei Personen mit und ohne Minderheitenzugehörigkeit überprüft wurde, zeigte, dass in beiden Gruppen die Personen, die die Behandlung erhalten hatten, geringere Depressions-Werte aufwiesen als die Kontrollgruppe ohne angemessene Behandlung. Beim Beschäftigungsstatus waren die Unterschiede bei den Personen mit und ohne Behandlung in der Gruppe ohne Minderheitenzugehörigkeit signifikant (71,4% vs. 52,4%), bei der Minderheitengruppe allerdings nicht (68,2% vs. 56,5%).

Zusammenfassend scheint eine passende Behandlung einen positiven Einfluss auf Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsstatus zu haben.

Was hier in dieser Arbeit nicht genauer behandelt werden kann, aber auch sehr wichtig ist, sind Maßnahmen, die die Arbeitssituationen der Beschäftigten schon gesundheitsförderlich gestalten, bevor es überhaupt zu stressbedingten Problemen kommen kann. Dafür ist unter anderem der Bereich „betriebliche Gesundheitsförderung“ relevant. Berger und KollegInnen (2013) haben einen 5-Stufen-Plan für die Prävention und Behandlung von psychischen Störungen am Arbeitsplatz aufgestellt (Abbildung 6).

Abbildung 6. Betriebliches Gesundheitsmanagement bei psychischen Störungen (aus Berger et al., 2013, S. 1292)

1.4. Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit

Da die Arbeit neben verschiedenen Belastungen auch positive Aspekte mit sich bringt, wurde auch untersucht, wie sich das gänzliche Fehlen der Berufstätigkeit auf die Belastung und psychische Gesundheit auswirkt (Wüstner, 2005). Levinson und Lerner (2009) untersuchten den Zusammenhang von psychischen Problemen und Arbeitslosigkeit in Israel. Personen, die im letzten Monat von Angst- oder affektiven Störungen betroffen waren, waren seltener in einem

Arbeitsverhältnis (35% Beschäftigung), als Personen, bei denen die Problematik im Jahr davor, aber nicht im vergangenen Monat (52% Beschäftigung) aufgetreten war. Zwischen Personen, die irgendwann in ihrem Leben von psychischen Problemen betroffen waren (60% Beschäftigung), und solchen, die nie betroffen waren (58% Beschäftigung), gab es keinen signifikanten Unterschied darin, wie oft sie sich in einem Arbeitsverhältnis befanden (Levinson & Lerner, 2009).

Breslin und Mustard (2003) berichteten, dass in der untersuchten Stichprobe die Gruppe von 31- bis 55-jährigen Personen, die arbeitslos wurden, höhere Ausprägungen in Distress und in manchen Fällen auch Depressivität zeigten, während bei 18- bis 30-jährigen kein Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Arbeitslosigkeit auftrat.

Da die Kausalität des oft beobachteten Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit mit schlechterem Gesundheitszustand noch nicht ausreichend geklärt worden war, analysierte Schmitz (2011) den Effekt von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Mit Daten einer deutschen Erhebung, die zwischen 1991 und 2008 durchgeführt worden war, wollte er klären, ob 1) neben dem bereits bekannten Risiko erkrankter Personen, arbeitslos zu werden und 2) ihrer – im Gegensatz zu gesunden Personen – schwierigeren Situation beim Wiedereinstieg in den Beruf auch 3) die Arbeitslosigkeit selbst einen Einfluss auf die Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat. In dieser Untersuchung konnte kein direkter Einfluss von Arbeitslosigkeit auf psychische Gesundheit gefunden werden.

Es ist also aus vielen Gründen wichtig, Personen dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit zu erhalten, um nicht arbeitslos zu werden, und wenn sie schon erkrankt sind, bei der Genesung unterstützend zu wirken, um sie wieder in den Arbeitsprozess integrieren zu können. Genau hier setzt das Projekt fit2work an.

2. Versorgungssituation psychischer Störungen in Österreich

In der Behandlung von psychischen Störungen gibt es in Österreich die Situation, dass der Beruf des/der PsychologIn von dem des/der PsychotherapeutIn gänzlich unabhängig ist. Während die Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn kein abgeschlossenes Studium voraussetzt und ein allgemeines „Propädeutikum“ und ein schulenspezifisches „Fachspezifikum“ enthält (Bundesministerium für Gesundheit, 1990a), können PsychologInnen durch eine postgraduale Ausbildung die Zusatzqualifikation zum/zur Klinischen PsychologIn erhalten und damit auch klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen durchführen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013).

2.1. Klinische Psychologie, klinisch-psychologische Behandlung, österreichische Situation

Wittchen und Hoyer (2011) definieren Klinische Psychologie wie folgt:

> Klinische Psychologie ist diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit psychischen Störungen und den psychischen Aspekten somatischer Störungen und Krankheiten in der Forschung, der Diagnostik und Therapie beschäftigt.
>
> Dazu gehören u. a. die Themen
>
> - Ätiologie und Bedingungsanalyse;
> - Klassifikation und Diagnostik;
> - Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation;
> - Epidemiologie, Gesundheitsversorgung und Evaluation.

> Klinische Psychologie umfasst die Erforschung, Diagnostik und Therapie der Gesamtheit psychischer Störungen bei Menschen aller Altersstufen. Aufbauend auf den wissenschaftlichen Grundlagen der Psychologie mit ihren Teildisziplinen ist es ein Charakteristikum der Klinischen Psychologie, dass sie enge Beziehungen zu vielen anderen Wissenschaftsdisziplinen aufweist, insbesondere zur Psychiatrie, der Soziologie, den neurobiologischen Fächern (einschließlich der Gebiete Genetik und Psychopharmakologie), der Neurologie und anderen medizinischen Fächern. (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 4)

Baumann und Perrez (2006) verstehen Klinische Psychologie als psychologische Teildisziplin, die sich mit psychischen Störungen sowie den psychischen Aspekten von somatischen Störungen und Krankheiten beschäftigt. Dazugehörige Aspekte wären „Ätiologie/Bedingungsanalyse, Klassifikation, Diagnostik, Epidemiologie, Intervention (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation, Gesundheitsversorgung, Evaluation)“ (Baumann & Perrez, 2006, S. 1).

Sie sehen die klinisch-psychologische Behandlung nicht als Therapieschule oder allgemeine Therapietheorie, sondern als „fachpolitischer Identitätsbegriff für Technologien, die sich auf das Gesamt der empirischen Psychologie stützen“ (Baumann & Perrez, 2006, S. 8). Somit kann sie, im Gegensatz zu verschiedenen Psychotherapieschulen, die möglicherweise wesentliche Behandlungsmöglichkeiten nicht anwenden, alle Interventionsformen mit einbeziehen. Wichtig ist weiters die explizite Zielorientierung, die wissenschaftliche Begründung und theoretische Fundierung aller Methoden sowie Evaluation und empirische Überprüfung und letztendlich die Professionalität im Handeln (Baumann & Perrez, 2006).

Kryspin-Exner (2008) bezeichnet psychologische Interventionen als solche, die sich „originär aus der Psychologie als Wissenschaft heraus ergeben" (Kryspin-Exner, 2008, S. 5). Die psychologische Behandlung ist also an der empirischen Grundlagenforschung orientiert und nutzt Erkenntnisse verschiedener Fachbereiche der Psychologie wie Entwicklungs-, Persönlichkeits-, Sozial-, Motivations-, Gesundheits-, Emotions-, Kognitions- und Neuropsychologie sowie Attributions- und Laientheorien und subjektive Theorien zu Gesundheit und Krankheit. Die angewandten Methoden sollen einer Evaluation unterzogen werden, zielorientiert sein und Problem- und Ressourcenanalyse beinhalten. Das Vorgehen soll hypothesengeleitet sein und auf einer Einheit von Diagnostik und Therapie basieren. Die Expertise der KlientInnen wird insofern mit einbezogen, als sie ExpertInnen über sich selbst bleiben, während der/die PsychologIn als ExpertIn hinsichtlich psychologischen Wissens gesehen wird. Die Behandlung soll „evidence-based“ sein, also aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen und auch Erfahrungswissen mit einbeziehen. Kryspin-Exner (2008) sieht wichtige Elemente der Behandlung in der Psychoedukation, im Training von Fertigkeiten und Funktionen, Motivationsförderung, Inklusion subjektiver Krankheitstheorien und Gesundheitsvorstellungen.
Der Beziehungsstil zwischen PsychologIn und KlientIn soll adaptiv sein und „zuhören, üben, motivieren, emotional unterstützen bis hin zu Anregungen, mit bestimmten Denk- und Verhaltensweisen zu experimentieren“ (Kryspin-Exner, 2008, S. 7) beinhalten. Ein kooperatives Bündnis wird angestrebt. Die aktive Mitarbeit des/der KlientIn wird als höchst relevant angesehen, Selbstmanagement und Selbstkontrolle sollen angeregt werden. Auch wird eine ökonomische Vorgehensweise, was Zeit und Finanzen angeht, angestrebt (Kryspin-Exner, 2008).

Im Herausgeberwerk von Beiglböck, Feselmayer und Honemann (2006) wird auf die klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung sowie Hintergründe verschiedener Störungsbilder eingegangen. Als Arbeitsbereiche der Klinischen Psychologie werden unter anderem Demenz, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund Veränderungen des Gehirns, Störungen durch Alkohol und Tabak, Schizophrenie, affektive Störungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen,

psychosomatische Störungen, Schlafstörungen, psychologische Faktoren bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Hauterkrankungen, Schmerzen beschrieben.
Zusammenfassend kann man sagen, dass die klinisch-psychologische Behandlung in vielen verschiedenen Bereichen eingesetzt wird.

In Österreich gibt es, wie schon erwähnt, die Möglichkeit, eine spezifische Ausbildung zum/r Klinischen PsychologIn zu machen. Nach Abschluss des Psychologiestudiums konnten PsychologInnen, dem „alten“ Psychologengesetz entsprechend, durch eine postgraduale Ausbildung, bestehend aus einer praktischen Ausbildung von 1480 Stunden und einer theoretischen Ausbildung von 160 Stunden (Bundesministerium für Gesundheit, 1990b), die Zusatzqualifikation zum/zur Klinischen PsychologIn erhalten und damit auch klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen durchführen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013). 2012 gab es acht Anbieter, bei denen man die theoretische Ausbildung absolvieren konnte (Sagerschnig, 2012).
Das neue Psychologengesetz von 2013 sieht vor, dass nur die AbsolventInnen des Psychologiestudiums die Ausbildung zum/r Klinischen PsychologIn machen können, die 75 ECTS-Punkte in bestimmten Feldern der Klinischen Psychologie absolviert haben und psychische, physische sowie persönliche Eignung vorweisen können. Die Ausbildung wurde mit dem neuen Gesetz auch ausgeweitet und umfasst nun zumindest 340 Einheiten theoretische, 2188 Einheiten praktische Ausbildung, begleitende Supervision von 120 Einheiten sowie 76 Einheiten Selbsterfahrung (Bundesministerium für Gesundheit, 2013).

Bei den Klinischen PsychologInnen hat es von 1991 bis 2012 große Zuwächse von unter 1000 auf über 8000 eingetragene Personen gegeben (Hagleitner, 2013). Mitte 2015 gab es in Österreich mehr als 9500 in die Liste des Bundesministeriums für Gesundheit (2015b) eingetragene Klinische PsychologInnen. Geographisch gesehen arbeiteten im Jahr 2012 63% in den Landeshauptstädten oder in Wien, was ein großes Stadt-Land-Gefälle bedeutet. 42,2% waren freiberuflich tätig, 31,5% angestellt und 26,3% sowohl freiberuflich als auch in einem Arbeitsverhältnis tätig. 82% der Berufsgruppe waren Frauen

und 23,3% der Klinischen und GesundheitspsychologInnen waren auch in Psychotherapie ausgebildet (Hagleitner, 2013).
Felder der klinisch-psychologischen Behandlung in der Praxis waren zum Beispiel Neuropsychologie, Notfallpsychologie, psychologische Behandlung bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Rheuma, Herz-Kreislauferkrankungen, Psychoonkologie, dementielle Erkrankungen, Neurorehabilitation nach Schlaganfällen oder anderen Unfällen und Kinder- und Jugendpsychologie (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2014a).

Im Folgenden soll noch ein kurzer Überblick über die Ausbildung von Klinischen PsychologInnen in Europa gegeben werden. In der Dissertation von Pal-Handl (2004) wurden die Unterschiede in der Ausbildung von Klinischen PsychologInnen in 15 EU-Ländern zusammengefasst. Es konnten drei Gruppen eingeteilt werden:
1) Länder, in denen die postgraduale Ausbildung gesetzlich geregelt ist und verpflichtende Qualifikationen definiert sind (Österreich, Frankreich, Griechenland, Italien, Spanien)
2) Länder, in denen Ausbildungsrichtlinien zwar formuliert, aber keine gesetzlichen Grundlagen vorhanden sind (Irland, Niederlande, Schweden, Großbritannien)
3) Länder, in denen weder gesetzliche Regelungen noch Qualifikationsrichtlinien existieren (Belgien, Dänemark, Finnland, Deutschland, Luxemburg, Portugal)
Insgesamt sind die Ausbildungsmodelle recht unterschiedlich und schwer vergleichbar, insbesondere aufgrund unterschiedlicher Studien- und Ausbildungsdauer (Pal-Handl, 2004).

Auch wenn die Interventionen, die in der klinisch-psychologischen Behandlung angewendet werden, an sich schon wissenschaftlich begründet sein sollten, ist es für verschiedene Bereiche dennoch wichtig, dass sie wissenschaftlich evaluiert werden. Es sollte auf jeden Fall überprüft werden, ob die Ausbildung tatsächlich die Voraussetzungen schafft, um nach Absolvierung verschiedene Arten von Problemen behandeln und Interventionen durchführen zu können. Obwohl sich die klinisch-psychologische Behandlung zum Beispiel in Krankenhäusern oder Rehabilitationszentren und in der Privatpraxis bereits

etabliert hat (vgl. Beiglböck et al., 2006), gibt es im Gegensatz zur Psychotherapie dennoch nicht die Möglichkeit, für Beratung oder Behandlung bei niedergelassenen Klinischen PsychologInnen Kostenübernahme oder Zuschüsse durch die österreichischen Sozialversicherungsträger zu erhalten (Bundesministerium für Gesundheit, 2015a). Nur die klinisch-psychologische Diagnostik wird zum Teil oder auch zur Gänze von den Kassen übernommen. Wissenschaftliche Belege für die Wirkung müssten über Kurz oder Lang dazu führen, dass sich die Politik mit dem Thema auseinandersetzt und die klinisch-psychologische Behandlung auch in den Leistungskatalog der Versicherungen aufgenommen werden müsste. Diese Forderung besteht schon seit einiger Zeit und wird durch verschiedenste Stellen unterstützt (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2014b; Hartinger, 2008)

2.2. Psychotherapie und die österreichische Situation

Psychotherapie ist laut Strotzka (1969, S. 32, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 4) definiert als…

> … ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig. (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 4)

Wie Wittchen und Hoyer (2011) betonen, stellt die Psychotherapie einen kleinen, aber sehr bedeutsamen „Teil des interventionsbezogenen Aufgabenkatalogs der Klinischen Psychologie“ (Wittchen & Hoyer, S. 4) dar.

Wie auch die klinisch-psychologische Behandlung ist die Psychotherapie in Österreich gesetzlich geregelt (Bundesministerium für Gesundheit, 1990a). Im Allgemeinen haben die Personen, die die Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn machen können, einen psychosozialen Quellenberuf und absolvieren dann ein allgemeines Propädeutikum, das 765 Stunden theoretische Ausbildung und 550 Stunden Praxis vorschreibt, und danach ein schulenspezifisches Fachspezifikum, das sich je nach Schule unterscheidet und 300 Stunden theoretische Ausbildung und 1600 Stunden praktische Tätigkeit vorschreibt (Bundesministerium für Gesundheit, 1990a).

In Österreich gibt es eine vom Bundesministerium für Gesundheit geführte PsychotherapeutInnenliste, auf der Mitte 2015 mehr als 8200 PsychotherapeutInnen eingetragen waren (Bundesministerium für Gesundheit, 2015c). Laut der Erhebung von Hagleitner (2013) ist wie bei den Klinischen PsychologInnen auch bei den PsychotherapeutInnen die Anzahl von 1991 bis 2012 ungefähr um das Achtfache gestiegen. 72% der PsychotherapeutInnen arbeiteten in Wien oder einer Landeshauptstadt, hier war also das Stadt-Land-Gefälle noch stärker ausgeprägt, und in den ländlichen Bereichen kam es zu keiner ausreichenden Versorgung. Rund 60% der PsychotherapeutInnen waren in freier Praxis tätig. 70% waren Frauen und 25,3% der Gruppe waren auch in die Liste der Klinischen und GesundheitspsychologInnen des Bundesministeriums aufgenommen. Hagleitner (2013) schätzte, dass, wenn die Zuwächse auch in Zukunft auf dem Niveau der vergangenen Jahre blieben, mit einer Stagnation oder einer leichten Abnahme der PsychotherapeutInnen in Österreich zu rechnen sei (Hagleitner, 2013). Für die Ausbildung gab es 2012 eine relativ hohe Anzahl von anerkannten Anbietern, für das Propädeutikum waren es 22, für das Fachspezifikum waren es 38 (Sagerschnig, 2012).

In der Info-Broschüre über Psychotherapie, die 2011 vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben worden ist (Bednar, Kierein & Lanske, 2011) sowie

in der PatientInneninformation (Bundesminiesterium für Gesundheit, 2014) sind alle in Österreich zugelassenen Psychotherapie-Schulen aufgelistet und beschrieben. Beschreibung zu einigen Schulen sowie Indikationshinweise sind auch im Lehrbuch von Wittchen und Hoyer (2011) zu finden.
In Österreich sind die Schulen vier Gruppen zuzuordnen (Bundesministerium für Gesundheit, 2014):

- Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung
    - Psychoanalytische Methoden
    - Tiefenpsychologisch fundierte Methoden
- Humanistisch-existenzielle Orientierung
- Systemische Orientierung
- Verhaltenstherapeutische Orientierung

Die Schulen unterscheiden sich darin, welches Verständnis von Persönlichkeitsstruktur sie haben und was sie als Entstehungsgrund der psychischen Störung sehen, sowie in der Auswahl der Verfahren zur Behandlung und in den Arbeitsformen, wie zum Beispiel Dauer oder Häufigkeit der Sitzungen (Bednar et al., 2011).

Zusätzlich zu den Bezeichnungen und kurzen Beschreibungen der Psychotherapieschulen werden im Folgenden auch die Häufigkeiten der jeweiligen Zusatzbezeichnungen im Jahr 2012 aus der Erhebung von Hagleitner (2013) angegeben.

Bezeichnung	Prozentueller Anteil nach Hagleitner (2013)
Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung Die tiefenpsychologisch-psychodynamischen Ansätze, die ihren Ursprung in der Arbeit von Sigmund Freud haben, versuchen Lösungen aktueller Probleme, Persönlichkeitsveränderung oder Einsicht ins eigene Gefühlsleben durch Ergründung der tieferen Ursachen, die seit der Kindheit im Unbewussten entstanden sind, herbeizuführen. Ihnen liegen die gemeinsamen Annahmen über das dynamische Unbewusste, über die „Bedeutung der Erfahrungen und der Entwicklung in frühester Kindheit“ (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 464), über den intrapsychischen Konflikt und über den unbewussten Konflikt zugrunde (Wittchen & Hoyer, 2011).	
a) Psychoanalytische Methoden	
Analytische Psychologie	0,92%
Gruppenpsychoanalyse	1,19%
Individualpsychologie	2,56%
Psychoanalyse/Psychoanalytische Psychotherapie	5,62%
Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie	k.A.
b) Tiefenpsychologisch fundierte Methoden	
Autogene Psychotherapie	0,74%
Daseinsanalyse	0,15%
Dynamische Gruppenpsychotherapie	2,27%
Hypnosepsychotherapie	1,18%
Katathym Imaginative Psychotherapie	5,52%
Konzentrative Bewegungstherapie	0,84%

Transaktionsanalytische Psychotherapie	1,61%
Humanistisch-existenzielle Orientierung Begründet auf der humanistisch-existenziellen Bewegung der 1940er und 1950er Jahre ist die von Rogers gegründete Gesprächstherapie dagegen, ein medizinisches Krankheitsmodell für die Klassifikation psychischer Probleme einzusetzen. Sie stellt Selbstverwirklichung und Wachstum der Person in den Mittelpunkt. Die Grundhaltung der BehandlerInnen stützt sich auf die Faktoren Empathie, Akzeptanz und Kongruenz. Inkongruenz zwischen dem Selbstkonzept und dem Erleben oder Verhalten von PatientInnen werden als zentraler Punkt für Probleme gesehen (Wittchen & Hoyer, 2011).	
Existenzanalyse	2,87%
Existenzanalyse und Logotherapie	2,88%
Gestalttheoretische Psychotherapie	0,80%
Integrative Gestalttherapie	6,38%
Integrative Therapie	1,50%
Klientenzentrierte Psychotherapie	7,69%
Personenzentrierte Psychotherapie	4,53%
Psychodrama	4,26%
Systemische Orientierung In der systemischen Sichtweise liegt der Fokus auf dem sozialen Kontext oder System, in dem sich der/die KlientIn befindet. Die Therapie bezieht bedeutende Mitglieder des sozialen Umfelds mit ein und konzentriert sich auf die Interaktionen. Man versucht Verhalten nicht nur aus den Eigenschaften der Personen zu erklären, sondern aus der Beziehung zueinander (Wittchen & Hoyer, 2011).	
Neurolinguistische Psychotherapie	k.A.

Systemische Familientherapie	19,51%
Verhaltenstherapeutische Orientierung Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Orientierung nützt Strategien, Techniken und Methoden, die auf Theorien und Modellen der psychologischen Forschung basieren. Es gibt eine große Menge an überprüften Verfahren und Programmen zur Behandlung von psychischen Störungen, in denen problematische Denk- und Verhaltensweisen reduziert sowie neues und erfolgversprechendes Verhalten aufgebaut werden sollen. Auch Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen sowie Umweltreize werden berücksichtigt (Wittchen & Hoyer, 2011). Margraf (1996, zitiert nach Baumann, 2000) sieht sogar das zentrale Element der Verhaltenstherapie im Bezug zur empirischen Psychologie.	
Verhaltenstherapie	9,54%

Baumann (2000) bezeichnete die Gesprächspsychotherapie (klientenzentrierte Psychotherapie) und die Verhaltenstherapie als „psychologienahe Psychotherapieverfahren“. Im Gegensatz zu ihnen, die ein empirisches Wissenschaftsverständnis vorweisen, verfolgen tiefenpsychologisch oder humanistisch psychotherapeutische Schulen einen verstehenden Ansatz (phänomenologisches, hermeneutisches Wissenschaftsverständnis). Baumann (2000) vertrat die Meinung, dass Klinische Psychologie und Psychotherapie zusammengehörig sind und eine künstliche Abkoppelung der Psychotherapie von der Psychologie sowohl für die Weiterentwicklung als auch für die Qualitätssicherung negativ wäre. Einspruch kommt von medizinischer Seite und von Psychotherapeuten aus psychologiefernen Schulen oder anderen Berufsgruppen. Aus der Sicht dieser ist die Psychotherapie eine eigene Disziplin, die sich aus Erkenntnissen der Psychologie, Medizin, Philosophie und Theologie zusammensetzt.

3. Psychotherapieforschung und einige für die Behandlung relevante Faktoren

International sehr wichtig wurde in dem Bereich der Psychotherapieforschung der Schweizer Klaus Grawe, der 1992 die Phasen der Psychotherapieforschung in 1) Frage nach der Wirksamkeit, 2) Frage nach vergleichender Wirkung, 3) Frage nach differentieller Indikation und 4) Fragen nach Wirkungsweise einteilte. Er fasste auch zusammen, dass schon vor den 1980er Jahren kontrollierte Outcome-Studien durchgeführt worden waren, die die Effektivität von Psychotherapie belegten. Zudem stellte er fest, dass per se nicht alle Schulen für die Behandlung einer jeden Störung geeignet sind und zu der Zeit noch nicht für alle Schulen ausreichende Belege für die Wirksamkeit vorhanden waren. Auch kritisierte er, dass dieser Fakt in manchen Psychotherapieschulen gern übergangen worden ist. Grawe (1992) zeigte weiters auf, dass die Anwendung von Kontrollgruppenversuchsplänen ethisch nicht mehr vertretbar wäre und auch keinen Mehrwert bringe, sobald die Wirksamkeit von bestimmten Therapieansätzen hinreichend belegt werden konnte. Stattdessen empfahl er Prä-Post-Vergleiche von neuen oder nicht hinreichend untersuchten mit bestätigten Verfahren zusammen mit Effektstärkenvergleichen als geeignete Methode für die Überprüfung neuer Behandlungsformen. Um aber einen tatsächlich vorhandenen Unterschied zwischen zwei wirksamen Therapieformen mit signifikanten Effekten zu belegen, sei es meist notwendig, sehr große Stichproben zu erheben. Grawe (1992) betonte weiters, dass es wichtig sei, die Messung der Therapieeffekte möglichst breit durchzuführen und verschiedene Bereiche und verschiedene Messverfahren wie Selbst-, Fremd- oder Beobachter-Befragung anzuwenden.

Vocks, Joormann, Michalak, Kosfelder, und Meyer (2005) teilten Psychotherapieforschung grob in zwei Bereiche ein. Zum einen gäbe es die Outcome-Forschung, die überprüft, ob eine Methode überhaupt wirkt bzw. ob es Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit zwischen verschiedenen Therapiemethoden gibt. Zum anderen gäbe es die Prozessforschung, die überprüft, wie die Veränderungen stattfinden, und allgemeine sowie spezifische Wirkfaktoren untersucht.

Auch eine Kombination aus beiden ist möglich – die Prozess-Ergebnisforschung nach Orlinsky, Ronnestad und Willutzki (2013) beschäftigte sich mit dem „Zusammenhang psychotherapeutischer Prozesse mit dem Therapieerfolg“ (Orlinsky et al., 2013, S. 501).

Es wurde empfohlen, Symptome und Beschwerden sowohl mit störungsübergreifenden als auch mit störungsspezifischen Instrumenten zu erfassen (Vocks et al., 2005). Die AutorInnen sahen auch unterschiedliche Vor- und Nachteile in der retrospektiven Erhebung der Veränderung zum Ende der Behandlung und in der indirekten Veränderungsmessung zu zwei Zeitpunkten (Anfang und Ende). Die Erhebung zum Schluss sei ökonomischer und Probleme, die bei der Vereinigung der Messfehler von zwei Messzeitpunkten auftreten könnten, träten nicht auf. Zwar meinen die AutorInnen, dass die „erhaltenen Werte besser mit der subjektiv erlebten Veränderung übereinstimmen“ (Vocks et al., 2005, S. 91), doch es könne aufgrund von Gedächtniseffekten auch zu einer falschen Einschätzung des Behandlungseffekts kommen, wenn nur retrospektiv erhoben werde. Auch sei es schwierig, die Reliabilität zu bestimmen und auszuschließen, dass sozial erwünscht geantwortet worden ist. Die Gefahr dafür sei bei Erhebung zu zwei Zeitpunkten geringer. Aufgrund dieser unterschiedlichen Vor- und Nachteile wurde empfohlen, sowohl eine indirekte Veränderungsmessung zu zwei Zeitpunkten als auch eine direkte Erfolgsmessung am Ende der Behandlung für eine gute Erhebung des Therapieerfolgs zu verwenden (Vocks er al., 2005). Was die AutorInnen weiters als wichtig betonten, ist die Testgüte der angewendeten Messinstrumente, Vorliegen von Normierungen sowie ausreichende Änderungssensitivität und Ökonomie. Daher empfahlen sie, etablierte Verfahren zu verwenden, und gaben eine ausführliche Übersicht über geeignete Verfahren (vgl. Vocks et al., 2005, S. 102–105). Auch sie empfahlen, wie schon Grawe (1992), verschiedene Datenquellen (KlientIn, TherapeutIn oder Bezugsperson) heranzuziehen.

Darüber hinaus gab es aus der Psychotherapieforschung entstandene Bestrebungen, die Psychotherapie grundsätzlich zu verändern. Grawe (2000) schlug vor, die verschiedenen Therapieschulen, die in ihrem Ursprung keine wissenschaftlichen Theorien und kein „definitiv empirisches Relativ“ (Grawe, 2000, S. 55) haben und hatten, durch neue Theorien mit „größerer

Erklärungskraft für die tatsächlich festgestellten Zusammenhänge zwischen bestimmten therapeutischen Vorgehensweisen und ihren Wirkungen“ (Grawe, 2000, S. 55) zu ersetzen. Er schlug einen konzeptuellen Rahmen für eine „allgemeine Psychotherapie“ vor, die auf vier Faktoren aufgebaut ist. Diese konnten sich aus der Prozess- und Wirksamkeitsforschung ableiten lassen und könnten besser für die Erklärung von Psychotherapie herangezogen werden als die bestehenden Therapieschulen. Diese vier Faktoren sind „Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Aktive Hilfe zur Problembewältigung und Motivationale Klärung“ (Grawe, 2000, S. 55).

Zur Psychotherapieforschung könnte man zusammenfassend sagen:

> Psychotherapie kann zu Beginn des einundzwanzigsten Jahrhunderts in den westlichen Industrienationen als eine etablierte Größe im Bereich der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung angesehen werden. Einen wesentlichen Beitrag zu dieser Etablierung hat die empirische Psychotherapieforschung geleistet. (Lutz, Tholen & Kosfelder, 2004, S. 446)

Laut der Autoren muss aber am Transfer der Erkenntnisse in die Praxis, der noch nicht ausreichend durchgeführt wird, noch gearbeitet werden (Lutz et al., 2004).

3.1. Effektivität von Psychotherapie

Psychotherapie ist eine der Heilmethoden, die durch systematisch kontrollierte Untersuchungen immer wieder auf Effektivität hin überprüft, oft als sehr effektiv befunden worden ist und daher nicht mehr angezweifelt werden kann (Lambert, 2013c; Wampold, 2001, 2010). Sie ist für die meisten psychischen Störungen effektiver als manche medizinische Behandlung und ebenso effektiv wie eine medikamentöse Behandlung (Wampold, 2010).

Wampold (2001) fasste die Ergebnisse von Studien und darauf aufbauenden Meta-Analysen zu diesem Thema zusammen. Im Durchschnitt fielen die

Effektstärken für die absolute Effektivität in einen Range von 0,75 bis 0,85. Der Autor verdeutlichte das Ergebnis dahingehend, dass ein großer Effekt von 0,8 so verstanden werden kann, dass ein/e durchschnittliche/r PsychotherapieklientIn „better off“ (Wampold, 2001, S. 67) wäre als 79% der unbehandelten KlientInnen.

Wampold (2010) fasste auch verschiedene Meta-Analysen zusammen, die genauer auf die Unterschiede in der Wirksamkeit von verschiedenen Therapiearten für verschieden Störungen eingingen. Seine Konklusion war, dass die Unterschiede in der Wirksamkeit zu gering waren, um die positive Wirkung von Psychotherapien an spezifischen Bestandteilen der verschiedenen Therapiemethoden festzumachen. Es zeigte sich nämlich, dass, zwar mit einigen Ausnahmen, aber doch viele verschiedene Ansätze der Psychotherapie eine ähnliche Effektivität generell und bezogen auf verschiedene Störungen erbracht haben (Wampold, 2010).
Eine umfassende Übersicht über Studien zu verschiedenen Therapiemethoden gaben zum Beispiel Grawe, Donati und Bernauer (1994), die allerdings nicht davon ausgehen, dass verschiedene Ansätze gleich effektiv sind, oder Lambert (2013a). Hollon und Ponniah (2010) fassten Ergebnisse zur Wirksamkeit verschiedener Therapieformen bei affektiven Störungen zusammen.

International wurde auch in den letzten Jahren viel Forschung zur Effektivität von verschiedenen Psychotherapieansätzen betrieben, in der die Wirksamkeit von psychotherapeutischer Behandlung für verschiedene psychische Störungen aufgezeigt werden konnte. Folgend sollen überblicksmäßig zu den in Österreich anerkannten Therapierichtungen Ergebnisse dargestellt werden.

3.1.1. Psychodynamische Psychotherapie

Leichsenring und Klein (2014) fassten Erkenntnisse aus randomisierten und kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von psychodynamischen Psychotherapiemethoden zusammen. Aus dem Review geht hervor, dass die psychodynamische Psychotherapie für die Behandlung von Störungsbildern wie depressiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen, einigen

Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Trauerbewältigung und substanzbezogenen Störungen geeignet ist und es auch erste Hinweise darauf gibt, dass sie bei posttraumatischer Belastungsstörung wirksam ist.

3.1.2. Humanistische Psychotherapie

Angus, Watson, Elliott, Schneider und Timulak (2015) gaben einen Überblick über die Forschungsergebnisse zu den humanistischen Psychotherapierichtungen, zu denen sie personen- und klientenzentrierte, konstruktivistische, emotions-fokussierte, existenzielle, fokus-orientierte, Gestalt- und transpersonale Psychotherapien zählen. Sie fassten zusammen, dass in quantitativen Studien große Prä-Post-Unterschiede im Zustand der KlientInnen gefunden werden konnten, die auch über längere Zeit erhalten blieben. Die nicht direktiven oder supportiven Therapien zeigten zwar schlechtere Outcomes als die kognitive Verhaltenstherapie, die personenzentrierte Therapie ist aber genauso effektiv, während emotions-fokussierte Therapien möglicherweise sogar effektiver als kognitiv-behaviorale Therapien sind.
Die humanistischen Psychotherapien scheinen für interpersonale Probleme oder Traumata sowie Beziehungsprobleme oder -traumata die am besten geeignete Therapieform zu sein. Auch für depressive oder psychotische Störungen sowie für die Unterstützung von Personen mit chronischen somatischen Erkrankungen sind die Therapien geeignet. Bei Angststörungen sind sie der kognitiv-behavioralen Therapie allerdings in der Effektivität unterlegen (Angus et al., 2015).

3.1.3. Systemische Psychotherapie

Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero und Pinsof (2015) gaben einen Überblick über die Erkenntnisse der Psychotherapieforschung zu den systemischen Psychotherapieansätzen. In diesem Bereich gibt es einige Methoden zur Behandlung von individuellen Problemen und Problemen in Beziehungsgefügen, deren Wirksamkeit als empirisch belegt und etabliert angesehen werden kann. In dem Artikel werden die behaviorale Paartherapie bei

alkoholbezogenen Störungen, familienfokussierte Therapien für Anorexia nervosa und bipolare Störung, emotions-fokussierte Therapie für Paare, Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie, Funktionale Familientherapie bei störendem Verhalten und Substanzmissbrauch bei Erwachsenen genannt. Bei einigen anderen untersuchten Methoden fehlen noch eindeutige Hinweise auf deren Wirksamkeit, wieder andere müssen erst untersucht werden (Heatherington et al., 2015).

3.1.4. Verhaltenstherapie

Für die Überprüfung der Effektivität der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze wurden die meisten Untersuchungen durchgeführt, und daher gibt es eine unüberschaubar große Menge an Studien. Sie wurden immer wieder und für viele verschiedene Störungsbilder als wirksam beschrieben (Hollon & Beck, 2013). Relativ aktuelle Überblicks-Studien zur Wirksamkeit gibt es zum Beispiel von Otte (2011) oder Cuijpers, Berking et al. (2013). Otte (2011) berichtet in seiner Meta-Analyse kontrollierte Effektstärken von 0,35 bei Panikstörung bis 1,37 bei Zwangsstörung, und bei Studien in „real-life settings“ konnten sogar Effektstärken bis 2,59 bei posttraumatischer Belastungsstörung gefunden werden. Cuijpers, Berking et al. (2013) fanden in ihrer Meta-Analyse zur kognitiven Verhaltenstherapie von Depressionen bei Erwachsenen Effektstärken zwischen 0,53 bis 0,90 und betonten, dass sie auch effektiver sei als Psychopharmakologie alleine.

3.2. Einfluss soziodemographischer Faktoren der KlientInnen

Um eine optimale Passung von Behandlung und KlientIn sicherzustellen, wäre es hilfreich, Anhaltspunkte zu identifizieren, ob soziodemographische Faktoren wie Geschlecht, Ausbildung oder Familienstand mit dem Behandlungserfolg in irgendeiner Weise in Verbindung stehen. Obwohl es aus der Literatur wenig eindeutige Hinweise auf positive oder negative Auswirkung bestimmter soziodemographischer Merkmale auf den Outcome der Behandlung gibt (z.B.

Schneider, Arch & Wolitzky-Taylor, 2015), sollen hier dennoch Ergebnisse aus den verschiedenen Bereichen angeführt werden

3.2.1. Einfluss des Geschlechts

Der Einfluss des Geschlechts als wichtiges Merkmal wurde im Rahmen der Psychotherapieforschung immer wieder mit einbezogen. In einer älteren Studie wurde gezeigt, dass Frauen (unabhängig von Bildungsstand und Alter) mehr von der Psychotherapie profitieren konnten (Kirshner, Genack & Hauser, 1978) und die KlientInnen mit einer weiblichen Behandlerin zufriedener waren. Auch in der Studie von Frank et al. (2002) erhöhte bei Primary-Care-PatientInnen weibliches Geschlecht die Wahrscheinlichkeit für Remission nach der Behandlung einer Minor Depression. Andere Studien fanden bei der Untersuchung von depressiven oder ängstlichen KlientInnen keine Geschlechtsunterschiede bei den Behandlungs-Outcomes (Blom et al., 2007; Schneider et al., 2015; Zlotnik, Shea, Pilkonis, Elkin & Ryan, 1996).

Weitere Ergebnisse zum Unterschied von Psychotherapie-Outcome zwischen Frauen und Männern gibt es von Ogrodniczuk (2006; Ogrodniczuk, Piper, Joyce & McCallum, 2001). In der Studie von 2006 wurde beschrieben, dass sich der Autor dafür entschieden hat, diese Unterschiede zu untersuchen, da das Geschlecht eine der auffälligsten Patienteneigenschaften ist und das Geschlecht sehr viele Aspekte des Lebens beeinflusst. Es wurde gezeigt, dass Männer mehr von interpretativer Therapie profitieren konnten, die ihnen emotionale Distanz und Unabhängigkeit erhielt, sie stärker zwang zu sprechen und unangenehme Gefühle auszudrücken. Auch war es vorteilhafter, wenn der/die TherapeutIn dem Patienten kein direktes Lob und mehr Verantwortung gab sowie ihn in Entscheidungen mit einbezog. Bei Frauen wurden bessere Erfolge mit supportiver Therapie erzielt, die eine persönlichere Beziehung zum/r TherapeutIn sowie Information, Ratschläge, Lob und Betonung von Stärken beinhaltet und auf externe Ursachen für Probleme fokussiert. Weiters wurde gezeigt, dass Frauen von interpretativer und supportiver Gruppenpsychotherapie besser profitieren konnten als Männer (Ogrodniczuk, 2006).

Auch wenn die Ergebnisse nicht eindeutig einen Unterschied in der Wirksamkeit der Behandlungen zwischen Männern und Frauen unterstützen, gibt es doch Hinweise darauf, dass es möglicherweise darin Unterschiede gibt, von welcher Art der Behandlung Frauen oder Männer mehr profitieren können.

3.2.2. Einfluss des Familienstandes

Im Review von Hamilton und Dobson (2002) wurde der Einfluss von verschiedenen patientInnenbezogenen Faktoren auf den Outcome von kognitiver Therapie bei Depressionen überblicksmäßig dargestellt. Von den soziodemographischen Variablen war Familienstand der einzige, der die Reaktion auf die Therapie voraussagen konnte. Eine Vermutung der AutorInnen über die Ursache dieses Ergebnisses war, dass verheiratete Personen möglicherweise mehr soziale Unterstützung bekommen konnten und unter Umständen höhere soziale Fähigkeiten aufwiesen (Hamilton & Dobson, 2002). Zlotnik et al. (1996) berichteten, dass die Belastung durch depressive Symptome nach der Therapie bei Personen mit mehr sozialer Unterstützung und mehr Freundschaften geringer war.

In der Studie von Joutsenniemi, Laaksonen, Knekt, Haaramo und Lindfors (2012) wurde untersucht, ob es durch soziodemographische Faktoren bedingte Unterschiede darin gibt, ob PatientInnen von einer Kurzzeittherapie (bis 20 Einheiten) oder einer Langzeittherapie (bis zu drei Jahren) besser profitieren konnten. Personen in einer „stabilen Situation“ – verheiratete und gut gebildete Personen – profitierten schon von einer kurzen Behandlung, während Personen in einer „schlechteren Situation“ – Arbeitslose, alleinerziehende Eltern, Geschiedene – zumindest eine längere Behandlung brauchten oder in manchen Fällen auch von dieser nicht profitieren konnten. Bei Angststörungen scheint der Familienstand kein Einflussfaktor für den Erfolg der Behandlung zu sein (Schneider et al., 2015).

Zusammenfassend gesehen gibt es aber dennoch Hinweise darauf, dass der Familienstand einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben könnte.

3.2.3. Einfluss des Alters

Chaplin, Farquharson, Clapp und Crawford (2015) untersuchten den Zugang zu sowie Erfahrungen und Ergebnisse von psychologischen Therapien bei Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter und älteren Personen. Die Personen über 65 Jahre waren in der Gruppe unterrepräsentiert, was auf einen schlechteren Zugang zu psychologischer Versorgung hinweist. Bei der älteren Gruppe gab es signifikant weniger Dropouts, und sie erreichten häufiger den Treatment-Outcome „recovered“ (58,5%) als die Personen im arbeitsfähigen Alter (45,5%). Außerdem waren sie zufriedener mit den Wartezeiten und der Anzahl der Therapieeinheiten. Bei den selbstberichteten Erfahrungen in der Therapie gab es aber keine Unterschiede. Karlin und KollegInnen (2013) beobachteten bei einer Untersuchung der Therapie-Outcomes bezüglich Depressionen und Lebensqualität bei jungen und älteren Veteranen vergleichbare Ergebnisse der Behandlung bei beiden Gruppen, allerdings gab es auch hier weniger Dropouts in der Gruppe der älteren Personen. Auch in der Studie von Walker und Clarke (2001) wurden bezüglich Outcome und Dropout-Rate ähnliche Ergebnisse berichtet. Dass die älteren Personen zusätzlich seltener ihre Therapiestunden ausfielen ließen, ließ darauf schließen, dass sie wahrscheinlich weniger andere Verpflichtungen hatten und dass sie der Therapie mehr Priorität einräumten. Mit einem Zitat eines Klienten veranschaulichten sie dieses Ergebnis: „I might be dead in five years so I need to deal with it now“ (Walker & Clarke, 2010, S. 199).
Joutsenniemi et al. (2012) fanden in ihrer Stichprobe, dass junge Personen für die Behandlung von Depressionen eine kürzere, aber für die Behandlung von Angststörungen eine längere Therapie benötigten als ältere. In dem Überblicksartikel von Schneider et al. (2015) wurde das Alter als Einflussfaktor auf den Outcome als eher unwahrscheinlich angenommen.

Obwohl auch hier verschiedene Ergebnisse zur Uneindeutigkeit führen, könnte zusammenfassend vermutet werden, dass es keinen relevanten altersbedingten Einfluss auf das Behandlungsergebnis gibt.

3.2.4. Einfluss des Ausbildungsstandes

Frank et al. (2002) fanden zwar heraus, dass Personen mit niedrigem Ausbildungsstand die psychopharmakologische und psychologische Behandlung bei Minor Depression eher abbrachen, sich der Behandlungs-Outcome zwischen den verschiedenen Bildungs-Gruppen aber nicht unterschied. Blom et al. (2007) fanden keinen Einfluss des Ausbildungsstandes auf den Behandlungs-Outcome.
Joutsenniemi et al. (2012) fanden in ihrer Studie, dass Personen mit einem sehr niedrigen oder sehr hohen Ausbildungsstand von einer Kurzzeittherapie profitieren konnten, während Personen mit mittlerem Ausbildungsstand eher eine Langzeittherapie benötigten.
Auch beim Ausbildungs-Aspekt kann zusammenfassend vermutet werden, dass der Einfluss des Ausbildungsstandes auf das Ergebnis der Behandlung eher gering ist.

3.3. Einfluss der Beziehung zwischen BehandlerIn und KlientIn

In der Psychotherapieforschung wurde immer wieder dargestellt, dass verschiedene Arten von Psychotherapie ähnlich positive Effekte bewirken (Wampold, 2001, 2010), daher ist die Suche nach Gemeinsamkeiten verschiedener Psychotherapien ein relevantes Forschungsfeld. Neben den methodenspezifischen Wirkfaktoren, die den unterschiedlichen Verfahren der verschiedenen Therapieschulen zugeschrieben werden, gibt es eben auch allgemeine, unspezifische Wirkfaktoren, die allen Therapieformen gemein sind. Die Allianz zwischen KlientIn und BehandlerIn ist einer der meist untersuchtesten Faktoren (Wampold, 2001).

Die Therapiebeziehung gilt als Bedingung für die Behandlung, Diagnostik-Unterstützung, Voraussetzung für die Anwendung der Behandlungstechniken oder als Mittel für die Förderung der Kooperation und Motivation (Caspar, 2005). Für die Beziehung verwendete Begriffe sind zum Beispiel „alliance“, „bond“, „therapeutic (oder therapy) relationship“ (Caspar, 2005, S. 265). Diese Begriffe werden zum Teil unterschiedlich definiert und verwendet, beschreiben aber im Großen und Ganzen „alle Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen [..], die

auf der zwischenmenschlichen Ebene das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ausmachen“ (Caspar, 2005, S. 266). Caspar (2005) schrieb, dass gute Erfolge in der Behandlung auch ohne gute Beziehung erreicht werden können sowie die gute Beziehung allein noch keine ausreichende Voraussetzung für den Erfolg ist, sie aber trotzdem eine nicht zu vernachlässigende Einflussgröße darstellt.
Auch Wampold (2001) hob als einzelnen Faktor, der für die Wirksamkeit von Psychotherapien besonders wichtig ist, die „working alliance“ hervor. Genau wie Caspar (2005) schrieb er, dass diese für den Erfolg – welcher Therapie auch immer – eine notwendige, aber dennoch nicht hinreichende Bedingung sei. In verschiedenen Meta-Analysen, die der Autor zusammenfasste, wurden auch Effektstärken für die Therapieallianz angegeben. In der Studie von Martin, Garske und Davis (2000, zitiert nach Wampold, 2001) war die Effektstärke 0,45, was so interpretiert werden kann, dass 5% der Varianz im Outcome mit der Allianz in Verbindung stehen. Die Beziehung zeigte sich auch als einflussreicher auf die Varianz des Outcomes als die Treatment-Methode an sich (Krupnick et al., 1996, zitiert nach Wampold, 2001).

Horvath, Del Re, Flückinger und Symonds (2011) fanden in einer Meta-Analyse zwischen der eingeschätzten Therapiebeziehung und dem Psychotherapie-Outcome einen moderaten, aber reliablen Zusammenhang mit einer Effektstärke von 0,275. In ihrer Meta-Analyse von 2012 fanden Del Re, Flückinger, Horvath, Symonds und Wampold ebenfalls einen signifikanten Einfluss der Beziehung auf den Behandlungs-Outcome. Sie betonten, dass es Unterschiede darin gebe, wie gut TherapeutInnen eine Beziehung und Allianz zum/r KlientIn aufbauen könnten und dass diejenigen, die diese Fähigkeit besser beherrschten, auch bessere Outcomes in der Behandlung erzielen würden. Gute TherapeutInnen wären eher „responsive“ (ansprechbar, reagierend; fähig, sich auf den/die PatientIn einzustellen) und könnten dadurch besser Beziehungen aufbauen, die dann eine wirksamere Behandlung ermöglichten. Die AutorInnen gaben zu bedenken, dass diese Fähigkeiten schwierig zu erlernen wären und daher schon vor der Ausbildung der TherapeutInnen darauf geachtet werden sollte, dass die Personen die relevanten Verhaltensausprägungen mitbringen. Falkenström, Granström und Holmqvist (2014) fanden heraus, dass die so genannte „working

alliance“, erhoben in der dritten Behandlungseinheit, signifikant die Symptomveränderung voraussagen konnte und dass, je höher die Allianz in dieser Einheit war, die Symptomreduktion in der weiteren Behandlung umso besser war. Auch konnten sie zeigen, dass mit höherer Symptomausprägung die „working alliance“ in der dritten Einheit schlechter war.
Arnow et al. (2013) untersuchten den Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und dem Psychotherapie-Outcome bei zwei verschiedenen Psychotherapiemethoden an einer Stichprobe von chronisch depressiven PatientInnen. Sie bezogen sich auf Bordin (1979, zitiert nach Arnow et al., 2013), der die Allianz in verschiedene Komponenten einteilte – Task, Goals und Emotional Bond. Daraus ergab sich die Vermutung, dass verschiedene Psychotherapiemethoden sich darin unterscheiden könnten, welche Teile der Allianz sie eher unterstützen (Hatcher & Gillaspy, 2006, zitiert nach Arnow et al., 2013). Die zwei Therapieformen, die Arnow und KollegInnen untersuchten, waren die CBASP (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy), eine manualisierte kognitiv-behaviorale Intervention, die speziell für PatientInnen mit chronischen Depressionen entwickelt worden war, und die BSP (brief supportive psychotherapy), eine klienten-zentrierte Therapie, die mit Elementen der Psychoedukation über chronische Depressionen kombiniert wurde. Die Allianz, die mit dem WAI (Working Alliance Inventory) erhoben wurde, konnte im Frühstadium für die Voraussage des Outcomes verwendet werden. Die KlientInnen der CBASP bewerteten die Allianz stärker. Die Effektstärke der Allianz für die Voraussage des Outcomes war bei CBASP 1,00 und bei BSP 0,48. Ebenso wurde überprüft, ob frühe Veränderungen in den Symptomen für die Voraussage der Allianz verwendet werden konnte – dies war nicht möglich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die verschiedenen Aspekte der Beziehung zwischen KlientIn und BehandlerIn wichtig für die Wirksamkeit der Behandlung zu sein scheinen und dass es Hinweise darauf gibt, dass sich die Allianz bei verschiedenen Behandlungsarten unterscheidet.

3.4. Einfluss der Anzahl der Therapieeinheiten

Ein relevanter Faktor für Kosten und Aufwand im Kontext von Psychotherapien ist die Anzahl der Therapieeinheiten, die benötigt werden, um eine Störung zu behandeln und bei der behandelten Person psychisches Wohlbefinden wieder herzustellen. Howard, Kopta, Krause und Orlinski (1986) postulierten eine „Dose-Effect-Relationship“, die in den darauffolgenden Jahren weiter untersucht wurde. Zum einen gibt es in der Dose-Effect-Literatur Hinweise darauf, dass mit einer höheren Anzahl von Behandlungseinheiten die Wahrscheinlichkeit auf Verbesserung des Zustandes steigt (Howard et al., 1986), während andere Gruppen betonen, dass die Dauer der Behandlung nicht immer mit dem Output in linearer Verbindung stehen muss (Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen & Nielsen, 2009; Barkham et al., 2006).

In dem Artikel von 1986 beschäftigten sich Howard und KollegInnen mit der “Dose-Effekt-Relationship”, indem sie eine Meta-Analyse von 15 Studien mit insgesamt über 2400 PatientInnen durchführten. Sie fanden heraus, dass schon vor der ersten Behandlung 10% bis 18% der PatientInnen eine Verbesserung zeigten, scheinbar nur dadurch, dass sie Kontakt zum/r TherapeutIn oder zur Klinik aufgenommen hatten. 75% der Stichprobe zeigten Verbesserungen nach einem halben Jahr mit einer wöchentlichen Therapieeinheit, 85% nach einem ganzen Jahr. Sie gruppierten die Personen nach Art der Diagnose in Depressive, Ängstliche und Borderline-Psychotische und sahen, dass die PatientInnen mit depressiver Symptomatik und mit Angststörungen im Schnitt geringere Dosen benötigten als PatientInnen mit Borderline-psychotischen Symptomen. Sie empfahlen, wenn zum Beispiel in Institutionen eine maximale Anzahl an Behandlungseinheiten festgelegt werden soll, 26 Einheiten vorzugeben, da diese Anzahl in Hinsicht auf Kosteneffektivität am meisten Sinn macht.

Lambert, Hansen und Finch (2001) fanden in ihrer Studie, in der eine große Menge von KlientInnen und TherapeutInnen aus den verschiedenen Teilen der USA untersucht wurden, dass 50% der PatientInnen, die zum Beginn der Behandlung eine Beeinträchtigung zeigten, eine klinisch signifikante Verbesserung schon nach 21 Einheiten zeigten. Bis 75% der KlientInnen eine derartige Verbesserung zeigten, dauerte es allerdings mehr als doppelt so viele

Einheiten. Bei Anwendung von weniger strengen Standards, „reliable improvement“ (Lambert et al., 2001, S. 163), konnte bei 50% eine Verbesserung nach sieben Einheiten und bei 75% nach 14 Einheiten gefunden werden. Sie empfahlen daher, dass von den Versicherungen mindestens zwischen 21 und 45 Behandlungseinheiten pro Krankheitsepisode bezahlt werden sollten, um eine volle Funktionstüchtigkeit wieder herzustellen. Trotzdem würde aber das Risiko bestehen, dass für 25%–50% auch diese Anzahl an Einheiten nicht ausreichen würde. Andere Ergebnisse zeigten keinen für alle KlientInnen gültigen linearen – „je mehr desto besser“ – Zusammenhang zwischen der Anzahl der durchgeführten Therapieeinheiten und der Verbesserung des Zustandes (Baldwin et al., 2009; Barkham et al., 2006). Barkham und KollegInnen (2006) untersuchten die Verbesserung des Wohlbefindens der KlientInnen in Psychotherapien in Abhängigkeit von der Anzahl der durchgeführten Behandlungseinheiten. Sie fanden heraus, dass bei schwerer belasteten Personen eine negative Korrelation zwischen der Anzahl der Einheiten und der Verbesserung des Zustandes zu beobachten war, was sie so interpretierten, dass bei den Personen, die gut behandelbar waren, schnell Verbesserungen auftraten, während die Ergebnisse bei schwer behandelbaren Personen auch nach längerer Zeit weniger gut sind. Sie betonen aber, dass es große interpersonelle Unterschiede darin gibt, wie schnell die Klienten auf die Behandlung ansprechen. Sie sprachen hier von einem „good enough level“, das davon ausgeht, dass die KlientInnen so lange in Behandlung bleiben, bis ihr Zustand gut genug ist. Auch Baldwin und KollegInnen (2009) unterstützen das „good enough level“-Modell und betonten, dass Personen, bei denen schnell Verbesserungen auftraten, kürzer in der Behandlung blieben als Personen, bei denen Veränderungen länger dauerten.

In einer neueren Studie zu dem Thema von Stulz, Kopta, Lutz, Minami und Saunders (2013) hingegen wurde sowohl das „dose-effect model“ als auch das „good enough model“ als passend beschrieben. Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole und Andersson (2013) stellten in einer Meta-Regressionsanalyse zur Behandlung von Depressionen fest, dass die Anzahl der Behandlungseinheiten oder die insgesamte Dauer der Behandlung keinen signifikanten Einfluss auf das Ergebnis der Behandlung hatten, während die Anzahl der Einheiten pro Woche einen starken Zusammenhang zur Effektstärke des Behandlungs-Outcomes zeigte.

Zusammenfassend scheint es also so zu sein, dass der Schweregrad der Problematik, die Frequenz der Behandlungseinheiten und die Veränderungsrate darauf Einfluss haben, wie der Zusammenhang von Dauer und Outcome sich verhält. Es könnte daher eher vermutet werden, dass nicht bei allen KlientInnen ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Anzahl der Behandlungseinheiten und Verbesserungsrate gegeben ist, sondern sich das individuell unterscheidet.

3.5. Einfluss der Komorbiditäten

Da viele KlientInnen mehr als nur eine Diagnose aufweisen, wäre es relevant, einschätzen zu können, inwiefern sich die Anzahl oder Art der Diagnosen auf den Behandlungs-Outcome auswirken. Mit eindeutigen Hinweisen könnte man wiederum die Passung von KlientIn und Behandlung verbessern. In der Evaluationsstudie von Henneberg, Margraf und Wendler (2010) wurden verschiedene Variablen auf ihre Vorhersagekraft für den Behandlungserfolg von stationären Therapien untersucht. Einen negativen Zusammenhang mit dem Outcome fanden sie für komorbide Persönlichkeitsstörungen, höhere subjektive Belastung (erhoben mittels SCL-90-R und BDI-II) zum Beginn der Behandlung, stationäre Vorbehandlungen, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, geringeres Funktionsniveau zu Behandlungsbeginn (erhoben mit dem GAF) und das Vorliegen von mehr als einer Diagnose. Kim et al. (2013) untersuchten bei einer Stichprobe von PatientInnen mit Panikstörung die Einflüsse auf den Treatment-Outcome bei einer mindfulness-basierten kognitiven Therapie. Sie fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen komorbiden Persönlichkeitsstörungen und Behandlungsabbrüchen. In der Meta-Analyse von Newton-Howes, Tyrer und Johnson aus dem Jahr 2006 wurde gezeigt, dass bei der Behandlung von Depressionen das Vorhandensein von komorbiden Persönlichkeitsstörungen oft zu schlechteren Ergebnissen führt. Carter et al. (2011) untersuchten, ob es für das Ansprechen von depressiven PatientInnen auf kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonale Psychotherapie unterschiedliche Prädiktoren gibt. Die Ergebnisse zeigten, dass komorbide Persönlichkeitsstörungen bei der interpersonalen Psychotherapie zu schlechteren Ergebnissen führen, nicht aber bei der kognitiven Verhaltenstherapie. Auch eine momentan vorliegende depressive Episode hatte einen negativen Einfluss auf den Behandlungs-

Outcome. Die Unterschiede des Einflusses von komorbiden Persönlichkeitsstörungen auf den Outcome der Behandlung von Depressionen zwischen kognitiver Verhaltenstherapie und interpersonaler Psychotherapie wurden auch von Joyce et al. (2007) gefunden. Bei Angststörungen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen wirkten psychologisch weniger komplexe Behandlungsarten (Entspannungstraining oder Medikation) besser als z.B. kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie. Bei komorbiden Depressionen sagten höhere Depressionslevel voraus, dass Akzeptanz oder mindfulness-basierte Verfahren bessere Ergebnisse erzielen als kognitive Verhaltenstherapie.
Zusammenfassend könnte man davon ausgehen, dass sich vor allem das Vorhandensein von komorbiden Persönlichkeitsstörungen auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Das Vorhandensein von mehr als einer Störung scheint in jedem Fall eindeutige Aussagen bezüglich der Erwartungen des Behandlungs-Outcomes zu erschweren.

3.6. Einfluss des Ausmaßes der Belastung

Auch der Schweregrad der Erkrankung ist ein Faktor, der als Moderator des Behandlungserfolges untersucht worden ist. Henneberg et al. (2010) fanden, dass sich höhere subjektive Belastung und geringeres Funktionsniveau zu Beginn der Behandlung negativ auf das Behandlungsergebnis auswirkten. Der Schweregrad der depressiven Erkrankung wurde von Blom und KollegInnen (2007) als Prädiktor für den Behandlungsoutcome und von Frank und KollegInnen (2002) als Hinweis auf die Remissionswahrscheinlichkeit identifiziert.

Auch in dem Review von Hamilton und Dobson (2002) wurde festgestellt, dass sich hohe Schweregrade der Depression vor der Behandlung sowie Chronifizierung, jüngeres Alter bei Beginn der Störung und Anzahl der vorangegangenen Episoden negativ auf das Ergebnis der kognitiven Therapie auswirken. Bei Angststörungen ist der Zusammenhang nicht so klar, hier wurden laut des Reviews von Schneider et al. (2015) zwar einige Studien erwähnt, die von einem Einfluss des Schweregrades auf das Behandlungsergebnis berichteten, dennoch scheint der Zusammenhang unter Berücksichtigung von

Angstausprägung, Vermeidungsverhalten und Behandlungsart komplexer zu sein.

Zusammenfassend könnte man vermuten, dass der Schweregrad der Erkrankung ein Einflussfaktor für den Behandlungs-Outcome sein kann.

Empirischer Teil

1. Ziele der Studie

Als wichtigstes Ziel der Studie sollten erstmals die beiden in Österreich vertretenen Modelle der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie miteinander verglichen werden. Da es bisher keine veröffentlichten Studien zur Wirksamkeit der klinisch-psychologischen Behandlung gab, wurde es als wichtig erachtet, einen ersten Überblick darüber zu geben.

Es wurden Fragen dazu gestellt, ob in der KlientInnengruppe oder in Merkmalen der Behandlung bestimmte Faktoren gefunden werden können, die eine besonders effektive Behandlung bedingen. So wurden soziodemographische Merkmale, Anzahl der Komorbiditäten, das Ausmaß der Belastung, die Zufriedenheit mit der Behandlung und der Beziehung zum/r BehandlerIn sowie die Anzahl der Behandlungseinheiten im Zusammenhang mit der Veränderung der psychischen Belastung untersucht. Auch nach Prädiktoren für den Behandlungserfolg für die Gruppen sollte gesucht werden.

Ebenso sollte überprüft werden, ob die Behandlung darin erfolgreich war, die Quote der Berufstätigkeit bei den KlientInnen zu erhöhen bzw. beizubehalten und die Leistungsfähigkeit zu steigern.

2. Methode

2.1. Stichprobe sowie Ein- und Ausschlusskriterien

Die Stichprobe wurde aus dem Pilotprojekt fit2work gewonnen, das in ganz Österreich insgesamt 930 KlientInnen klinisch-psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung zuführen sollte.

Für die Auswertung im Rahmen der Diplomarbeit sollten je nach Fragestellung diejenigen Personen mit einbezogen werden, von denen nur Selbsteinschätzungsbögen zu Beginn der Behandlung, sowohl zu Beginn als auch zum Ende oder für die sowohl von der Fremd- als auch von der Selbsteinschätzung Fragebögen zu Beginn und zum Ende der Behandlung vorlagen.

2.2. Studiendesign und Untersuchungsdurchführung

Das Studiendesign war als Prä-/Poststudie angelegt, die sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungen mit einbeziehen sollte (Abbildung 7).

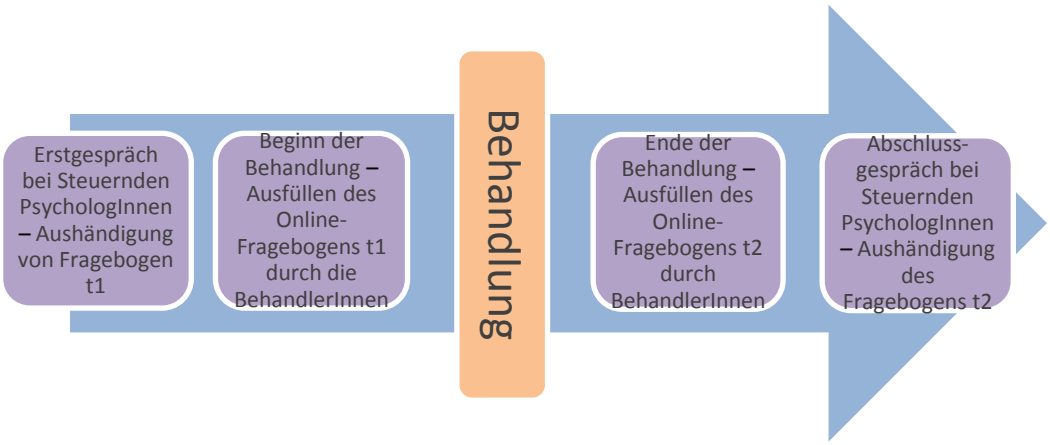

Abbildung 7. Studiendesign.

Die KlientInnen von fit2work, die eine Behandlung erhalten sollten, wurden durch ein Gespräch mit einem/r Steuernden PsychologIn entweder einer klinisch-psychologischen Behandlung oder einer Psychotherapie zugeteilt. Im Rahmen dessen wurden die Anzahl der Behandlungseinheiten festgelegt und die Kuverts mit den Fragebögen zum ersten Befragungszeitpunkt ausgegeben. Die Unterlagen beinhalteten zudem ein frankiertes Kuvert. Die KlientenInnen wurden durch ein Mitteilungsblatt über den Zweck der Studie und die Bedingungen (Prä-/Post-Befragung und Verschwiegenheit) informiert sowie gebeten, die ausgefüllten Befragungsunterlagen auf dem Postweg zu retournieren.
Nach Beendigung der Behandlung war ein erneutes Gespräch bei einem/r der Steuernden PsychologInnen vorgesehen. Dort erhielten die Personen die Unterlagen zur Befragung zum Post-Zeitpunkt sowie einen weiteren Rücksendeumschlag.

Die BehandlerInnen wurden per E-Mail kontaktiert, zur Untersuchung aufgeklärt und gebeten, an der Befragung zur Beurteilung des Zustandes der Personen vor und nach der Behandlung teilzunehmen. Die Befragungen selbst wurden als Online-Fragebögen vorgegeben. Der Link dazu war in der informierenden

Nachricht enthalten. Die BehandlerInnen wurden über die Art und Dauer der Diagnostik, die Diagnose, die Medikamente, die Bereiche, die in der Behandlung bearbeitet werden sollten, und auch die allgemeine Einschätzung des Zustandes der Person (anhand der GAF-Skala) befragt.

Projekt „fit2work“ und „fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung“

Die Evaluationsstudie, die Grundlage für diese Diplomarbeit war, war Teil des Projektes fit2work, das seit 2010 in Österreich vom Sozialministeriumservice in Partnerschaft mit dem Arbeitsmarktservice, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Pensionsversicherungsanstalt und mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführt wird.

Das Projekt beschäftigt sich damit, Personen zu unterstützen, die ihren Arbeitsplatz auf Grund von gesundheitlichen oder psychischen Problemen gefährdet sehen oder ihn schon verloren haben. Es soll vor allem Personen ansprechen, die häufig oder länger im Krankenstand sind und daher Probleme im Job haben oder sich weniger leistungsfähig fühlen. Das Ziel ist, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu fördern, den Arbeitsplatz zu sichern, neue Tätigkeitsbereiche zu finden oder den beruflichen Wiedereinstieg zu unterstützen (Sozialministeriumservice, 2014).
Von Sommer 2013 bis Frühjahr 2015 lief die Evaluation des Pilotprojekts „fit2work psychologische und psychotherapeutische Behandlung“, aus dem alle Daten für die Diplomarbeit entnommen werden konnten.

Die folgenden Informationen über das Pilotprojekt stammen aus dem Treffen der Steuernden PsychologInnen mit der Projektleitung von „fit2work psychologische und psychotherapeutische Behandlung“ vom 30. Jänner 2015.
Alle KlientInnen von fit2work wurden zunächst vom fit2work-Casemanagement betreut, bei dem ein Erstgespräch und Hinführung zur Unterstützung für im Einzelfall benötigte Maßnahmen und im Bedarfsfall längerfristige regelmäßige Betreuung stattfinden sollten. Bei KlientInnen, die als psychisch besonders belastet auffielen, wurde durch eine/n ArbeitspsychologIn eine Testung und

Begutachtung durchgeführt. Es wurden bei den arbeitspsychologischen Untersuchungen unterschiedliche diagnostische Verfahren angewendet (z.B. BDI, SCL-90, BSI). Auch wurden Konzentrations- und Aufmerksamkeitstests (z.B. d2), Verfahren zur Beurteilung der Stressverarbeitung (z.B. SVF) und des arbeitsbezogenen Verhaltens (z.B. AVEM) durchgeführt. Wenn bei dieser Begutachtung ein Bedarf für eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung festgestellt wurde, wurden die KlientInnen zu einem/r Steuernden PsychologIn weitervermittelt. Diese teilten dann die KlientInnen den jeweiligen BehandlerInnen zu und bestimmten die Anzahl an Behandlungseinheiten, die der/die KlientIn erhalten sollte.

Die Kriterien für die Zuteilung waren zum Teil methodisch, aber auch oft praktisch bedingt und unterschieden sich zwischen den jeweiligen Steuernden PsychologInnen. Zum Beispiel wurde auf geographische Nähe des/der BehandlerIn zum Wohnort der KlientInnen, Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen oder auf das Geschlecht des/der BehandlerIn geachtet. Je nach Bedarf des/der KlientIn wurden für längerfristige Behandlungen eher Psychotherapeuten empfohlen, die für eine weiterführende Behandlung Kassenplätze anbieten konnten. Auch für schwerere Erkrankungen, Multikomorbiditäten, biographische Aufarbeitung oder Persönlichkeitsstörungen verwiesen manche Steuernde PsychologInnen eher an PsychotherapeutInnen. Für konkreter eingrenzbare Probleme wurde eher an Klinische PsychologInnen weitervermittelt. Auch wurde bei spezifischem Bedarf an BehandlerInnen verwiesen, die sich auf bestimmte Behandlungsmethoden oder Störungsbilder spezialisiert hatten (z.B. Coaching, Biofeedback etc.). Außerdem wurde, falls KlientInnen bestimmte Methoden schon ohne Erfolg ausprobiert hatten, zu einer anderen Behandlungsart geraten. Insgesamt wurde präferiert an Personen mit doppelter Qualifikation (Klinische/r PsychologIn und PsychotherapeutIn verwiesen.

Die Zuteilung der Anzahl der Behandlungseinheiten erfolgte über die Einschätzung des Schweregrads der Problematik sowie der Motivation der KlientInnen.

2.3. Untersuchungsinstrumente

Die in der Studie angewendeten Instrumente sollen nun näher beschrieben werden. Abbildung 8 zeigt im Detail, zu welchem Zeitpunkt die KlientInnen und BehandlerInnen welche Fragebögen ausfüllen sollten.

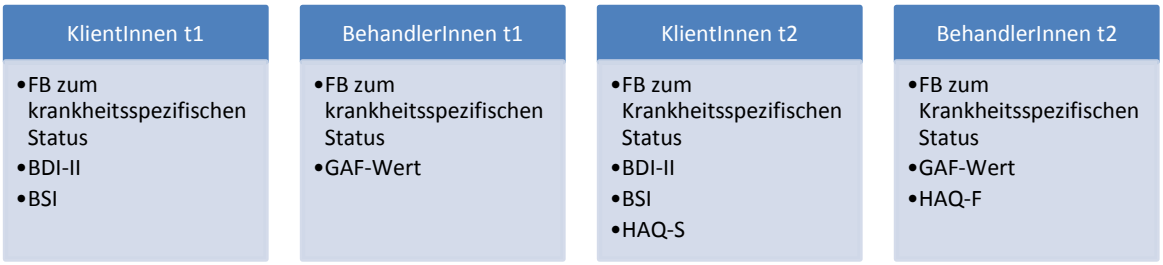

Abbildung 8. Untersuchungsinstrumente.

2.3.1. Fragebogen zur Erhebung des Krankheitsspezifischen Status

Diese Fragebögen wurden speziell für die Evaluationsstudie von der Academy for Value in Health GmbH erstellt und dienten zur Erhebung von soziodemographischen Daten und berufsbezogenen sowie diagnose- und behandlungsbezogenen Angaben. Sie wurden zu zwei Zeitpunkten von den KlientInnen in einer Selbstbeurteilungsform und den BehandlerInnen in einer Fremdbeurteilungsform ausgefüllt.

In dem Fragebogen zur Selbstbeurteilung zu Behandlungsbeginn wurden zuerst die soziodemographischen Daten zu Geschlecht, Alter, Familienstand, Wohnsituation, Anzahl eigener Kinder und höchster abgeschlossener Ausbildung abgefragt. Die Fragen zur Arbeitssituation gingen von derzeitigem Beruf über Tätigkeitsbeschreibung und Arbeitszeit, über Qualifikation und Umschulungsnotwendigkeit bis hin zu subjektiv eingeschätzter Auswirkung der psychischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Woche (Skala 0 bis 10) und Anzahl der Krankenstände.
Die KlientInnen, die nicht in einem Arbeitsverhältnis standen, wurden danach gefragt, ob sie sich in eine Kategorie einordnen können (Hausfrau/Hausmann,

PensionistIn, arbeitslos, in Ausbildung, Karenz/Mutterschutz, sonstiges) und wenn ja, warum. Wenn Pensionierung oder Arbeitslosigkeit auf psychische Beschwerden zurückzuführen waren, wurde mit dem Fragebogen auch erhoben, seit wann die Arbeitslosigkeit oder Pensionierung besteht.
Es wurde erfragt, ob die Personen schon Anträge auf Frühpensionierung oder Kuraufenthalte gestellt haben und wann und von wem die Diagnose einer psychischen Störung gestellt worden ist. Auch wurde erhoben, wie viel Zeit zwischen dem Auftreten erster Symptome und der Diagnose vergangen sind.
Danach folgten noch Fragen zu Behandlung der psychischen Beschwerden in den letzten sechs Monaten und Fragen nach ärztlichen Untersuchungen, Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und Medikamenten, die gegen die psychischen Beschwerden verschrieben worden waren. Zuletzt wurde gefragt, wie sehr sich die psychischen Probleme auf die täglichen Aktivitäten auswirkten (Skala 0 bis 10).

Der Fragebogen zum zweiten Zeitpunkt unterschied sich dadurch, dass er mehr darauf einging, ob sich das Arbeitsverhältnis seit dem ersten Zeitpunkt geändert hat und warum. Veränderungen wurden auch in den Bereichen Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, Krankenstände, ärztliche Untersuchungen, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Einnahme von Medikamenten, Gesundheitsverhalten, Umfeld und tägliche Aktivitäten erhoben. Abschließend gab es eine Frage zur Einschätzung der Hilfe durch die Behandlung.

In der Fremdbeurteilungsform zum Beginn wurde erfragt, ob eine Diagnostik durchgeführt worden ist, welche Lebensbereiche des/der KlientIn am stärksten betroffen waren, die Diagnosen und ärztlich verordnete Medikation. Zum Ende der Behandlung sollte angegeben werden, wie viele Sitzungen abgehalten worden sind, wie der Behandlungsfortschritt eingeschätzt wurde und welche Bereiche er betraf. Auch die Diagnosen und die Medikation sollten erneut angegeben werden.
Sehr wichtig war bei diesen Fragebögen auch die Sozialversicherungsnummer, die in der Selbst- und Fremdbeurteilung auszufüllen war, da diese als Kombinationsnummer für die insgesamt vier Datenquellen genutzt wurde.

2.3.2. Beck Depressions-Inventar Revision

Das Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere der Depression. Das Instrument besteht aus 21 Gruppen zu je vier Aussagen, bei denen die Personen ankreuzen sollen, welche der Aussagen pro Gruppe am besten ihren Zustand in den letzten 14 Tagen beschreibt. Die Aussagen sind als einfache Sätze formuliert und beschreiben depressive Symptome in aufsteigender Schwere von „0 = nicht vorhanden“ über „1 = leichte Ausprägung“ und „2 = mäßige Ausprägung“ bis „3 = starke Ausprägung“. Das Ausfüllen dauert für die Personen zehn bis fünfzehn Minuten.
Die Auswertung erfolgt über den Summenscore der angekreuzten Antworten. Ein Wert von acht oder kleiner wird als „keine Depression“ bezeichnet, ein Wert zwischen neun und 13 als „minimale Depression“, ein Wert zwischen 14 und 19 als „leichte Depression“. Ein Wert von 20 bis 28 wird als „mittelschwere Depression“ interpretiert und ein Wert von 29 oder höher als „schwere Depression“.

Laut Kühner, Bürger, Keller und Hautzinger (2007) liegt die interne Konsistenz (Cronbachs α) in klinischen und nicht-klinischen Stichproben zwischen 0,84 und 0,90, die Retestreliabilität zwischen 0,47 und 0,78. Die konvergente Validität, dargestellt anhand der Korrelation des BDI-II mit dem FDD-DSM-IV, liegt ungefähr bei 0,72 bis 0,89, während die diskriminante Validität anhand der Korrelation mit der Skala „psychisches Wohlbefinden“ der WHO-5 zwischen -0,49 und -0,73 liegt.

2.3.3. Brief Symptom Inventory

Das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000a, 2000b) ist eine Kurzform der SCL-90-R. Das BSI erfasst mit 53 Fragen in einem Selbstbeschreibungsfragebogen die symptomatische Belastung in neun klinisch relevanten Skalen und drei globalen Kennwerten.
Die Beantwortung der Items erfolgt über eine fünfstufige Likert-Skala von „0 = überhaupt nicht“ über „1 = ein wenig“, „2 = ziemlich“ und „3 = stark“ bis „4 = sehr

stark“, wobei die Person jeweils ankreuzen soll, was in den vergangenen sieben Tagen am besten auf sie zugetroffen hat. Die neun erhobenen primären Skalen heißen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“. Die globalen Kennwerte sind der GSI (Global Severity Index), der PSDI (Positive Symptom Distress Index) und der PST (Positive Symptom Total). Die Skalenwerte werden über Aufsummierung der zusammengehörigen Items gewonnen. Für die Studie wurde als globaler Kennwert der GSI berechnet.

Für die Transformation in T-Werte liegen Normen für verschiedene Gruppen vor. Für die Studie wurden die Normen für Erwachsene geteilt nach Geschlecht angewendet. Für die Interpretation wird im Manual ein Wert von $T_{GSI} \geq 63$ oder $T_{Skalen} \geq 63$ angegeben, ab dem eine Person als „psychisch auffällig belastet“ (Franke, 2000a, S. 20) eingeschätzt werden kann.

Die Durchführungszeit beträgt zwischen acht und zehn Minuten. Laut Autoren ist das Verfahren für die Anwendung bei Messwiederholungen gut geeignet, daher ist es für die Anwendung in dieser Evaluationsstudie günstig gewählt. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) der Skalen liegt zwischen 0,39 und 0,85. Die interne Konsistenz des globalen Kennwertes GSI liegt zwischen 0,92 und 0,96. Die Retestreliabilität nach einer Woche liegt zwischen 0,73 und 0,93. Die Items zeigen aufgrund des Konstruktionsprozesses Augenscheinvalidität. Auch von einer ausreichenden diskriminanten Validität kann nach einem Vergleich mit dem FPI-R ausgegangen werden (Franke, 2000a).

2.3.4. Global Assessment of Functioning Scale

Mit Hilfe der Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Saß, Wittchen & Zaudig, 1998) soll das allgemeine Funktionsniveau von PatientInnen durch ihre BehandlerInnen eingeschätzt werden. Sie basiert auf der Achse 5 des DSM-IV und erfasst neben anderen vor allem psychische, soziale und berufliche Funktionsbereiche.

Die Skala erstreckt sich von 1–100 und soll in einem zweistufigen Verfahren angewendet werden. Zuerst soll eines der zehn Funktionsniveaus (z.B. 21–30,

51–60, 71–80) gewählt werden, in das der/die ExpertIn seine/n KlientIn einstufen möchte, im zweiten Schritt wird die Einschätzung konkretisiert, und es wird ein genauer Wert bestimmt (z.B. 26, 54, 78).
Die Einschätzung dauert ungefähr eine Minute. Das Instrument eignet sich zur Prä-/Post-Messung von Therapieerfolgen bezüglich Zielerreichung und klinischem Fortschritt. Die Reliabilität (reliability intraclass correlation) beträgt 0,86, und die diskriminante Validität, dargestellt anhand der Korrelation mit dem Global Severity Index der SCL-90-R, beträgt -0,46 (Hilsenroth et al., 2000).

2.3.5. Helping Alliance Questionnaire

Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995) ist ein Instrument zur Erhebung der Behandlungsbeziehung und des Behandlungsprozesses. Der Fragebogen liegt als Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument vor und erhebt mit 11 Items anhand eines sechsstufigen Antwortformats („6 = sehr zutreffend“, „5 = zutreffend“, „4 = wahrscheinlich zutreffend“, „3 = wahrscheinlich unzutreffend“, „2 = unzutreffend“, „1 = sehr unzutreffend“). Es können die Skalen „Beziehungszufriedenheit“ und „Erfolgszufriedenheit“ sowie ein Wert für die „Gesamtzufriedenheit“ gebildet werden.
Die Beantwortung dauert fünf Minuten. Die interne Konsistenz liegt bei $\alpha = 0{,}89$, und die Validität wird als ausreichend beschrieben (Bassler, 2003).

3. Fragestellungen und Hypothesen

1. Fragestellungen zur Verteilung der Personen mit verschiedenen soziodemographischen und beschwerdebezogenen Voraussetzungen auf die Behandlungsarten

Um festzustellen, ob die Zuteilung der KlientInnen zu den Behandlungsarten gleichmäßig erfolgt ist:
1) Gibt es Unterschiede in den soziodemographischen Variablen (Alter, Familienstand, Ausbildungsstand, Geschlecht, Berufstätigkeit) sowie Anzahl der Komorbiditäten und Schweregrad der Belastung (BDI-II, BSI, GAF) zwischen den KlientInnen, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben?

H0 (1a): Es gibt keinen Unterschied im Alter zwischen den KlientInnen, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten.
H1 (1a): Es gibt einen Unterschied im Alter zwischen den KlientInnen, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten.

Analog zu den Hypothesen H0 (1a) bzw. H1(1a) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (1b) bis H0 bzw. H1 (1g) für die Variablen Familienstand, Ausbildungsstand, Geschlecht, Berufstätigkeit, Anzahl der Komorbiditäten, die Werte in BDI-II, BSI und GAF.
Die Auswertung soll mit einem *t*-Test bzw. *U*-Test (für das Alter, die Werte in den Fragebögen und im GAF) und mit χ^2-Tests für die anderen Variablen erfolgen.

2. Fragestellungen zu Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Personen mit verschiedenen Ausprägungen in soziodemographischen Variablen

Die Befunde aus der Psychotherapieforschung zum Einfluss der soziodemographischen Variablen auf das Behandlungsergebnis sind zum Teil uneindeutig. Mit den folgenden Hypothesen soll überprüft werden, ob Personen mit bestimmten Merkmalen von der einen oder der anderen Behandlungsart mehr profitieren können. Da bisher noch keine Erkenntnisse dazu für die klinisch-

psychologische Behandlung vorliegen, sollen die Analysen getrennt für die klinisch-psychologische Behandlung und für die Psychotherapie erfolgen.

2) Gibt es einen Unterschied zwischen Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen in den soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, Berufstätigkeit in der Veränderung der Werte (BDI-II, BSI, GAF) von t1 zu t2?

H0 (2a.1): Es gibt bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung keinen Unterschied zwischen Personen verschiedenen Alters in der Veränderung der Werte von t1 zu t2.

H1 (2a.1):Es gibt bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung einen Unterschied zwischen Personen verschiedenen Alters in der Veränderung der Werte von t1 zu t2.

Analog zu H0 bzw. H1 (2a.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (2b.1) bis H0 bzw. H1 (2e.1) für die Variablen Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand und Berufstätigkeit formuliert. Die Hypothesen H0 bzw. H1 (2a.2) bis (2e.2) sind für die KlientInnen der Psychotherapie formuliert.

Die statistische Auswertung soll mit zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung oder, falls die Bedingungen dafür nicht gegeben sind, mit einfaktoriellen Varianzanalysen (alternativ: Kruskal-Wallis-Tests) der Differenzwerte (Prä zu Post) erfolgen.

2f) Können aus den soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Ausbildungsstand, Berufstätigkeit) Prädiktoren für den Erfolg der Behandlung identifiziert werden?

H0 (2f): Es können keine Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung identifiziert werden.

H1 (2f): Es können Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung identifiziert werden.

Die statistische Überprüfung der Hypothese soll mittels binär linearer Regression erfolgen.

3. Fragestellungen zur Wirkung der Behandlung auf die Beschäftigungssituation und Leistung in Beruf und Alltag

Aus der Literatur gibt es Befunde dazu, dass es bei Personen nach Behandlung von psychischen Problemen zu Veränderungen der Beschäftigungssituation kommt. Da bisher noch keine Erkenntnisse dazu für die klinisch-psychologische Behandlung vorliegen, sollen die Analysen getrennt für die klinisch-psychologische Behandlung und für die Psychotherapie erfolgen.

3a) Wirkt sich in den beiden Behandlungsgruppen die Behandlung auf die Beschäftigungssituation aus? (Prä-/Post-Beschäftigung)

H0 (3a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es keine signifikante Veränderung bezüglich der Beschäftigungssituation.

H1 (3a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es eine signifikante Veränderung bezüglich der Beschäftigungssituation.

Die Hypothesen H0 bzw. H1 (3a.2) wurden für die KlientInnen der Psychotherapie analog formuliert.

Die statistische Auswertung dieser Hypothese soll getrennt für die Behandlungsgruppen mit einem McNemar-Test erfolgen.

Da aus der Literatur Hinweise darauf gegeben sind, dass sich die Leistungsfähigkeit mit einer erfolgreichen Behandlung verändert, sollen hier die Veränderungen der Leistung in Beruf und Alltag bei den zwei Behandlungsarten überprüft werden.

3b) Gibt es einen Unterschied in der Veränderung der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung durch die psychischen Beschwerden in Beruf/Alltag durch die Behandlung zwischen den Personen, die eine klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung erhalten haben?

H0 (3b): Es gibt keinen Unterschied in der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung bei der Arbeit vor und nach der Behandlung zwischen den zwei Gruppen.

H1 (3b): Es gibt einen Unterschied in der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung bei der Arbeit vor und nach der Behandlung zwischen den zwei Gruppen.

Analog zu H0 bzw. H1 (3b) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (3c) zur subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung im Alltag formuliert.
Für die statistische Überprüfung der Hypothesen sollen zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und, falls die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind, *t*-Tests (alternativ *U*-Tests) für die Differenzen (Belastung Prä-Post) angewendet werden.

3d) Unterscheidet sich bei KlientInnen, die eine klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung bekommen haben, die retrospektive Einschätzung der Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und auf die normalen täglichen Aktivitäten?

H0 (3d): Es gibt keinen Unterschied in der Einschätzung der Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz zwischen den zwei Behandlungsarten.
H1 (3d): Es gibt einen Unterschied in der Einschätzung der Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz zwischen den zwei Behandlungsarten.

Analog zu H0 bzw. H1 (3d) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (3e) zur Einschätzung der Auswirkung der Behandlung auf die normalen täglichen Aktivitäten formuliert.
Die statistische Prüfung der Hypothesen soll mit einem χ^2-Test erfolgen.

4. Fragestellung zum Einfluss der Anzahl der Behandlungseinheiten

Aus der Literatur gibt es uneindeutige Ergebnisse zum Zusammenhang von Anzahl der Behandlungseinheiten mit dem Outcome der Behandlung. Um diesen

zu untersuchen, wurden die Personen anhand von Trennwerten bezüglich der Anzahl der Behandlungseinheiten in drei ungefähr gleich große Gruppen geteilt. Da bisher noch keine Erkenntnisse dazu für die klinisch-psychologische Behandlung vorliegen, sollen die Analysen getrennt für die klinisch-psychologische Behandlung und für die Psychotherapie erfolgen.

4a) Gibt es einen Unterschied in der Veränderung der Prä- zu Post-Werte (BDI-II, BSI, GAF) in der klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlung abhängig von der Anzahl der Behandlungseinheiten?

H0 (4a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es keine Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl der Behandlungseinheiten.

H1 (4a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl der Behandlungseinheiten.

Analog zu H0 bzw. H1 (4a.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (4a.2) für die KlientInnen der Psychotherapie formuliert.

Für die statistische Überprüfung der Hypothesen sollen zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und, falls die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind, einfaktorielle Varianzanalysen (alternativ Kruskal-Wallis-Tests) für die Differenzen (Veränderung Prä-Post) angewendet werden.

5. Fragestellungen zu Zufriedenheit/Beziehung

Da es aus der Literatur Hinweise darauf gibt, dass sich die Qualität der erlebten Beziehung zwischen verschiedenen Behandlungsarten unterscheidet, soll hier überprüft werden, ob es auch zwischen den hier untersuchten Behandlungsarten Unterschiede gibt:

5a) Gibt es einen Unterschied in der erlebten Beziehung (HAQ-Gesamtzufriedenheit/Beziehungszufriedenheit/Erfolgszufriedenheit) zwischen

KlientInnen, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben?

H0 (5a.1): Es gibt keinen Unterschied in der erlebten Beziehung (HAQ-Gesamt) zwischen den Personen, die eine Psychotherapie oder eine klinisch-psychologische Behandlung erhalten haben.

H1 (5a.1): Es gibt einen Unterschied in der erlebten Beziehung (HAQ-Gesamt) zwischen den Personen, die eine Psychotherapie oder eine klinisch-psychologische Behandlung erhalten haben.

Analog zu H0 bzw. H1 (5a.1) werden die Hypothesen H0 bzw. H1 (5a.2) und (5a.3) zum HAQ-Wert Beziehungszufriedenheit und Erfolgszufriedenheit formuliert.
Zur statistischen Auswertung soll ein *t*-Test (alternativ *U*-Test) angewendet werden.

Da die Wichtigkeit der Beziehung/Zufriedenheit für den Outcome der Psychotherapie in der Literatur immer wieder dargestellt wurde, soll hier der Zusammenhang zwischen den Skalen des Helping Alliance Questionnaire und der Veränderung der Prä- zu Post-Werte (BDI-II, BSI, GAF) für die zwei Behandlungsarten überprüft werden.

5b) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Wirkung der Behandlung in den Gruppen?

H0 (5b.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Veränderung der Werte.

H1 (5b.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Veränderung der Werte.

Analog zu H0 bzw. H1 (5b.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (5b.2) für die KlientInnen der Psychotherapie formuliert.

Zur statistischen Auswertung soll eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (alternativ Spearman Rang-Korrelation) angewendet werden.

6. Fragestellungen zum Einfluss der Anzahl der Komorbiditäten

Da es aus der Literatur Hinweise darauf gibt, dass die Anzahl der Komorbiditäten eine Rolle dabei spielt, wie der Behandlungs-Outcome ausfällt, sollen diese Fragen hier untersucht werden. Da bisher noch keine Erkenntnisse dazu für die klinisch-psychologische Behandlung vorliegen, sollen die Analysen getrennt für die klinisch-psychologische Behandlung und für die Psychotherapie erfolgen.

6a) Gibt es einen Unterschied in der Veränderung von Prä- zu Post-Werten (BDI-II, BSI, GAF) zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Komorbiditäten?

H0 (6a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es keinen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt zwischen Personen mit 1, 2, 3 und mehr Diagnosen.

H1 (6a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es einen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt zwischen Personen mit 1, 2, 3 und mehr Diagnosen.

Analog zu H0 bzw. H1 (6a.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (6a.2) für die KlientInnen der Psychotherapie formuliert.

Die statistische Überprüfung soll mit zweifaktoriellen Varianzanalysen und, falls die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind, einfaktoriellen Varianzanalysen (alternativ Kruskal-Wallis-Tests) für die Differenzen (Veränderung Prä-Post) erfolgen.

7. Fragestellung zum Einfluss des Ausmaßes der Belastung

Da es Hinweise darauf gibt, dass das Ausmaß der Belastung ein Einflussfaktor für die Veränderung des Zustandes durch die Behandlung sein kann, soll hier der Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung im Alltag zu Beginn der Behandlung mit der Veränderung der Werte untersucht werden. Da bisher noch keine Erkenntnisse dazu für die klinisch-psychologische Behandlung vorliegen,

sollen die Analysen getrennt für die klinisch-psychologische Behandlung und für die Psychotherapie erfolgen.

7a) Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Belastung (operationalisiert mit der Beeinträchtigung im Alltag) und der Veränderung der Werte in BDI-II, BSI und GAF zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt?

H0 (7a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung zu Beginn und der Veränderung der Werte.

H1 (7a.1): Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gibt es einen Zusammenhang zwischen der Beeinträchtigung zu Beginn und der Veränderung der Werte.

Analog zu H0 bzw. H1 (7a.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (7a.2) für die KlientInnen der Psychotherapie formuliert.

Die statistische Überprüfung der Hypothesen soll getrennt für die zwei Behandlungsarten mit einer Korrelation nach Pearson (alternativ Spearman-Korrelation) erfolgen.

8. Fragestellungen zur Wirksamkeit der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung allgemein und diagnosebezogen

Hier soll überprüft werden, ob es Unterschiede in der Wirksamkeit der Behandlung zwischen den Behandlungsarten gibt:

8a) Gibt es in der Veränderung der Werte in BDI-II, BSI und GAF zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt Unterschiede zwischen Personen, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben?

H0 (8a): Es gibt keinen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen den KlientInnen, die eine klinisch psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben.

H1 (8a): Es gibt einen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen den KlientInnen, die eine klinisch psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben.

Die Auswertung soll mit zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung und, falls die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind, mit einfaktoriellen Varianzanalysen (alternativ Kruskal-Wallis-Tests) für die Differenzen (Veränderung Prä-Post) erfolgen.

8b) Gibt es Unterschiede in der Wirksamkeit (Prä-Post-Veränderung in BDI-II, BSI, GAF) der verschiedenen Behandlungsarten bei Personen mit Diagnosen aus unterschiedlichen Bereichen (F40–49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen/F30-39 Affektive Störungen/Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung – Burnout)?

H0 (8b.1): Es gibt keinen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie bei Personen mit Diagnosen aus dem Bereich F40–49.

H1 (8b.1.): Es gibt einen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie bei Personen mit Diagnosen aus dem Bereich F40–49.

Analog zu H0 bzw. H1 (8b.1) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (8b.2) und (8b.3) für Personen mit Diagnosen aus dem Bereich F30-39 und Z73 formuliert.
Die statistische Überprüfung der Unterschiedshypothesen soll mit zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung und, falls die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind, mit einfaktoriellen Varianzanalysen (alternativ Kruskal-Wallis-Tests) für die Differenzen (Veränderung Prä-Post) erfolgen.

4. Statistische Auswertung und Ergebnisdarstellung

Die statistische Auswertung wurde mit IBM SPSS Statistics 22 für Windows durchgeführt. Das Signifikanzniveau zur Überprüfung der Hypothesen wurde auf $\alpha = 0{,}05$ festgelegt.

Bei Stichproben ab ca. 30 untersuchten Personen wurde entsprechend dem zentralen Grenzwerttheorem eine Normalverteilung der Daten angenommen (Bortz & Döring, 2006). Für die Prüfung der Normalverteilung bei kleineren Stichproben wurden der Kolmogorov-Smirnov-Test und die standardisierte Schiefe (Field, 2009) angewendet. Bei nicht signifikantem Kolmogorov-Smirnov-Test, oder wenn $z_{Schiefe} = \frac{S-0}{SE\ Schiefe} > 1{,}96$, wurde die Normalverteilung angenommen (Formel nach Field, 2009, S. 139).

Für die Analyse von Häufigkeiten bzw. Überprüfung von Verteilungsunterschieden wurden χ^2-Tests eingesetzt. Im Fall, dass die Voraussetzungen für das Verfahren nicht gegeben waren, wurde der exakte Test (Fisher-Yates-Test) angewendet. Im Spezialfall der Prüfung von wiederholt erhobenen Merkmalen wurde der McNemar-Test gerechnet (Bortz & Schuster, 2010).

Für den Vergleich von Stichprobenmittelwerten zweier unabhängiger Gruppen wurde der *t*-Test für unabhängige Stichproben angewendet.

Wenn ein Vergleich von verschiedenen Gruppen in zwei Stufen (Prä- und Post-Erhebung) vorgesehen war, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gerechnet (Bortz & Schuster, 2010). Dabei können Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten und zwischen den Gruppen sowie deren Wechselwirkungen geprüft werden.

Für den Fall, dass die Voraussetzungen für die zweifaktorielle Varianzanalyse verletzt waren, wurde – aus Mangel an nonparametrischen Alternativen – der Differenzwert der Prä- und Postwerte gebildet und mit einfaktoriellen Varianzanalysen (bei heterogenen Varianzen mit einer Welch-James-Prozedur und bei Verletzung anderer Voraussetzungen mit Kruskal-Wallis-Tests) verglichen (Bortz & Schuster, 2010). Diese überprüfen wiederum Mittelwertsunterschiede bzw. Unterschiede der mittleren Ränge zwischen mehr

als zwei Gruppen. Auch wenn nur zwei Gruppen verglichen wurden, wurden zur besseren Vergleichbarkeit diese Verfahren anstatt von *t*-Tests (*U*-Tests) berechnet.

Falls nötig, wurden post-hoc-Tests gerechnet, die anzeigen, welche der Gruppen sich im Falle eines signifikanten Ergebnisses tatsächlich voneinander unterscheiden. Sie bestehen aus paarweisen Vergleichen aller Kombinationen der geprüften Gruppen (Field, 2009).

Weiters wurde die Produkt-Moment-Korrelation oder „Bravais-Pearson-Korrelation“ angewendet, um lineare Zusammenhänge zwischen zwei Merkmalen zu beschreiben. Wenn die Voraussetzung der Normalverteilung nicht gegeben war, sollte die Rangkorrelation nach Spearman angewendet werden (Bortz & Schuster, 2010).

Auch eine binär logistische Regression zur Modellprüfung wurde verwendet. Damit kann überprüft werden, ob bestimmte Prädiktorvariablen, die kontinuierlich oder kategorial sein können, eine zwei-kategoriale Outcome-Variable voraussagen können (Field, 2009). Die Klassifikationsgüte wird mit dem Bestimmtheitsmaß Nagelkerke’s R beurteilt. Ein Wert von > 20% wird als akzeptabel angesehen (Bortz & Schuster, 2010).

Um die inhaltliche Bedeutsamkeit von Ergebnissen darzustellen sowie die Größe von Effekten vergleichbar machen zu können (Field, 2009), werden auch Effektgrößen angegeben.

Die Korrelationskoeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation wurden als Effektmaß verwendet. Der Wertebereich ist zwischen -1 und +1; r = ,1 wird als kleiner, r = ,3 als mittlerer und r = ,5 als großer Effekt eingeschätzt (Cohen, 1988).

Das partielle Eta^2 gibt an, wie viel Gesamtvarianz an der abhängigen Variable durch die unabhängige Variable erklärt wird. Ein kleiner Effekt von η^2_p = ,01 erklärt 1% der Varianz, ein mittlerer Effekt von η^2_p = ,06 erklärt 6% und ein großer Effekt von η^2_p = ,14 erklärt 14% der Varianz (Cohen, 1988).

Die Größe eines Effekts mit Cohen’s d = 0,2 wird als klein, d = 0,5 als mittel und d = 0,8 als groß eingeschätzt (Cohen, 1988).

Wenn nicht von SPSS ausgegeben, wurden die Effektstärken aus den Prüfgrößen mit dem Effektstärken-Rechner von Psychometrica berechnet (Lenhard & Lenhard, 2015).

4.1. Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

Die erhaltenen Daten setzten sich dem Design entsprechend aus vier Quellen (Selbst- und Fremdbeurteilung zu Beginn und Ende der Behandlung) zusammen. Von anfangs geplanten 930 Personen nahmen 509 KlientInnen zu Beginn der Behandlung und 210 KlientInnen nach Ende der Behandlung an der Evaluation teil. Von 165 Personen lagen Selbstbeurteilungs-Fragebögen zu Beginn und zum Ende der Behandlung vor.

Von den BehandlerInnen wurde der Fragebogen zum Behandlungsbeginn insgesamt 914 Mal und der Fragebogen zum Behandlungsabschluss 528 Mal ausgefüllt. Von 120 KlientInnen lagen Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen zu Beginn und Ende der Behandlung vor.

Leider waren nicht alle Bögen verwertbar. Bei den KlientInnen hatten einige ihre Sozialversicherungsnummer, die zur Identifikation und Kombination der Fragebögen aus den verschiedenen Quellen notwendig waren, nicht angegeben, und bei den BehandlerInnen waren einige doppelt ausgefüllte bzw. nicht zuordenbare Fragebögen vorhanden.

Da die meisten statistischen Analysen mit der Gruppe der Personen durchgeführt wird, die zum ersten und zweiten Zeitpunkt den Fragebogen ausgefüllt haben, soll hier die Beschreibung dieser Personen vorgenommen werden.

Alter

Die jüngste Person in dieser Gruppe war 23 Jahre alt, die älteste 61 Jahre. 6,7% der Personen waren unter 30, 13,9% zwischen 30 und 39, 35,2% waren zwischen 40 und 49 Jahre alt, und 44,2% waren 50 und älter (Abbildung 9).

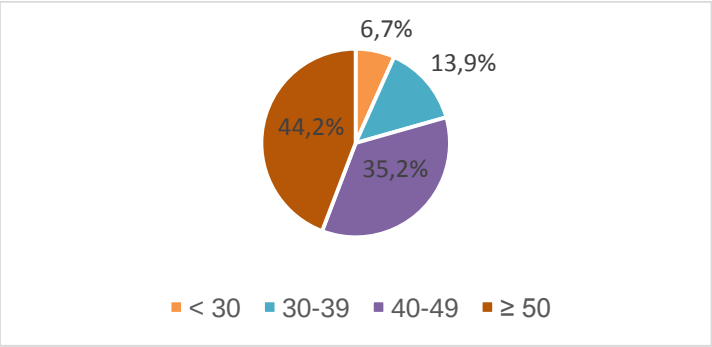

Abbildung 9. Altersverteilung.

Geschlecht

Zwei Drittel der TeilnehmerInnen waren weiblich, also 110 Personen (66,7%), 55 (33,3%) männlich.

Familienstand

Der Familienstand war bei 53 Personen (32,1%) ledig, bei 72 Personen (43,6%) verheiratet, bei 38 Personen (23,0%) geschieden und bei einer Person (0,6%) verwitwet (Abbildung 10).

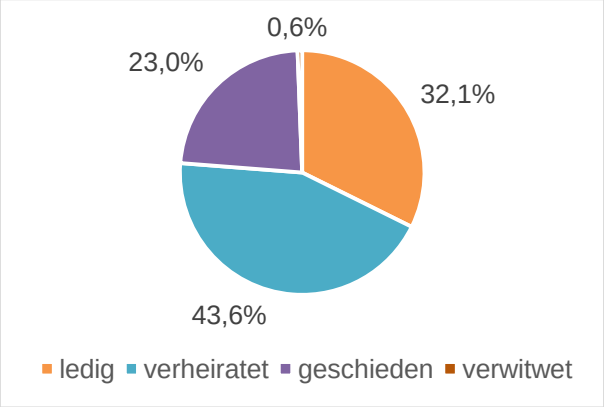

Abbildung 10. Familienstand.

Ausbildungsstand

Zwei Personen (1,2%) hatten keine abgeschlossene Ausbildung, 20 Personen (12,1%) hatten die Pflichtschule absolviert, 60 Personen (36,4%) eine Berufsschule oder Lehre, 20 Personen (12,1%) eine berufsbildende mittlere Schule, 24 Personen (14,5%) eine AHS oder BHS. 19 Personen (11,5%) hatten eine Spezialausbildung oder ein Kurzstudium absolviert und 20 Personen (12,1%) eine Universität oder Fachhochschule (Abbildung 11).

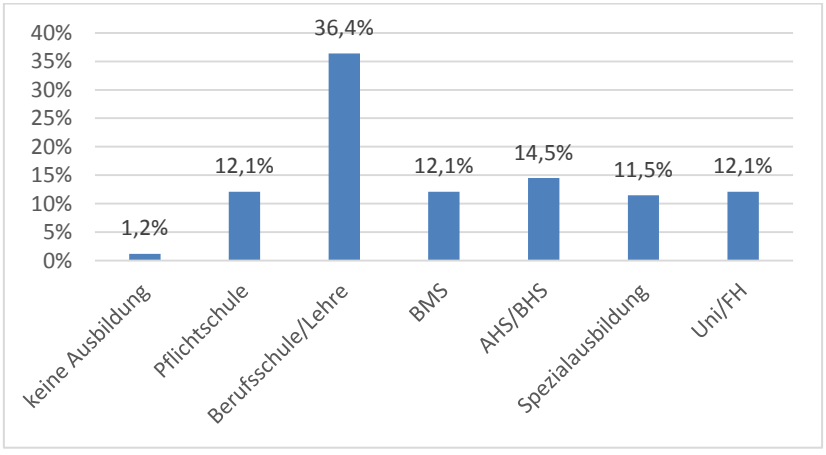

Abbildung 11. Ausbildungsstand.

Arbeitsverhältnis

79 (47,9%) Personen standen zu Beginn der Behandlung in einem Arbeitsverhältnis, 86 Personen (52,1%) nicht.

In der ersten Gruppe hatten die Personen im Durchschnitt eine vertragliche Arbeitszeit von 34,9 Stunden (SD = 8,2), die geringste Arbeitszeit waren sechs, die höchste 45 Wochenstunden. Nur die Hälfte der Personen (48,7%) in einem Arbeitsverhältnis ging einer Tätigkeit nach, die der Qualifikation entsprach. In den letzten drei Monaten vor Behandlungsbeginn hatten 32 Personen (40,0%) keinen, 45 Personen (56,2%) einen bis fünf und drei Personen (3,8%) mehr als sechs Krankenstände in Anspruch genommen.

Von den nicht berufstätigen Personen gaben 86,5% an, arbeitslos zu sein, 3,6% waren Hausfrau oder Hausmann, 3,6% in Pension, 1,2% in Karenz oder Mutterschutz und 5,1% gaben an, sonstigen Tätigkeiten nachzugehen. Von den arbeitslosen Personen gaben 67,8% an, aufgrund von psychischen Beschwerden arbeitslos zu sein, während 32,2% angaben, dass andere Gründe dazu geführt hätten. Bei den Personen, die aufgrund psychischer Beschwerden arbeitslos waren, lag der Beginn der Arbeitslosigkeit im Durchschnitt 8,9 Monate (SD = 11,0; 1 bis 55 Monate) zurück.

Diagnosen

In der Fremdbeurteilung wurden von den BehandlerInnen auch Informationen zu den Diagnosen gegeben. Von den 135 Personen, die zu Beginn und Ende die Fragebögen ausgefüllt hatten und für die eine Fremdbeurteilung zu Beginn der Behandlung vorlag, hatten 78 (57,8%) eine F-Diagnose, 37 (27,2%) hatten zwei, 15 (11,1%) drei, vier (2,9%) vier und eine Person (0,7%) fünf Diagnosen. 80 (59,3%) Personen hatten mindestens eine Störung aus dem Bereich der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F49). 68 (49,6%) hatten mindestens eine Diagnose aus dem Bereich der Affektiven Störungen (F30–F39) und 23 (17,0%) Personen hatten eine Burnout-Diagnose (Z73) (Abbildung 12).

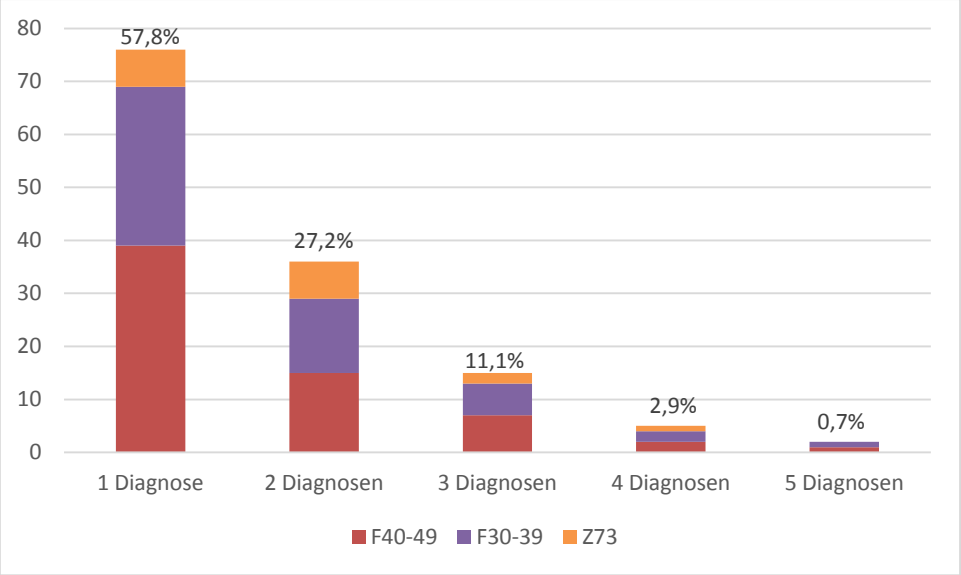

Abbildung 12. Diagnosen.

Vorbehandlungen

43 Personen (26,1%) hatten einen oder mehrere Kuraufenthalte aufgrund ihrer psychischen Probleme. 94 Personen (57%) hatten in den letzten sechs Monaten vor der Behandlung bereits eine/n Klinische/n PsychologIn aufgrund der Beschwerden aufgesucht. 138 Personen (83,6%) hatten aufgrund ihrer psychischen Probleme in den letzten drei Monaten vor Behandlungsbeginn einen Arzt aufgesucht, und 18 Personen (10,9%) hatten aufgrund ihrer psychischen Beschwerden einen Krankenhausaufenthalt. 117 Personen (70,9%) nahmen gegen die psychischen Beschwerden Medikamente ein.

Art der Behandlung

133 (80,6%) Personen erhielten eine klinisch-psychologische Behandlung, 30 Personen (18,2%) eine Psychotherapie. Bei zwei Personen konnte nicht eindeutig eruiert werden, welche Art der Behandlung sie erhalten hatten.

4.2. Hypothesenprüfung und Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der durchgeführten Analysen präsentiert. Nach der Erläuterung der Ergebnisse werden jeweils die aufgestellten Forschungshypothesen angenommen oder verworfen und somit die Fragestellungen aus Kapitel 3 beantwortet. Die Nullhypothesen H0 und Alternativhypothesen H1 werden hier nicht erneut angeführt und können im Kapitel 3 nachgelesen werden.

1. Fragestellungen zur Verteilung der Personen mit verschiedenen soziodemographischen und belastungsbezogenen Voraussetzungen auf die Behandlungsarten

Die Überprüfung der Zuteilung der KlientInnen zur klinisch-psychologischen Behandlung und zur Psychotherapie erfolgte für alle Personen, die zu Beginn der Behandlung einen Fragebogen ausgefüllt hatten, und für alle Personen, die zu Beginn und Ende die Fragebögen ausgefüllt hatten. Für den Vergleich von kategoriellen Variablen wurden χ^2-Tests berechnet, bei metrischen Variablen *t*-Tests.

<u>1a) Gibt es Unterschiede im Alter zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie?</u>

Bei der Gruppe, die nur zum ersten Zeitpunkt einen Fragebogen ausgefüllt hatte, waren KlientInnen der Psychotherapie signifikant jünger als die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung ($t(478) = 2{,}336$; $p = {,}020$). Bei der Gruppe, für die beide Zeitpunkte vorlagen, gab es keinen Unterschied ($t(161) = -0{,}036$; $p = {,}972$; *Tabelle 1*).
Für die Personen, die die Fragebögen nur zu Beginn der Behandlung ausgefüllt haben, kann die Alternativhypothese H1 (1a) für das Alter angenommen werden. Für die Personen, die die Fragebögen zu t1 und t2 ausgefüllt haben, wird die H0 (1a) beibehalten.

Tabelle 1. *t*-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach dem Alter.

	M_1(*SD*)	M_2(*SD*)	df	*t*	*p*	*d*
nur t1	n = 358	n = 122	478	2,336	**,020***	0,245
	45,3 (8,9)	43,1 (9,1)				
t1 + t2	n = 133	n = 30	161	-0,036	**,**972	-0,007
	46,20 (8,9)	46,27 (8,5)				

*Anmerkungen. *p* ≤ 0,05, Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

1b) Gibt es Unterschiede im Familienstand zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie?

In beiden untersuchten Gruppen unterschieden sich die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie nicht in ihrem angegebenen Familienstand (χ^2 (*n* = 479) = 1,886; *p* = ,581; χ^2 (*n* = 162) = 0,025; *p* = 1,000; *Tabelle 2*).

Für beide Gruppen wird die H0 (1b) beibehalten.

Tabelle 2. X^2-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Familienstand.

	n_1L	n_1V	n_1G	n_1W	n_2L	n_2V	n_2G	n_2W	X^2	df	*p*
nur t1	119	146	89	3	40	45	37	0	1,886[a]	-	,581[a]
erwartet:	118,5	142,4	93,7	2,2	40,5	48,6	32,1	0,8			
Stand.-Res.	0,0	0,3	-0,5	0,5	-0,1	-0,5	0,9	-0,9			
t1+t2	43	57	31	1	10	13	7	0	0,025[a]	-	1,000[a]
erwartet:	43,2	57,0	31,0	0,8	9,8	13,0	7,0	0,2			
Stand.-Res.	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	-0,4			

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, L: ledig, V: verheiratet, G: geschieden, W: verwitwet, [a] Da Voraussetzungen für χ^2-Test nicht erfüllt: Exakter Test nach Fisher.

1c) Gibt es Unterschiede im Geschlecht zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie?

Die Anzahl der Männer und Frauen unterschied sich bei beiden untersuchten Gruppen zwischen den zwei Behandlungsarten nicht signifikant (χ^2 (1, *n* = 480) = 0,016; *p* = ,899; χ^2 (1, *n* = 136) = 0,001; *p* = ,979; Tabelle 3).

Für beide Gruppen wird die H0 (1c) beibehalten.

Tabelle 3. X²-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Geschlecht.

	n1w	n1m	n2w	n2m	χ^2	df	*p*
nur t1	237	121	80	42	0,016	1	,899
erwartet	236,4	121,6	80,6	41,4			
Stand.-Res.	0,0	-0,1	-0,1	0,1			
t1+t2	89	44	20	10	0,001	1	,979
erwartet	88,9	44,1	20,1	9,9			
Stand.-Res.	0,0	0,0	0,0	0,0			

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, w: weiblich, m: männlich.

1d) Gibt es Unterschiede in der Berufstätigkeit zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie?

Bei der Variable Berufstätigkeit gab es in beiden untersuchten Gruppen einen signifikanten Unterschied (χ^2 (1, *n* = 480) = 4,579; *p* = ,032; χ^2 (1, *n* = 163) = 6,613; *p* = ,010; *Tabelle 4*) dahingehend, dass in der Gruppe der Psychotherapie-KlientInnen verhältnismäßig mehr arbeitslose und weniger berufstätige Personen vorhanden waren als bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Für beide Gruppen kann die Alternativhypothese H1 (1d) angenommen werden.

Tabelle 4. X²-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Berufstätigkeit.

	B+1	B-1	B+2	B-2	X^2	df	p
nur t1	166	192	43	79	4,579	1	**,032***
erwartet	155,9	202,1	53,1	68,9			
Stand.-Res.	,8	-,7	-1,4	1,2			
t1+t2	70	63	8	22	6,613	1	**,010****
erwartet	63,6	69,4	14,4	15,6			
Stand.-Res.	0,8	-0,8	-1,7	1,6			

Anmerkungen. **p* ≤ 0,05, ***p* ≤ 0,01, Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, B+: berufstätig, B-: nicht berufstätig.

1e) Gibt es Unterschiede in der Anzahl der Komorbiditäten zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie?

Bei der Anzahl der Komorbiditäten gab es in beiden untersuchten Gruppen zwischen den Personen, die eine klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlung erhalten hatten, keine Unterschiede ($t(342) = -0{,}873$; $p = {,}383$; $t(133) = -1{,}202$; $p = {,}232$; *Tabelle 5*).
Für beide Gruppen wird die H0 (1e) beibehalten.

Tabelle 5. t-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Anzahl der Komorbiditäten

	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	df	*t*	*p*	*d*
nur t1	n = 260 1,59 (0,8)	n = 84 1,68 (0,9)	342	-0,873	,383	-0,110
t1 + t2	n = 110 1,57 (0,8)	n = 25 1,8 (1,0)	133	-1,202	**,**232	-0,266

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

1f) Gibt es Unterschiede im Ausbildungsstand zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie?

Personen, die eine Spezialausbildung oder ein Kurzstudium und eine Universität oder Fachhochschule absolviert hatten, wurden für die Analyse in eine Gruppe zusammengefügt. Bei der Gruppe, die nur zum ersten Zeitpunkt einen Fragebogen ausgefüllt hatte, gab es in der Variable Ausbildungsstand einen signifikanten Unterschied in der Zuteilung zu den Behandlungsgruppen (χ^2 (4, n = 480) = 14,26; p =,023). Die größten Unterschiede gab es bei der Kategorie „keine Ausbildung“, hier wurde bei verhältnismäßig mehr KlientInnen eine klinisch-psychologische Behandlung durchgeführt, während bei der Kategorie „Berufsschule/Lehre“ mehr KlientInnen Psychotherapie erhielten. Bei der Gruppe, für die beide Zeitpunkte vorlagen, gab es keinen Unterschied (χ^2 (4, n = 163) = 9,321; p = ,081; *Tabelle 6*).
Für die Personen, die die Fragebögen nur zu Beginn der Behandlung ausgefüllt haben, kann die Alternativhypothese für den Ausbildungsstand H1 (1f)

angenommen werden, für die Personen, die die Fragebögen zu t1 und t2 ausgefüllt haben, wird die H0 (1f) beibehalten.

1g) Gibt es Unterschiede in den Skalenwerten zu Beginn der Behandlung zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung oder Psychotherapie?

Während in der Gruppe, die zu beiden Zeitpunkten Fragebögen ausgefüllt hatte, keine Unterschiede in den Prä-Werten in BDI-II, BSI und GAF zu erkennen waren (Tabelle 8), gab es in der Gruppe, die den Fragebogen nur zum ersten Zeitpunkt ausgefüllt hatte, sehr wohl Unterschiede. Beim Vergleich der Ausgangswerte des BDI-II gaben die KlientInnen der Psychotherapie signifikant höhere Schwere der Depression an (t(472) = -3,129; p = ,002). Beim Vergleich der Werte des BSI gab es signifikante Unterschiede mit kleinen Effektstärken in den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit (t(477) = -2,687; p = ,007), Depressivität (t(477) = -2,805; p = ,005), Ängstlichkeit (t(477) = -2,103; p = ,036), Phobische Angst (t(472) = -3,221; p = ,001) und Psychotizismus (t(478) = -2,850; p = ,005) sowie in der Globalen Skala GSI (t(476) = -2,868; p = ,004). Auch in der Skala Unsicherheit und im GAF waren kleine Effekte erkennbar. In den genannten Skalen hatten Personen, die für eine Psychotherapie vorgesehen waren, höhere Werte. In den anderen BSI-Skalen gab es keine signifikanten Unterschiede (*Tabelle 7*).
Obwohl es in der Gruppe, die die Fragebögen zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt hatte, keine signifikanten Unterschiede gab, zeigten sich in zwei BSI-Skalen (Zwanghaftigkeit und Aggressivität), im BDI-II und im GAF immerhin kleine Effekte in die Richtung, dass Psychotherapie-KlientInnen schlechtere Ausgangswerte hatten. In der BSI-Skala Unsicherheit wies die Effektstärke auf schlechtere Ausgangswerte bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung hin.
Für die Personen, die die Fragebögen nur zu Beginn der Behandlung ausgefüllt haben, kann die Alternativhypothese H1 (1g) für die Werte des BDI-II, der BSI-Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Psychotizismus und des GSI angenommen werden, für die anderen Skalen sowie die Personen, die die Fragebögen zu t1 und t2 ausgefüllt haben, wird die H0 (1g) beibehalten.

Tabelle 6. X²-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Ausbildungsstand.

	n1K	n1P	n1B	n1M	n1A	n1U	n2K	n2P	n2B	n2M	n2A	n2U	χ^2	df	p
nur t1	6	43	134	62	45	68	0	14	56	18	16	18	14,26[a]	-	**,023[a]***
erwartet	4,5	42,3	141,1	59,7	45,5	64,1	1,5	14,5	48,3	20,3	15,5	21,9			
Stand.-Res.	0,7	0,1	-0,6	0,3	-0,1	0,5	-1,2	-0,1	1,1	-0,5	0,1	-0,8			
t1+t2	2	14	48	20	17	32	0	6	10	0	7	7	9,321	-	,081
erwartet	1,6	16,3	47,3	16,3	19,6	31,8	0,4	3,7	10,7	3,7	4,4	7,2			
Stand.-Res.	0,3	-0,6	0,1	0,9	-0,6	0,0	-0,6	1,2	.0,2	-1,9	1,2	-0,1			

Anmerkungen. $*p \leq 0{,}05$, Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, K: keine Ausbildung, P: Pflichtschule, B: Berufsschule/Lehre, M: berufsbildende mittlere Schule, A: AHS/BHS, U: Kurzstudium/Spezialausbildung+ Universität/FH, [a] da Voraussetzungen für χ^2-Test nicht erfüllt – Exakter Test nach Fisher.

Tabelle 7. t-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Anfangswerten in BDI-II, BSI und GAF bei Personen, die t1 ausgefüllt haben.

	$M(SD)_1$	$M(SD)_2$	df	*t*	*p*	*d*
BDI-II	n = 353	n = 119	470	-3,129	**,002***	-0.332
	27,33 (10,43)	30,85 (11,15)				
BSI						
GSI	n = 355	n = 121	474	-2,868	**,004****	-0,302
	71,41 (9,54)	74,21 (8,53)				
Somatisierung	n = 355	n = 121	474	-1,099	,272	-0,116
	66,20 (11,47)	67,51 (11,09)				
Zwanghaftigkeit	n = 356	n = 121	475	-2,687	**,007****	-0,283
	67,82 (10,28)	70,66 (9,33)				
Unsicherheit	n = 356	n = 121	475	-1,921	,055	-0,202
	66,10 (10,91)	68,30 (10,78)				
Depressivität	n = 356	n = 121	475	-2,805	**,005****	-0,295
	68,71 (9,11)	71,39 (8,92)				
Ängstlichkeit	n = 356	n = 121	475	-2,103	**,036***	-0,221
	66,99 (11,66)	69,53 (10,92)				
Aggressivität	n = 356	n = 121	475	-1,759	,079	-0,185
	62,70 (10,91)	64,69 (10,21)				
Phobische	n = 356	n = 121	475	-3,221	**,001****	-0,339
Angst	65,53 (12,49)	69,72 (11,98)				
Paranoides	n = 357	n = 121	476	-1,601	,110	-0,168
Denken	66,38 (9,88)	68,02 (9,26)				
Psychotizismus	n = 357	n = 121	476	-2,850	**,005****	-0,300
	66,21 (10,68)	69,42 (10,80)				
GAF	n = 261	n = 83	342	1,928	,055	-0,243
	52,94 (11,64)	50,11 (11,74)				

*Anmerkungen. *p* ≤ 0,05, **p* ≤ 0,01, Ansatz 1: Klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

Tabelle 8. t-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Anfangswerten in BDI-II, BSI und GAF bei Personen, die t1 und t2 ausgefüllt haben.

	$M(SD)_1$	$M(SD)_2$	df	*t*	*p*	*d*
BDI-II	n = 130	n = 29	157	-1,789	,076	-0,367
	26,05 (10,59)	30,00 (11,39)				
BSI						
GSI	n = 131	n = 29	158	-0,785	,433	-0,161
	70,62 (10,12)	72,24 (9,86)				

Somatisierung	n = 132 62,33 (10,87)	n = 29 65,93 (10,71)	159	-0,269	,788	-0,055
Zwanghaftigkeit	n = 132 66,65 (10,47)	n = 29 69,28 (10,27)	159	-1,226	,222	-0,251
Unsicherheit	n = 132 66,20 (10,78)	n = 29 63,14 (11,49)	159	1,371	,172	0,281
Depressivität	n = 132 68,61 (8,69)	n = 29 68,79 (10,81)	159	-0,096	,923	-0,020
Ängstlichkeit	n = 131 66,23 (12,22)	n = 29 68,10 (11,82)	158	-0,752	,453	-0,154
Aggressivität	n = 131 61,56 (11,22)	n = 29 64,00 (11,11)	158	-1,059	,291	-0,217
Phobische Angst	n = 132 65,05 (12,55)	n = 29 66,83 (13,59)	159	-0,682	,496	-0,140
Paranoides Denken	n = 132 66,75 (9,92)	n = 29 66,17 (10,35)	159	0,282	,779	0,058
Psychotizismus	n = 132 65,72 (11,07)	n = 29 66,03 (12,41)	159	-0,136	,892	-0,028
GAF	n = 97 54,77 (9,64)	n = 21 50,95 (11,32)	116	1,595	,113	0,384

Anmerkungen. Ansatz 1: Klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

2. Fragestellungen zu Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Personen mit verschiedenen Ausprägungen in soziodemographischen Variablen

Für die Prüfung dieser Fragestellungen wurden beim Vergleich der BDI-II- und BSI-Werte alle Personen mit einbezogen, die zum Beginn und zum Ende der Behandlung einen Fragebogen ausgefüllt hatten. Beim Vergleich der GAF-Werte musste sowohl Fremd- als auch Selbstbeurteilung zu Beginn und Ende vorliegen. Die Analysen wurden jeweils getrennt für die beiden Behandlungsarten durchgeführt.

2a.1) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen den Altersgruppen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung?

Die Personen wurden anhand von Trennwerten bezüglich des Alters in ungefähr drei gleich große Altersgruppen eingeteilt (< 45, 45–51, > 51).

Da in der Gruppe der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung für zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung für den BDI-II, alle BSI-Skalen und den GAF alle Voraussetzungen erfüllt waren, wurde dieses Verfahren angewendet, um die Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen den drei Altersgruppen zu untersuchen. In allen untersuchten Skalen war der Faktor „Prä-Post-Veränderung“ mit großen Effektstärken (η^2_p zwischen ,269 und ,696) signifikant (alle p < ,001). In den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit (p = ,023; η^2_p= ,057), Unsicherheit (p = ,031; η^2_p= ,053), Depressivität (p = ,025; η^2_p= ,056), Phobische Angst (p = ,009; η^2_p= ,071), Paranoides Denken (p = ,042; η^2_p= ,048) und in der Gesamtskala GSI (p = ,011; η^2_p= ,069) sowie im GAF (p = ,042; η^2_p= ,073) waren signifikante Wechselwirkungen zwischen Altersgruppe und Veränderung der Werte zu erkennen. Aus der graphischen Überprüfung geht hervor, dass die Gruppe mit den jüngsten KlientInnen (< 45) eine größere Veränderung vom Prä- zum Post-Zeitpunkt vorwies als die anderen zwei Gruppen.

In der Skala Somatisierung war ein signifikanter Effekt im Faktor „Altersgruppe“ zu erkennen (p < ,001; η^2_p= ,118). Personen unter 45 Jahren zeigten niedrigere Werte als Personen zwischen 45 und 51 oder über 51 (post-hoc-Test nach Bonferroni: 1 < 2 mit p = ,004; 1 < 3 mit p = ,001; *Tabelle 9*).

Für die BSI-Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken den GSI und den GAF kann die H1 (2a.1) angenommen werden, für die anderen Skalen wird die H0 beibehalten.

Tabelle 9. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen in unterschiedlichen Altersgruppen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	***M*$_1$(*SD*)**	***M*$_2$(*SD*)**	***M*$_3$(*SD*)**	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
BDI-II	n = 47	n = 49	n = 32				
	t1: 25,43 (10,88)	t1: 26,29 (9,99)	t1: 26,78 (10,64)				
	t2: 9,87 (8,83)	t2: 14,73 (11,63)	t2: 15,47 (13,58)				
Prä-Post				1	161,286	**< ,001****	,563
Prä-Post x Altersgruppe				2	1,993	,141	,031
Altersgruppe				2	1,694	,188	,026
BSI							
Somatisierung	n = 47	n = 50	n = 34				
	t1: 61,55 (11,28)	t1: 66,90 (10,41)	t1: 68,09 (9,89)				
	t2: 53,55 (11,71)	t2: 61,00 (10,46)	t2: 63,00 (9,37)				
Prä-Post				1	55,108	**< ,001****	,301
Prä-Post x Altersgruppe				2	1,032	,359	,016
Altersgruppe				2	8,594	**< ,001****	,118
Zwanghaftigkeit	n = 47	n = 50	n = 34				
	t1: 66,13 (10,65)	t1: 65,66 (10,70)	t1: 68,71 (10,02)				
	t2: 53,77 (11,75)	t2: 59,82 (12,24)	t2: 60,41 (14,02)				
Prä-Post				1	73,699	**< ,001****	,365
Prä-Post x Altersgruppe				2	3,870	**,023***	,057
Altersgruppe				2	2,204	,115	,033
Unsicherheit	n = 47	n = 50	n = 33				
	t1: 67,36 (10,26)	t1: 65,48 (10,99)	t1: 65,52 (11,52)				
	t2: 55,49 (12,23)	t2: 59,44 (11,79)	t2: 57,27 (14,13)				
Prä-Post				1	81,560	**< ,001****	,391
Prä-Post x Altersgruppe				2	3,557	**,031***	,053
Altersgruppe				2	0,155	,856	,002
Depressivität	n = 47	n = 50	n = 34				
	t1: 69,13 (8,16)	t1: 67,22 (8,79)	t1: 69,62 (9,16)				
	t2: 55,32 (12,02)	t2: 59,80 (12,50)	t2: 59,00 (13,66)				

Prä-Post				1	109,864	**< ,001****	,462
Prä-Post x Altersgruppe				2	3,787	**,025***	,056
Altersgruppe				2	0,536	,586	,008
Ängstlichkeit	n = 47	n = 49	n = 34				
	t1: 65,64 (12,41)	t1: 65,49 (12,07)	t1: 67,71 (12,35)				
	t2: 52,94 (12,41)	t2: 57,47 (12,11)	t2: 60,32 (12,98)				
Prä-Post				1	65,254	**< ,001****	,339
Prä-Post x Altersgruppe				2	2,177	,118	,033
Altersgruppe				2	2,007	,139	,031
Aggressivität	n = 47	n = 49	n = 34				
	t1: 61,23 (11,79)	t1: 61,47 (11,87)	t1: 61,97 (9,78)				
	t2: 52,51 (11,94)	t2: 55,47 (11,72)	t2: 54,47 (13,64)				
Prä-Post				1	46,649	**< ,001****	,269
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,600	,550	,009
Altersgruppe				2	0,332	,718	,005
Phobische Angst	n = 47	n = 50	n = 34				
	t1: 65,47 (12,32)	t1: 64,48 (12,68)	t1: 64,65 (13,91)				
	t2: 54,13 (11,13)	t2: 60,20 (12,88)	t2: 58,41 (14,31)				
Prä-Post				1	58,895	**< ,001****	,315
Prä-Post x Altersgruppe				2	4,877	**,009****	,071
Altersgruppe				2	0,694	,501	,011
Paranoides Denken	n = 47	n = 50	n = 34				
	t1: 66,13 (9,48)	t1: 67,76 (9,09)	t1: 65,74 (11,60)				
	t2: 56,47 (12,06)	t2: 62,08 (10,91)	t2: 61,03 (12,75)				
Prä-Post				1	61,847	**< ,001****	,326
Prä-Post x Altersgruppe				2	3,241	**,042***	,048
Altersgruppe				2	1,658	,195	,025
Psychotizismus	n = 47	n = 55	n = 34				
	t1: 65,72 (11,04)	t1: 65,38 (10,01)	t1: 66,21 (12,96)				
	t2: 56,02 (11,39)	t2: 59,94 (12,52)	t2: 60,44 (14,05)				

Prä-Post				1	58,505	**< ,001****	,314
Prä-Post x Altersgruppe				2	2,443	,091	,037
Altersgruppe				2	0,592	,555	,009
GSI	n = 46	n = 49	n = 33				
	t1: 70,28 (10,29)	t1: 70,71 (9,67)	t1: 70,64 (11,08)				
	t2: 54,61 (14,84)	t2: 62,10 (13,56)	t2: 61,79 (15,94)				
Prä-Post				1	98,035	**< ,001****	,440
Prä-Post x Altersgruppe				2	4,630	**,011***	,069
Altersgruppe				2	1,830	,165	,028
GAF	n = 31	n = 34	n = 21				
	t1: 54,39 (10,15)	t1: 54,88 (9,81)	t1: 55,76 (8,67)				
	t2: 74,68 (11,19)	t2: 69,88 (11,34)	t2: 69,00 (14,44)				
Prä-Post				1	190,224	**< ,001****	,696
Prä-Post x Altersgruppe				2	3,289	**,042***	,073
Altersgruppe				1	0,499	,609	,012

Anmerkungen. **p* ≤ 0,05, ***p* ≤ 0,01; Altersgruppen: 1: < 45, 2: 45–51, 3: > 51.

2a.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen den Altersgruppen bei KlientInnen der Psychotherapie?

Für die KlientInnen der Psychotherapie waren in den BSI-Skalen Somatisierung, Zwang, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoia und in der Gesamtskala BSI der Zeiteffekt signifikant ($p < ,05$ bzw. $p < ,01$) und die Effekte groß (η^2_p zwischen ,193 und ,554). Es gab weder signifikante Wechselwirkungen zwischen den Altersgruppen und der Veränderung Prä- zu Post, noch gab es signifikante Effekte im Faktor „Altersgruppe“. Allerdings waren die Effektstärken im Faktor Altersgruppen für die Skalen Aggressivität groß (η^2_p = ,137) und für Phobische Angst (η^2_p = ,061) und Paranoides Denken (η^2_p = ,068) mittelgroß. Aus der graphischen Betrachtung geht hervor, dass die älteste Gruppe (Alter > 51) in diesen Skalen tendenziell niedrigere Werte aufwies als die beiden jüngeren (*Tabelle 10*).

Bei den Psychotherapie-KlientInnen waren für den BDI-II und die BSI-Skalen Depressivität und Psychotizismus die Voraussetzungen der Normalverteilung nicht gegeben, daher wurde als Alternative zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholungen eine einfaktorielle Varianzanalyse der Prä-Post-Differenzen berechnet. Es zeigten sich keine Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen den Gruppen (*Tabelle 11*).

Für den GAF konnte keine Analyse durchgeführt werden, da die Zahl der Personen über 51 zu niedrig war (n = 2).

Für die Fragestellung (2a.2) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 10. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen in unterschiedlichen Altersgruppen bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	***M*$_1$(*SD*)**	***M*$_2$(*SD*)**	***M*$_3$(*SD*)**	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
BDI-II[a]	n = 12	n = 12	n = 5				
	t1: 30,58 (13,89)	t1: 30,33 (9,40)	t1: 27,80 (11,35)				
	t2: 13,42 (7,38)	t2: 14,33 (10,98)	t2: 12,40 (10,07)				
BSI							
Somatisierung	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 66,92 (8,01)	t1: 66,82 (11,97)	t1: 62,33 (13,98)				
	t2: 57,25 (12,09)	t2: 59,55 (12,65)	t2: 56,67 (11,45)				
Prä-Post				1	14,818	**,001****	,363
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,354	,705	,027
Altersgruppe				2	0,243	,786	,018
Zwang	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 70,00 (9,93)	t1: 68,91 (11,60)	t1: 68,50 (10,11)				
	t2: 59,33 (7,61)	t2: 60,18 (12,46)	t2: 59,33 (14,33)				
Prä-Post				1	28,568	**< ,001****	,524
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,138	,872	,011
Altersgruppe				2	0,012	,988	,001
Unsicherheit	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 64,83 (13,76)	t1: 62,18 (10,21)	t1: 61,50 (10,08)				
	t2: 56,42 (11,00)	t2: 58,09 (11,79)	t2: 55,33 (11,91)				
Prä-Post				1	6,228	**,019***	,193
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,327	,724	,025
Altersgruppe				2	0,105	,901	,008
Depressivität[a]	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 68,00 (14,60)	t1: 70,91 (5,70)	t1: 66,50 (10,13)				
	t2: 58,75 (11,68)	t2: 57,64 (11,61)	t2: 56,50 (9,91)				
Ängstlichkeit	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 66,92 (13,01)	t1: 69,64 (11,13)	t1: 67,67 (12,37)				
	t2: 56,08 (8,54)	t2: 55,36 (14,22)	t2: 56,67 (10,21)				

Prä-Post				1	32,261	**< ,001****	,554
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,330	,722	,025
Altersgruppe				2	0,027	,973	,002
Aggression	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 67,42 (11,73)	t1: 63,82 (9,45)	t1: 57,50 (11,43)				
	t2: 57,00 (9,84)	t2: 53,91 (10,66)	t2: 50,83 (8,66)				
Prä-Post				1	11,916	**,002****	,314
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,167	,847	,013
Altersgruppe				2	2,059	,148	,137
Phobische Angst	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 68,58 (12,06)	t1: 67,00 (13,78)	t1: 63,00 (17,61)				
	t2: 60,50 (14,32)	t2: 63,82 (13,83)	t2: 53,00 (10,77)				
Prä-Post				1	6,611	**,016***	,203
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,559	,579	,041
Altersgruppe				2	0,849	,439	,061
Paranoia	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 67,67 (12,22)	t1: 66,73 (9,20)	t1: 62,17 (8,80)				
	t2: 58,75 (10,79)	t2: 61,18 (11,33)	t2: 53,50 (11,20)				
Prä-Post				1	11,898	**,002****	,314
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,281	,757	,021
Altersgruppe				2	0,953	,399	,068
Psychotizismus[a]	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 67,67 (13,31)	t1: 65,73 (12,01)	t1: 63,33 (13,00)				
	t2: 59,00 (11,35)	t2: 60,00 (10,97)	t2: 55,00 (7,54)				
GSI	n = 12	n = 11	n = 6				
	t1: 73,00 (9,53)	t1: 72,82 (9,95)	t1: 69,67 (11,67)				
	t2: 62,08 (10,00)	t2: 61,00 (13,25)	t2: 57,83 (13,45)				
Prä-Post				1	23,088	**< ,001****	,470
Prä-Post x Altersgruppe				2	0,019	,981	,001
Altersgruppe				2	0,351	,707	,026

GAF[b]	n = 8	n = 6	n = 2
	t1: 52,00 (12,04)	t1: 48,83 (13,47)	t1: 51,00 (7,07)
	t2: 69,50 (15,61)	t2: 56,00 (26,12)	t2: 70,00 (7,07)

Anmerkungen. **p* ≤ 0,05, ***p* ≤ 0,01; Altersgruppen: 1: < 45, 2: 45–51, 3: > 51; [b] Gleichheit der Kovarianzmatrizen nicht gegeben; [a] Normalverteilung der Daten nicht gegeben.

Tabelle 11. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen in unterschiedlichen Altersgruppen bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	$M_3(SD)$	df_z/df_i	F	p	η^2_p
Differenz BSI Depression	n = 12	n = 11	n = 6	2/26	0,308	,737	,023
	9,25 (14,66)	13,27 (12,43)	10,00 (7,51)				
Differenz BSI Psychotizismus	n = 12	n = 11	n = 6	2/26	0,143	,868	,011
	8,67 (14,42)	5,73 (14,55)	8,44 (11,11)				
Differenz BDI-II	n = 12	n = 12	n = 5	2/26	0,034	,966	,003
	17,17 (18,10)	16,00 (11,48)	15,40 (7,37)				

Anmerkungen. Altersgruppen: 1: < 45, 2: 45–51, 3: > 51.

2b.1) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen den Geschlechtern bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung?

In den Analysen zum Unterschied der Veränderung zwischen den Geschlechtern war in der Gruppe der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung die Durchführung von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungen im BDI-II und in den BSI-Skalen Unsicherheit, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoia und in der Gesamtskala GSI sowie im GAF möglich. In allen diesen Skalen war die Veränderung vom Prä- zum Post-Zeitpunkt mit großen Effektstärken (η^2_p zwischen ,230 und ,674) signifikant (alle p < ,001). Es gab weder signifikante Effekte im Faktor „Geschlecht“ noch in den Wechselwirkungen (*Tabelle 12*).

Für die BSI-Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität und Psychotizismus wurde als Alternative zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung aufgrund der Verletzung der Voraussetzungen einfaktorielle Varianzanalysen der Differenz der Prä- und Post-Werte gerechnet. In der Skala Somatisierung gab es eine signifikant größere Veränderung der Werte bei den weiblichen Klientinnen (p = ,015; η^2_p = ,051), in den anderen Skalen waren keine Unterschiede auszumachen (*Tabelle 13*).

Die H1 (2b.1) wird für die Skala Somatisierung angenommen, für die anderen Skalen bleibt die H0 (2b.1) bestehen.

Tabelle 12. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	***M*w(*SD*)**	***M*m(*SD*)**	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
BDI-II	n = 85 t1: 26,44 (9,92) t2:12,58 (10,85)	n = 43 t1: 25,42 (11,42) t2: 14,23 (12,55)				
Prä-Post			1	141,235	**< ,001****	,529
Prä-Post x Geschl.			1	1,609	,207	,013
Geschlecht			1	0,033	,856	< ,001
BSI						
Somatisierung[a,b]	n = 88 t1: 66,10 (11,50) t2: 58,44 (12,39)	n = 43 t1: 63,63 (9,46) t2: 59,67 (8,86)				

Zwanghaftigkeit[b]	n = 88	n = 43				
	t1: 66,57 (10,95)	t1: 66,72 (9,64)				
	t2: 56,80 (13,24)	t2: 59,86 (11,80)				
Unsicherheit	n = 87	n = 43				
	t1: 66,11 (11,00)	t1: 66,28 (10,56)				
	t2: 56,59 (12,62)	t2: 59,23 (12,49)				
Prä-Post			1	65,131	**< ,001****	,337
Prä-Post x Geschl.			1	1,461	,229	,011
Geschlecht			1	0,527	,469	,004
Depressivität[a]	n = 88	n = 43				
	t1: 67,69 (7,76)	t1: 70,23 (10,16)				
	t2: 56,31(12,37)	t2: 61,42 (12,86)				
Ängstlichkeit	n = 87	n = 43				
	t1: 65,54 (12,33)	t1: 67,30 (12,02)				
	t2: 55,20 (12,66)	t2: 59,37 (12,48)				
Prä-Post			1	55,423	**< ,001****	,302
Prä-Post x Geschl.			1	0,968	,327	,008
Geschlecht			1	2,290	,133	,018
Aggressivität	n = 87	n = 43				
	t1: 61,31 (11,54)	t1: 61,93 (10,77)				
	t2: 53,23 (13,10)	t2: 55,98 (10,39)				
Prä-Post			1	38,262	**< ,001****	,230
Prä-Post x Geschl.			1	0,879	,350	,007
Geschlecht			1	0,799	,373	,006
Phobische Angst	n = 88	n = 43				
	t1: 64,86 (12,93)	t1: 65,33 (12,02)				
	t2: 56,78 (12,45)	t2: 59,14 (13,70)				
Prä-Post			1	46,732	**< ,001****	,266
Prä-Post x Geschl.			1	0,823	,366	,006
Geschlecht			1	0,437	,510	,003
Paranoides	n = 88	n = 43				
Denken	t1: 67,02 (10,31)	t1: 65,88 (9,05)				
	t2: 59,58 (12,33)	t2: 60,23 (11,43)				
Prä-Post			1	52,08	**< ,001****	,288
Prä-Post x Geschl.			1	0,975	,325	,008
Geschlecht			1	0,017	,895	< ,001
Psychotizismus [a,b]	n = 88	n = 43				
	t1: 66,19 (10,00)	t1: 64,74 (13,18)				
	t1: 58,10 (12,23)	t2: 59,81 (13,44)				
GSI	n = 85	n = 43				
	t1: 70,66 (10,45)	t1: 70,30 (9,79)				
	t2: 57,98 (15,48)	t2: 62,00 (13,70)				
Prä-Post			1	78,412	**< ,001****	,384
Prä-Post x Geschl.			1	3,416	,067	,026
Geschlecht			1	0,778	,379	,006

GAF	n = 55 t1: 54,73 (10,14) t2: 71,89 (11,09)	n = 31 t1: 55,26 (8,64) t2: 70,52 (14,17)				
Prä-Post			1	173,745	**< ,001****	,674
Prä-Post x Geschl.			1	0,600	,441	,007
Geschlecht			1	0,038	,845	< ,001

Anmerkungen. ***p* ≤ 0,01; $_w$ weiblich, $_m$ männlich, [a] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben. [b] Gleichheit der Kovarianzenmatrizen nicht gegeben.

Tabelle 13. Einfaktorielle Varianzanalyse für Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern für KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	$M_w(SD)$	$M_m(SD)$	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BSI	n = 88	n = 43	1/123,02	6,071	**,015***	,051
Somatisierung[a]	7,66 (10,66)	3,95 (6,46)				
Differenz BSI	n = 88	n = 43	1/118,12	2,312	,131	,020
Zwanghaftigkeit[a]	9,77 (13,11)	6,86 (8,59)				
Differenz BSI	n = 88	n = 43	1/129	1,408	,238	,011
Depressivität	11,39 (11,91)	8,81 (11,11)				
Differenz BSI	n = 88	n = 43	1/129	2,706	,102	,021
Psychotizismus	8,09 (11,03)	4,93 (8,69)				

Anmerkungen. **p* ≤ 0,05; $_w$ weiblich, $_m$ männlich, [a] Homogenität der Varianzen nicht gegeben – Korrigiert nach Welch.

2b.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen den Geschlechtern bei KlientInnen der Psychotherapie?

Im BDI-II und in den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und im Gesamtwert GSI sowie im GAF war die Durchführung von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung aufgrund erfüllter Voraussetzungen möglich. Die Veränderung von Prä- zu Post-Wert war in allen mit diesem Verfahren überprüften Skalen mit großen Effektstärken (η^2_p zwischen ,159 und ,560) signifikant ($p < ,01$ bzw. $p < ,05$), abgesehen davon ergab die Analyse keine signifikanten Effekte. Beobachtet werden konnte allerdings ein mittelgroßer Effekt der Wechselwirkung in der Skala Paranoides Denken (η^2_p = ,066) und ein großer Effekt der Wechselwirkung im GAF (η^2_p= ,135; tendenziell größere Veränderung bei Frauen, *Tabelle 14*).

Für die Skalen Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Psychotizismus waren für die KlientInnen der Psychotherapie die Voraussetzungen für die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen nicht gegeben. Daher wurde zur Untersuchung der Unterschiede zwischen den Gruppen einfaktorielle Varianzanalysen der Differenzwerte berechnet. In keiner der Skalen gab es in der Veränderung der Werte Unterschiede zwischen den Geschlechtern (*Tabelle 15*). Bei der Fragestellung (2b.2) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 14. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern für KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	M_w(*SD*)	M_m(*SD*)	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II	n = 19	n = 10				
	t1: 30,37 (11,27)	t1: 29,30 (12,22)				
	t2:13,05 (10,00)	t2: 14,70 (7,66)				
Prä-Post			1	34,41	**< ,001****	,560
Prä-Post x Geschl.			1	0,249	,622	,009
Geschlecht			1	0,009	,926	< ,001
BSI						
Somatisierung[b]	n = 19	n = 10				
	t1: 65,74 (12,09)	t1: 66,30 (8,02)				
	t2: 57,53 (12,25)	t2: 58,90 (11,51)				
Zwanghaftigkeit	n = 19	n = 10				
	t1: 68,53 (10,55)	t1: 70,70 (10,10)				
	t2: 58,00 (12,00)	t2: 62,80 (7,28)				
Prä-Post			1	27,863	**< ,001****	,508
Prä-Post x Geschl.			1	0,566	,458	,021
Geschlecht			1	0,876	,358	,031
Unsicherheit	n = 19	n = 10				
	t1: 63,74 (10,39)	t1: 62,00 (13,86)				
	t2: 55,68 (11,00)	t2: 59,00 (11,61)				
Prä-Post			1	5,132	**,032***	,160
Prä-Post x Geschl.			1	1,072	,310	,038
Geschlecht			1	0,044	,835	,002
Depressivität[a]	n = 19	n = 10				
	t1: 68,16 (9,47)	t1: 70,00 (13,48)				
	t2: 57,26 (10,41)	t2: 59,00 (12,44)				
Ängstlichkeit[a]	n = 19	n = 10				
	t1: 67,37 (12,03)	t1: 69,50 (11,90)				
	t2: 55,42 (11,13)	t2: 56,90 (11,10)				
Aggressivität	n = 19	n = 10				
	t1: 62,47 (12,34)	t1: 66,90 (8,08)				
	t2: 52,63 (10,67)	t2: 58,20 (7,32)				
Prä-Post			1	12,900	**,001****	,323
Prä-Post x Geschl.			1	0,049	,827	,002
Geschlecht			1	2,524	,124	,085

Phobische Angst	n = 19	n = 10				
	t1: 66,74 (14,01)	t1: 67,00 (13,50)				
	t2: 59,26 (13,94)	t2: 62,00 (13,58)				
Prä-Post			1	5,096	**,032***	,159
Prä-Post x Geschl.			1	0,200	,658	,007
Geschlecht			1	0,104	0,749	,004
Paranoides	n = 19	n = 10				
Denken	t1: 67,74 (9,26)	t1: 63,20 (12,13)				
	t2: 58,11 (11,02)	t2: 59,50 (11,65)				
Prä-Post			1	9,607	**,004****	,262
Prä-Post x Geschl.			1	1,902	,179	,066
Geschlecht			1	0,188	,668	,007
Psychotizismus[c]	n = 19	n = 10				
	t1: 66,05 (12,17)	t1: 66,00 (13,53)				
	t1: 57,68 (7,77)	t2: 60,20 (14,44)				
GSI	n = 19	n = 10				
	t1: 72,16 (10,00)	t1: 72,40 (10,11)				
	t2: 59,32 (12,58)	t2: 63,60 (9,80)				
Prä-Post			1	21,542	**< ,001****	,444
Prä-Post x Geschl.			1	0,751	,394	,027
Geschlecht			1	0,402	,531	,015
GAF	n = 9	n = 7				
	t1: 52,56 (13,26)	t1: 48,29 (9,38)				
	t2: 70,67 (17,88)	t2: 56,57 (20,50)				
Prä-Post			1	15,779	**,001****	,530
Prä-Post x Geschl.			1	2,186	,161	,135
Geschlecht			1	1,604	,226	,103

Anmerkungen. $*p \leq 0{,}05$, $**p \leq 0{,}01$; $_w$ weiblich, $_m$ männlich, [a] Normalverteilung nicht gegeben; [b] Gleichheit der Kovarianzenmatrizen nicht gegeben; [c] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben.

Tabelle 15. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern für KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	$M_w(SD)$	$M_m(SD)$	df_z/df_i	F	p	η^2_p
Differenz BSI	n = 19	n = 10	1/26,42	0,067	,798	,003
Somatisierung[a]	8,21 (11,70)	7,40 (5,08)				
Differenz BSI	n = 19	n = 10	1/27	< 0,001	,983	< ,001
Depressivität	10,89 (13,40)	11,00 (10,84)				
Differenz BSI	n = 19	n = 10	1/27	0,024	,878	,001
Ängstlichkeit	11,95 (12,30)	12,60 (6,95)				
Differenz BSI	n = 19	n = 10	1/27	0,232	,634	,009
Psychotizismus	8,37 (13,61)	5,80 (13,74)				

Anmerkungen. $_w$ weiblich, $_m$ männlich, [a] Homogenität der Varianzen nicht gegeben – Korrektur nach Welch.

2c.1) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen Personen verschiedenen Bildungsstands bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung

Die Personen wurden in drei Gruppen mit niedrigerem (keine abgeschlossene Ausbildung + Pflichtschule), mittlerem (Berufsschule/Lehre + berufsbildende mittlere Schule) und höherem (AHS/BHS + Kurzstudium/Spezialausbildung + Universität/FH) Bildungsstand eingeteilt.

Zur Überprüfung, ob sich die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung, die unterschiedlichen Bildungsgruppen zugehörig waren, darin unterschieden, wie sehr sich ihre Werte durch die Behandlung verbesserten, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Im BDI-II, den BSI-Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus und in der Gesamtskala GSI sowie im GAF gab es in allen Gruppen signifikante Unterschiede (alle $p < ,001$) mit großen Effektstärken (η^2_p zwischen ,206 und ,623) zwischen Prä- und Post-Werten. Es gab weder Wechselwirkungen noch Unterschiede im Faktor „Bildung“ zwischen den Gruppen (*Tabelle 16*).

Da bei der BSI-Skala Zwanghaftigkeit für die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung die Voraussetzungen nicht gegeben waren und auch eine einfaktorielle Varianzanalyse der Prä-Post-Differenz wegen Verletzung der Normalverteilung nicht möglich war, wurde ein Kruskal-Wallis-Test zur Untersuchung der Unterschiede in der Veränderung zwischen den drei Bildungsstands-Gruppen durchgeführt. Es gab keinen signifikanten Unterschied (*Tabelle 17*).

Für die Fragestellung (2c.1) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 16. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	***M*$_1$(*SD*)**	***M*$_2$(*SD*)**	***M*$_3$(*SD*)**	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
BDI-II	n = 13	n = 66	n = 49				
	t1: 26,92 (9,26)	t1: 24,70 (10,53)	t1: 27,76 (10,47)				
	t2: 13,08 (12,82)	t2: 13,00 (11,84)	t2: 13,33 (10,71)				
Prä-Post				1	111,238	**< ,001****	,471
Prä-Post x				2	0,866	,423	,014
Bildungsgruppe				2	0,467	,628	,007
BSI							
Somatisierung	n = 15	n = 67	n = 49				
	t1: 69,80 (12,35)	t1: 65,16 (9,95)	t1: 64,08 (11,54)				
	t2: 62,67 (11,91)	t2: 59,60 (11,03)	t2: 56,65 (11,35)				
Prä-Post				1	42,612	**< ,001****	,250
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,569	,567	,009
Bildungsgruppe				2	2,067	,131	,031
Zwanghaftigkeit[a]	n = 15	n = 67	n = 49				
	t1: 67,60 (11,37)	t1: 65,55 (10,55)	t1: 67,78 (10,23)				
	t2: 61,00 (12,78)	t2: 57,31 (13,41)	t2: 57,50 (12,12)				
Unsicherheit	n = 15	n = 66	n = 49				
	t1: 66,80 (11,00)	t1: 64,15 (10,36)	t1: 68,69 (11,04)				
	t2: 58,73 (13,04)	t2: 56,86 (12,14)	t2: 57,88 (13,26)				
Prä-Post				1	55,405	**< ,001****	,304
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	1,476	,232	,023
Bildungsgruppe				2	1,084	,341	,017
Depressivität	n = 15	n = 67	n = 49				
	t1: 68,53 (6,12)	t1: 67,37 (8,78)	t1:70,10 (9,05)				
	t2: 58,07 (11,76)	t2: 57,27 (12,96)	t2: 58,94 (12,83)				
Prä-Post				1	71,510	**< ,001****	,358
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,115	,891	,002
Bildungsgruppe				2	0,810	,447	,013

Ängstlichkeit	n = 14	n = 67	n = 49				
	t1: 68,36 (10,92)	t1: 65,25 (12,30)	t1: 66,67 (12,55)				
	t2: 57,64 (12,25)	t2: 56,88 (12,83)	t2: 55,86 (12,88)				
Prä-Post				1	47,973	**< ,001****	,274
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,545	,581	,009
Bildungsgruppe				2	0,193	,824	,003
Aggressivität	n = 14	n = 67	n = 49				
	t1: 61,43 (7,73)	t1: 61,54 (11,48)	t1: 61,51 (11,95)				
	t2: 52,71 (12,90)	t2: 54,28 (12,64)	t2: 54,35 (11,87)				
Prä-Post				1	33,39	**< ,001****	,208
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,094	,910	,001
Bildungsgruppe				2	0,043	,958	,001
Phobische Angst	n = 15	n = 67	n = 49				
	t1: 68,73 (11,89)	t1: 64,69 (11,88)	t1: 64,33 (13,76)				
	t2: 63,60 (11,33)	t2: 57,19 (12,72)	t2: 56,20 (13,24)				
Prä-Post				1	33,29	**< ,001****	,206
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,405	,668	,006
Bildungsgruppe				2	1,608	,204	,025
Paranoides Denken	n = 15	n = 67	n = 49				
	t1: 68,00 (9,99)	t1: 65,64 (9,46)	t1: 67,61 (10,49)				
	t2: 61,47 (12,39)	t2: 59,55 (11,41)	t2: 59,61 (12,86)				
Prä-Post				1	43,550	**< ,001****	,254
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,549	,579	,008
Bildungsgruppe				2	0,346	,708	,005
Psychotizismus	n = 15	n = 67	n = 49				
	t1: 67,27 (9,90)	t1: 63,58 (11,26)	t1: 68,16 (10,88)				
	t2: 58,53 (11,94)	t2: 57,90 (12,88)	t2:59,76 (12,62)				
Prä-Post				1	47,432	**< ,001****	,270
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	1,195	,306	,018
Bildungsgruppe				2	1,327	,269	,020

GSI	n = 13	n = 66	n = 49				
	t1: 73,31 (9,32)	t1: 69,36 (10,14)	t1: 71,39 (10,45)				
	t2: 61,92 (14,10)	t2: 58,79 (14,49)	t2: 59,37 (16,03)				
Prä-Post				1	62,007	**< ,001****	,332
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,179	,837	,003
Bildungsgruppe				2	0,612	,544	,010
GAF	n = 10	n = 45	n = 31				
	t1: 52,70 (9,12)	t1: 54,96 (9,42)	t1: 55,58 (10,13)				
	t2: 69,60 (10,55)	t2: 69,98 (13,09)	t2: 74,03 (11,29)				
Prä-Post				1	137,305	**< ,001****	,623
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,911	,406	,021
Bildungsgruppe				2	0,801	,452	,019

Anmerkungen. ***p* ≤ 0,01, 1: niedrigere Bildung, 2: mittlere Bildung, 3 höhere Bildung; [a] Normalverteilung nicht gegeben.

Tabelle 17. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	**Mitt. Rang$_1$**	**Mitt. Rang$_2$**	**Mitt. Rang$_3$**	**df**	χ^2	***p***	**η^2_p**
Differenz BSI Zwanghaftigkeit	n = 15	n = 67	n = 49	2	0,893	,640	,007
	58,50	65,53	68,94				

Anmerkungen. 1: niedrigere Bildung, 2: mittlere Bildung, 3 höhere Bildung.

2c.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen Personen verschiedenen Bildungsstands bei KlientInnen der Psychotherapie?

Um zu prüfen, ob es zwischen den KlientInnen der Psychotherapie mit verschiedenem Bildungsstand Unterschiede darin gibt, wie sehr sich ihre Werte durch die Behandlung verändern, wurden in den BSI-Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und im GAF zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. In diesen Skalen waren die Veränderungen von Prä- zu Post-Zeitpunkt signifikant (alle $p < ,05$ bzw. $p < ,01$) und wiesen große Effektstärken (η^2_p zwischen ,162 und ,599) auf. Es gab keine signifikanten Effekte des Zwischensubjektfaktors „Bildungsgruppe“, allerdings in den Skalen Somatisierung ($\eta^2_p = ,075$) und Zwang ($\eta^2_p = ,077$) mittlere Effektstärken für diesen Faktor. Aus der graphischen Betrachtung ging hervor, dass die Gruppe 1 (niedrigster Bildungsstand) niedrigere Werte aufwies als die anderen Gruppen. Auch die Wechselwirkungen zwischen beiden Faktoren waren nicht signifikant, allerdings waren Effektstärken vorhanden, die aus der graphischen Betrachtung auf tendenzielle Unterschiede hinwiesen. Es waren große Effekte in der Skala Somatisierung ($\eta^2_p = ,145$; die Gruppe mit mittlerem Bildungsstand hatte tendenziell die größte Veränderung) und mittlere Effekte in den Skalen Unsicherheit ($\eta^2_p = ,117$), Ängstlichkeit ($\eta^2_p = ,065$) und Paranoides Denken ($\eta^2_p = ,076$) erkennbar, die tendenziell auf größere Veränderung in der Gruppe 1 (niedrigste Bildung) hinwiesen. Mittelgroße Effektstärken in den Skalen Aggressivität ($\eta^2_p = ,062$) und Phobische Angst ($\eta^2_p = ,074$) wiesen auf eine tendenziell größere Veränderung in der Gruppe 2 (mittlere Bildung) hin (*Tabelle 18*).

Für den BDI-II und die BSI-Skalen Depressivität und Psychotizismus waren die Voraussetzungen für die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung in der Gruppe der Psychotherapie-KlientInnen nicht gegeben, daher wurden die Differenzwerte gebildet und mit einfaktoriellen Varianzanalysen zwischen den drei Bildungsstands-Gruppen verglichen. Es gab keine signifikanten Unterschiede, allerdings war im BDI-II ein mittlerer Effekt ($\eta^2_p = ,080$) zu

erkennen, der auf eine tendenziell geringere Veränderung der Gruppe 3 (höchster Bildungsstand) hinwies (*Tabelle 19*).

Da für den GSI die Voraussetzungen der zweifaktoriellen Varianzanalyse und für den Differenzwert des GSI die Normalverteilung nicht gegeben war, wurde die Veränderung der Werte der drei Bildungsgruppen mit einem Kruskal-Wallis-Test verglichen. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bildungsstands-Gruppen (*Tabelle 20*).

Bei der Fragestellung (2c.2) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 18. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	***M*$_1$(*SD*)**	***M*$_2$(*SD*)**	***M*$_3$(*SD*)**	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
BDI-II[a]	n = 5	n = 10	n = 14				
	t1: 29,40 (8,88)	t1: 31,70 (10,69)	t1: 29,00 (13,16)				
	t2: 8,00 (3,54)	t2: 12,40 (6,38)	t2: 16,50 (11,23)				
BSI							
Somatisierung	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 59,67 (13,57)	t1: 66,80 (11,03)	t1: 68,93 (8,60)				
	t2: 56,67 (12,29)	t2: 54,20 (10,61)	t2: 61,54 (12,32)				
Prä-Post				1	16,129	**< ,001****	,383
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	2,169	,134	,143
Bildungsgruppe				2	1,052	,364	,075
Zwanghaftigkeit	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 65,17 (8,95)	t1: 72,40 (10,09)	t1: 68,77 (10,93)				
	t2: 54,17 (11,30)	t2: 61,20 (7,64)	t2: 61,00 (12,34)				
Prä-Post				1	32,060	**< ,001****	,552
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,496	,614	,037
Bildungsgruppe				2	1,083	,353	,077
Unsicherheit	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 66,83 (9,64)	t1: 62,20 (13,11)	t1: 62,15 (11,47)				
	t2: 54,83 (11,32)	t2: 53,50 (9,23)	t2: 60,31 (12,12)				
Prä-Post				1	9,945	**,004****	,277
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	1,716	,200	,117
Bildungsgruppe				2	0,378	,689	,028
Depressivität[a]	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 68,17 (7,83)	t1: 71,40 (80,91)	t1: 67,08 (13,36)				
	t2: 57,00 (11,28)	t2: 58,00 (8,86)	t2: 58,15 (12,95)				
Ängstlichkeit	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 68,00 (10,70)	t1: 71,20 (8,74)	t1: 65,77 (14,38)				
	t2: 51,83 (11,74)	t2: 57,90 (7,91)	t2: 56,31 (12,78)				

Prä-Post				1	38,791	**< ,001****	,599
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,897	,420	,065
Bildungsgruppe				2	0,489	,619	,036
Aggressivität	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 61,67 (12,18)	t1: 65,50 (10,46)	t1: 63,92 (11,81)				
	t2: 51,83 (9,41)	t2: 52,10 (7,92)	t2: 57,69 (11,16)				
Prä-Post				1	14,824	**,001****	,363
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	0,856	,437	,062
Bildungsgruppe				2	0,501	,612	,037
Phobische Angst	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 59,33 (15,11)	t1: 71,10 (12,57)	t1: 67,00 (13,20)				
	t2: 57,67 (14,50)	t2: 59,70 (15,83)	t2: 61,77 (12,34)				
Prä-Post				1	5,027	**,034***	,162
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	1,034	,370	,074
Bildungsgruppe				2	0,702	,505	,051
Paranoides Denken	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 66,83 (7,57)	t1: 68,70 (8,42)	t1: 63,92 (12,73)				
	t2: 55,00 (13,30)	t2: 59,50 (9,48)	t2: 59,54 (11,66)				
Prä-Post				1	15,110	**,001****	,368
Prä-Post x Bildungsgruppe				2	1,075	,356	,076
Bildungsgruppe				2	0,272	,764	,021
Psychotizismus[a]	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 63,67 (13,35)	t1: 70,60 (11,15)	t1: 63,62 (12,86)				
	t2: 58,17 (12,19)	t2: 59,50 (9,07)	t2: 58,00 (11,21)				
GSI[a]	n = 6	n = 10	n = 13				
	t1: 69,83 (8,91)	t1: 74,60 (8,70)	t1: 71,54 (11,35)				
	t2: 56,00 (14,24)	t2: 60,80 (9,84)	t2: 63,00 (12,06)				
GAF	n = 3	n = 4	n = 9				
	t1: 43,33 (11,02)	t1: 46,25 (11,35)	t1: 55,11 (10,95)				
	t2: 57,33 (15,70)	t2: 55,75 (27,91)	t2: 70,78 (16,64)				

Prä-Post	1	10,601	**,006****	,449
Prä-Post x Bildungsgruppe	2	0,253	,780	,037
Bildungsgruppe	2	1,452	,270	,183

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; 1: niedrigere Bildung, 2: mittlere Bildung, 3 höhere Bildung, [a] Normalverteilung nicht gegeben.

Tabelle 19. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	***M*$_1$(*SD*)**	***M*$_2$(*SD*)**	***M*$_3$(*SD*)**	**df$_z$/df$_i$**	***F***	***p***	**η^2_p**
Differenz BDI-II	n = 5	n = 10	n = 14	2/26	1,128	,339	,080
	21,40 (11,24)	19,30 (10,13)	12,50 (16,25)				
Differenz BSI Depressivität	n = 6	n = 10	n = 13	2/26	0,354	,705	,026
	11,17 (11,62)	13,40 (6,74)	8,92 (16,06)				
Differenz BSI Psychotizismus	n = 6	n = 10	n = 13	2/26	0,532	,593	,039
	5,50 (14,76)	11,10 (11,95)	5,62 (14,44)				

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; 1: niedrigere Bildung, 2: mittlere Bildung, 3 höhere Bildung.

Tabelle 20. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	**Mitt. Rang$_1$**	**Mitt. Rang$_2$**	**Mitt. Rang$_3$**	**df**	**χ^2**	***p***	**η^2_p**
Differenz GSI	n = 6	n = 10	n = 13	2	1,348	,510	,047
	15,17	17,30	13,15				

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; 1: niedrigere Bildung, 2: mittlere Bildung, 3 höhere Bildung.

2d.1) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen Personen verschiedenen Familienstands bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung?

Die Kategorie „verwitwet“ konnte in den Analysen nicht berücksichtigt werden, da es in der untersuchten Gruppe nur eine Person mit diesem Familienstand gab.
Für die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung wurde geprüft, ob sich die Personen mit unterschiedlichem Familienstand darin unterschieden, wie groß die Veränderung der Werte vor und nach der Behandlung war. In der dafür angewendeten zweifaktoriellen Varianzanalyse war zu erkennen, dass der Prä-Post-Unterschied in allen geprüften Skalen des BSI (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Psychotizismus) und im BDI-II mit großen Effektstärken (η^2_p von ,258 bis ,563) signifikant war (alle $p < ,001$). In der Skala Somatisierung gab es im Faktor „Familienstand“ einen signifikanten Effekt ($p = ,027$). Der post-hoc-Test nach Tukey zeigte, dass geschiedene Personen höhere Werte hatten als verheiratete. Es gab keine signifikanten Wechselwirkungen (*Tabelle 21*).
Für die BSI-Skala Paranoides Denken, den Globalwert GSI und den GAF konnten aufgrund der Verletzung der Voraussetzungen keine zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungen gerechnet werden. Als Alternative wurden die Differenzwerte des Prä- und Post-Zeitpunktes berechnet und die drei Familienstands-Gruppen mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen. Für die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung konnte kein Unterschied zwischen den drei Gruppen für diese Skalen gefunden werden (*Tabelle 22*).
Für die Fragestellung (2d.1) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 21. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	M_l(*SD*)	M_v(*SD*)	M_g(*SD*)	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II	n = 42	n = 55	n = 30				
	t1: 25,12 (9,53)	t1: 25,31 (10,91)	t1: 29,30 (10,34)				
	t2: 13,19 (10,93)	t2: 12,38 (11,96)	t2: 14,70 (11,44)				
Prä-Post				1	159,756	**< ,001****	,563
Prä-Post x Familienstand				2	0,484	,617	,008
Familienstand				2	1,210	,302	,019
BSI							
Somatisierung	n = 43	n = 56	n = 30				
	t1: 64,88 (10,15)	t1: 63,46 (10,91)	t1: 70,07 (10,15)				
	t2: 59,05 (11,52)	t2: 57,07 (11,71)	t2: 62,37 (9,50)				
Prä-Post				1	56,363	**< ,001****	,309
Prä-Post x Familienstand				2	0,331	,719	,005
Familienstand				2	3,709	**,027***	,056
Zwanghaftigkeit	n = 43	n = 56	n = 30				
	t1: 66,23 (10,14)	t1: 66,45 (10,41)	t1: 68,03 (11,50)				
	t2: 58,70 (12,82)	t2: 56,61 (13,94)	t2: 59,13 (10,94)				
Prä-Post				1	64,413	**< ,001****	,338
Prä-Post x Familienstand				2	0,449	,639	,007
Familienstand				2	0,405	,668	,006
Unsicherheit	n = 42	n = 56	n = 30				
	t1: 67,79 (10,20)	t1: 63,61 (11,73)	t1: 69,03 (9,28)				
	t2: 59,57 (12,71)	t2: 55,52 (13,08)	t2: 58,57 (11,54)				
Prä-Post				1	76,875	**< ,001****	,381
Prä-Post x Familienstand				2	0,500	,607	,008
Familienstand				2	2,586	,079	,040
Depressivität	n = 43	n = 56	n = 30				
	t1: 69,49 (8,21)	t1: 67,34 (9,37)	t1:70,03 (7,67)				
	t2: 58,98 (12,36)	t2: 56,50 (13,30)	t2: 59,10 (12,63)				

Prä-Post				1	101,908	**< ,001****	,447
Prä-Post x Familienstand				2	0,014	,986	< ,001
Familienstand				2	1,128	,327	,018
Ängstlichkeit	n = 43	n = 56	n = 29				
	t1: 66,88 (12,19)	t1: 66,04 (12,51)	t1: 66,55 (10,99)				
	t2: 57,21 (13,27)	t2: 56,00 (12,67)	t2: 57,21 (12,62)				
Prä-Post				1	63,974	**< ,001****	,339
Prä-Post x Familienstand				2	0,027	,973	< ,001
Familienstand				2	0,132	,876	,002
Aggressivität	n = 43	n = 56	n = 29				
	t1: 62,21 (9,78)	t1: 59,98 (12,32)	t1: 64,14 (10,36)				
	t2: 56,07 (13,02)	t2: 51,61 (12,02)	t2: 56,48 (11,49)				
Prä-Post				1	43,537	**< ,001****	,258
Prä-Post x Familienstand				2	0,412	,663	,007
Familienstand				2	2,434	,092	,037
Phobische Angst	n = 43	n = 56	n = 30				
	t1: 66,53 (12,78)	t1: 64,48 (12,45)	t1: 64,53 (12,68)				
	t2: 58,30 (13,10)	t2: 56,48 (12,51)	t2: 58,73 (13,84)				
Prä-Post				1	51,710	**< ,001****	,291
Prä-Post x Familienstand				2	0,489	,615	,008
Familienstand				2	0,352	,704	,006
Paranoides Denken[a]	n = 43	n = 56	n = 30				
	t1: 66,81 (9,43)	t1: 64,79 (10,89)	t1: 70,37 (7,78)				
	t2: 60,86 (12,92)	t2: 58,57 (12,29)	t2: 60,67 (10,57)				
Psychotizismus	n = 43	n = 56	n = 30				
	t1: 66,40 (10,91)	t1: 63,89 (12,46)	t1: 68,77 (8,01)				
	t2: 60,49 (12,53)	t2: 56,48 (12,93)	t2: 59,76 (12,21)				
Prä-Post				1	63,658	**< ,001****	,336
Prä-Post x Familienstand				2	0,826	,440	,013
Familienstand				2	1,829	,165	,028

GSI[a]	n = 42	n = 55	n = 49
	t1: 71,07 (9,66)	t1: 69,13 (11,29)	t1: 73,28 (7,87)
	t2: 60,24 (16,15)	t2: 57,40 (15,44)	t2: 61,83 (12,65)
GAF[a,b]	n = 29	n = 38	n = 18
	t1: 53,00 (11,77)	t1: 56,50 (9,03)	t1: 55,44 (5,40)
	t2: 68,66 (13,54)	t2: 73,29 (13,02)	t2: 71,89 (7,43)

Anmerkungen. **p* ≤ 0,05, ***p* ≤ 0,01; $_{l}$: ledig, $_{v}$: verheiratet, $_{g}$: geschieden; [a] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben. [b] Gleichheit der Kovarianzmatrizen nicht gegeben.

Tabelle 22. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	$M_l(SD)$	$M_v(SD)$	$M_g(SD)$	df_z/df_i	F	p	η^2_p
Differenz BSI Paranoides Denken	n = 43	n = 56	n = 30	2/126	1,575	,211	,024
	5,93 (9,87)	6,21 (9,65)	9,70 (9,81)				
Differenz GSI	n = 42	n = 55	n = 29	2/123	0,058	,944	,001
	10,83 (14,10)	11,73 (12,78)	11,45 (11,12)				
Differenz GAF	n = 29	n = 38	n = 18	2/82	0,088	,916	,002
	15,66 (11,26)	16,79 (12,27)	16,44 (7,06)				

Anmerkungen. $_{l}$: ledig, $_{v}$: verheiratet, $_{g}$: geschieden.

2d.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen Personen verschiedenen Familienstands bei KlientInnen der Psychotherapie?

Bei den KlientInnen der Psychotherapie waren die Anwendung von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung zur Überprüfung der Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen den Familienstands-Gruppen in den BSI-Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Aggressivität, Paranoides Denken, Psychotizismus und im GAF möglich. In diesen Skalen war die Prä-Post-Veränderung mit großen Effektstärken (η^2_p von ,201 bis ,521) signifikant ($p < ,05$ bzw. $p < ,01$). Es gab weder signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen noch signifikante Wechselwirkungen zwischen Gruppen- und Zeitfaktor. Allerdings gab es mittlere Effektstärken im Faktor Familienstand in den BSI-Skalen Somatisierung ($\eta^2_p = ,061$), Aggressivität ($\eta^2_p = ,060$), Psychotizismus ($\eta^2_p = ,064$) und im GAF ($\eta^2_p = ,092$), die in der graphischen Betrachtung auf tendenziell schlechtere Werte bei der Gruppe der geschiedenen Personen hinwiesen. Für die Wechselwirkungen gab es mittlere Effektstärken für die Skalen Somatisierung ($\eta^2_p = ,133$), Paranoides Denken ($\eta^2_p = ,060$) und Psychotizismus ($\eta^2_p = ,092$), die auf tendenziell geringere Veränderung der Werte bei den geschiedenen Personen hinwiesen (*Tabelle 23*).

Für den BDI-II und die BSI-Skalen Depressivität, Ängstlichkeit und den Gesamtwert GSI konnte in der Gruppe der Psychotherapie-KlientInnen aufgrund der Verletzung der Voraussetzungen keine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für den Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen den Personen mit unterschiedlichem Familienstand berechnet werden. Es wurden daher die Differenzwerte berechnet und die Gruppen mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung von Prä- zu Post-Werten zwischen den Gruppen (*Tabelle 24*).

Für die Fragestellung (2d.2) kann die H1 nicht angenommen werden.

Tabelle 23. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	$M_l(SD)$	$M_v(SD)$	$M_g(SD)$	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II[c]	n = 10	n = 13	n = 6				
	t1: 29,90 (14,04)	t1: 28,85 (9,25)	t1: 32,67 (12,47)				
	t2: 13,80 (9,13)	t2: 11,92 (7,92)	t2: 17,00 (12,13)				
BSI							
Somatisierung	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 65,90 (9,07)	t1: 64,92 (9,97)	t1: 67,71 (14,96)				
	t2: 53,60 (11,93)	t2: 57,83 (10,65)	t2: 64,57 (12,14)				
Prä-Post				1	17,271	**< ,001****	,399
Prä-Post x Familienstand				2	1,998	,156	,133
Familienstand				2	0,842	,442	,061
Zwang[a]	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 67,20 (11,94)	t1: 71,08 (7,75)	t1: 69,14 (12,42)				
	t2: 55,90 (9,78)	t2: 60,83 (11,22)	t2: 63,00 (11,11)				
Unsicherheit	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 64,50 (13,50)	t1: 62,83 (10,42)	t1: 61,71 (11,73)				
	t2: 54,50 (11,16)	t2: 58,08 (10,03)	t2: 58,00 (13,86)				
Prä-Post				1	6,524	**,017***	,201
Prä-Post x Familienstand				2	0,663	,524	,049
Familienstand				2	0,027	,973	,002
Depressivität[c]	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 68,60 (12,91)	t1: 68,00 (11,81)	t1: 70,43 (5,94)				
	t2: 57,40 (10,83)	t2: 55,08 (10,92)	t2: 63,29 (10,75)				
Ängstlichkeit[c]	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 61,90 (14,60)	t1: 71,83 (8,00)	t1: 70,57 (10,74)				
	t2: 50,00 (7,93)	t2: 57,25 (11,02)	t2: 62,14 (11,61)				
Aggressivität	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 66,00 (14,44)	t1: 62,08 (7,34)	t1: 64,43 (12,25)				
	t2: 55,00 (11,73)	t2: 51,83 (7,91)	t2: 58,57 (10,05)				

Prä-Post				1	12,729	**,001****	,329
Prä-Post x Familienstand				2	0,345	,711	,026
Familienstand				2	0,824	,450	,060
Phobische Angst[b]	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 64,60 (13,85)	t1: 67,58 (13,97)	t1: 68,71 (14,24)				
	t2: 54,10 (9,17)	t2: 61,58 (14,03)	t2: 66,57 (16,35)				
Paranoides Denken	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 65,70 (13,70)	t1: 66,83 (8,77)	t1: 65,71 (8,73)				
	t2: 55,30 (10,53)	t2: 59,08 (10,59)	t2: 62,43 (12,75)				
Prä-Post				1	11,118	**,003****	,300
Prä-Post x Familienstand				2	0,825	,450	,060
Familienstand				2	0,339	,715	,025
Psychotizismus	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 65,90 (14,15)	t1: 65,83 (12,18)	t1: 66,57 (12,08)				
	t2: 57,80 (9,38)	t2: 54,92 (9,79)	t2: 65,86 (10,17)				
Prä-Post				1	6,729	**,015***	,206
Prä-Post x Familienstand				2	1,314	,286	,092
Familienstand				2	0,894	,421	,064
GSI[a]	n = 10	n = 12	n = 7				
	t1: 70,50 (12,24)	t1: 73,42 (7,63)	t1: 72,71 (10,66)				
	t2: 57,20 (11,15)	t2: 60,67 (11,75)	t2: 66,14 (12,01)				
GAF	n = 5	n = 6	n = 5				
	t1: 57,40 (11,78)	t1: 50,00 (12,28)	t1: 44,80 (8,59)				
	t2: 69,40 (17,10)	t2: 63,83 (28,88)	t2: 60,40 (8,85)				
Prä-Post				1	14,156	**,002****	,521
Prä-Post x Familienstand				2	0,076	,927	,012
Familienstand				2	0,656	,535	,092

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; $_l$: ledig, $_v$: verheiratet, $_g$: geschieden; [c] Normalverteilung nicht gegeben, [b] Gleichheit der Kovarianzenmatrizen nicht gegeben, [a] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben.

Tabelle 24. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	M_l(*SD*)	M_v(*SD*)	M_g(SD)	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BDI-II	n = 10	n = 13	n = 6	2/26	0,019	,981	,001
	16,10 (18,28)	16,92 (10,94)	15,67 (12,91)				
Differenz BSI Depressivität	n = 10	n = 12	n = 7	2/26	0,466	,633	,035
	11,20 (15,77)	12,92 (12,15)	7,14 (6,84)				
Differenz BSI Ängstlichkeit	n = 10	n = 12	n = 7	2/26	0,733	,490	,053
	11,90 (12,86)	14,58 (9,63)	8,43 (8,96)				
Differenz GSI	n = 10	n = 12	n = 7	2/26	0,770	,473	,056
	13,30 (13,57)	12,75 (13,39)	6,57 (4,16)				

Anmerkungen. $_l$: ledig, $_v$: verheiratet, $_g$: geschieden.

2e.1) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung?

Um zu prüfen, ob es in der Gruppe der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung einen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen Personen gegeben hat, die berufstätig oder nicht berufstätig waren, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung für den BDI-II und die BSI-Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus und den GSI sowie den GAF durchgeführt. In allen diesen Skalen war die Prä- zu Post-Veränderung signifikant (p < ,001) und große Effektstärken (η^2_p von ,268 bis ,703) waren erkennbar. Im BDI-II (p = ,001; η^2_p = ,082) und in den Skalen Ängstlichkeit (p = ,002; η^2_p = ,072) und Paranoides Denken (p = ,020; η^2_p = ,041) gab es auch signifikante Effekte in der Wechselwirkung des Zeiteffekts mit dem Gruppeneffekt und kleine bis mittlere Effektstärken waren erkennbar. Bei berufstätigen Personen waren die Veränderungen größer als bei den nicht berufstätigen (*Tabelle 25*).

Für die BSI-Skalen Somatisierung und Unsicherheit waren die Voraussetzungen der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung verletzt, daher wurden die Differenzwerte gebildet und die Werte der berufstätigen mit denen der nicht berufstätigen mit einfaktoriellen Varianzanalysen verglichen. In der Skala Unsicherheit war ein signifikanter Unterschied (p = ,038; η^2_p = ,033) erkennbar. Bei berufstätigen Personen war in dieser Skala die Veränderung der Werte größer (*Tabelle 26*).

Die H1 (2e.1) wird für den BDI-II, die BSI-Skalen Ängstlichkeit, Paranoides Denken und Unsicherheit angenommen, für die anderen Skalen wird die H0 beibehalten.

Tabelle 25. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	M_{B-}(*SD*)	M_{B+}(*SD*)	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II	n = 61	n = 67				
	t1: 24,08 (10,17)	t1: 27,93 (10,37)				
	t2: 14,49 (12,11)	t2: 11,90 (10,72)				
Prä-Post			1	177,723	**< ,001****	,585
Prä-Post x Ber.			1	11,228	**,001****	,082
Berufstätigkeit			1	0,141	,708	,001
BSI						
Somatisierung[b]	n = 62	n = 69				
	t1: 65,40 (10,06)	t1: 65,19 (11,67)				
	t2: 60,23 (12,16)	t2: 57,61 (10,47)				
Zwanghaftigkeit	n = 62	n = 69				
	t1: 64,18 (11,16)	t1: 68,81 (9,42)				
	t2: 57,11 (13,64)	t2: 58,42 (12,11)				
Prä-Post			1	71,590	**< ,001****	,357
Prä-Post x Ber.			1	2,600	,109	,020
Berufstätigkeit			1	2,860	,093	,022
Unsicherheit[a]	n = 61	n = 69				
	t1: 64,69 (10,33)	t1: 67,48 (11,14)				
	t2: 58,11 (13,77)	t2: 56,88 (11,52)				
Depressivität	n = 62	n = 69				
	t1: 67,60 (8,35)	t1: 69,36 (8,92)				
	t2: 58,27 (13,57)	t2: 57,72 (11,98)				
Prä-Post			1	105,580	**< ,001****	,450
Prä-Post x Ber.			1	1,288	,259	,010
Berufstätigkeit			1	0,142	,707	,001
Ängstlichkeit	n = 61	n = 69				
	t1: 63,07 (11,64)	t1: 68,83 (12,14)				
	t2: 57,26 (12,46)	t2: 55,97 (12,98)				
Prä-Post			1	69,516	**< ,001****	,352
Prä-Post x Ber.			1	9,930	**,002****	,072
Berufstätigkeit			1	1,450	,231	,011
Aggressivität	n = 61	n = 69				
	t1: 59,62 (11,31)	t1: 63,19 (11,01)				
	t2: 53,61 (13,68)	t2: 54,61 (11,01)				
Prä-Post			1	46,770	**< ,001****	,268
Prä-Post x Ber.			1	1,442	,232	,011
Berufstätigkeit			1	1,666	,199	,013
Phobische Angst	n = 62	n = 69				
	t1: 64,97 (12,16)	t1: 65,06 (13,06)				
	t2: 58,82 (12,80)	t2: 56,42 (12,92)				
Prä-Post			1	57,083	**< ,001****	,307
Prä-Post x Ber.			1	1,623	,205	,012
Berufstätigkeit			1	0,332	,565	,003
Paranoides Denken	n = 62	n = 69				
	t1: 65,37 (9,01)	t1: 67,80 (10,56)				
	t2: 60,60 (11,44)	t2: 59,07 (12,53)				

Prä-Post			1	64,776	**< ,001****	,334
Prä-Post x Ber.			1	5,548	**,020***	,041
Berufstätigkeit			1	0,068	,795	,001
Psychotizismus	n = 62	n = 69				
	t1: 65,15 (11,03)	t1: 66,23 (11,25)				
	t2: 59,31 (13,13)	t2: 58,09 (12,20)				
Prä-Post			1	59,387	**< ,001****	,315
Prä-Post x Ber.			1	1,615	,206	,012
Berufstätigkeit			1	0,001	,972	< ,001
GSI	n = 59	n = 69				
	t1: 68,95 (9,80)	t1: 71,90 (10,39)				
	t2: 59,36 (15,14)	t2: 59,30 (14,94)				
Prä-Post			1	96,388	**< ,001****	,433
Prä-Post x Ber.			1	1,763	,187	,014
Berufstätigkeit			1	0,540	,464	,004
GAF	n = 41	n = 45				
	t1: 56,20 (9,25)	t1: 53,76 (9,82)				
	t2: 70,34 (11,13)	t2: 72,36 (13,20)				
Prä-Post			1	198,770	**< ,001****	,703
Prä-Post x Ber.			1	3,677	,059	,042
Berufstätigkeit			1	0,011	,918	< ,001

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; $_{B+}$ berufstätig, $_{B-}$ nicht berufstätig, [a] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben. [b] Gleichheit der Kovarianzmatrizen nicht gegeben.

Tabelle 26. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	$M_{B-}(SD)$	$M_{B+}(SD)$	df_z/df_i	F	p	η^2_p
Differenz BSI	n = 62	n = 69	1/125,24	2,114	,148	,016
Somatisierung[a]	5,18 (8,09)	7,58 (10,75)				
Differenz BSI	n = 61	n = 69	1/128	4,409	**,038***	,033
Unsicherheit	6,57 (10,63)	10,59 (11,12)				

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$; $_{B+}$ berufstätig, $_{B-}$ nicht berufstätig; [a] Da Homogenität der Varianzen nicht gegeben - korrigiert nach Welch.

2e.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der Psychotherapie?

In der Gruppe der Psychotherapie-KlientInnen wurden, um festzustellen, ob es Unterschiede zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Personen darin gibt, wie sich die Werte durch die Behandlung verändern, zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Im BDI-II, in den BSI-Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Aggressivität, Paranoides Denken,

Psychotizismus und im GAF waren dafür die Voraussetzungen gegeben. In diesen Skalen war der Zeiteffekt mit großen Effektstärken (η^2_p von ,263 bis ,538) signifikant (alle p < ,01). Im Faktor „Berufstätigkeit“ und in den Wechselwirkungen waren keine signifikanten Unterschiede zu erkennen. Allerdings gab es in der Skala Aggressivität (η^2_p = ,067) und im GAF (η^2_p = ,068) mittlere Effekte des Faktors Berufstätigkeit. Aus der graphischen Betrachtung ging hervor, dass im GAF nicht berufstätige Personen tendenziell niedrigere Werte und in der Skala Aggressivität tendenziell höhere Werte hatten.

In den Skalen Unsicherheit (η^2_p = ,082), Paranoides Denken (η^2_p = ,080) und im GAF (η^2_p = ,074) gab es auch für die Wechselwirkungen mittlere Effekte. Graphisch betrachtet zeigte die berufstätige Gruppe tendenziell größere Veränderung der Werte (*Tabelle 27*).

Für die BSI-Skalen Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst und die Gesamtskala GSI konnten keine zweifaktoriellen Varianzanalysen gerechnet werden, da die Voraussetzungen nicht erfüllt waren. Als Alternative wurden die Differenzwerte gebildet und zwischen den berufstätigen und nicht berufstätigen Personen mit einfaktoriellen Varianzanalysen verglichen. Es gab keine signifikanten Unterschiede, aber in der Skala Phobische Angst war eine mittlerer Effekt (η^2_p = ,086) in die Richtung erkennbar, dass bei den Berufstätigen eine größere Veränderung der Werte aufgetreten war (*Tabelle 28*).

Für die Fragestellung (2e.2) wir die H0 beibehalten.

Tabelle 27. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	M_{B-}(*SD*)	M_{B+}(*SD*)	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
BDI-II	n = 22	n = 7				
	t1: 30,73 (11,61)	t1: 27,71 (11,25)				
	t2: 14,82 (9,64)	t2: 9,86 (6,59)				
Prä-Post			1	31,05	**< ,001****	,535
Prä-Post x Ber.			1	0,103	,750	,004
Berufstätigkeit			1	1,437	,241	,051
BSI						
Somatisierung	n = 21	n = 8				
	t1: 64,76 (9,18)	t1: 69,00 (14,25)				
	t2: 57,71 (12,95)	t2: 58,75 (8,86)				
Prä-Post			1	17,711	**< ,001****	,396
Prä-Post x Ber.			1	0,607	,443	,022
Berufstätigkeit			1	0,382	,542	,014

Zwanghaftigkeit	n = 21	n = 8				
	t1: 69,71 (11,22)	t1: 68,13 (7,75)				
	t2: 61,00 (10,81)	t2: 56,13 (10,33)				
Prä-Post			1	31,387	**< ,001****	,538
Prä-Post x Ber.			1	0,790	,382	,028
Berufstätigkeit			1	0,660	,424	,024
Unsicherheit	n = 21	n = 8				
	t1: 63,24 (11,68)	t1: 62,88 (11,73)				
	t2: 59,10 (10,93)	t2: 50,88 (9,88)				
Prä-Post			1	10,138	**,004****	,273
Prä-Post x Ber.			1	2,402	,133	,082
Berufstätigkeit			1	1,212	,281	,043
Depressivität[a]	n = 21	n = 8				
	t1: 70,43 (11,02)	t1: 64,50 (9,56)				
	t2: 59,10 (11,48)	t2: 54,63 (9,33)				
Ängstlichkeit[a]	n = 21	n = 8				
	t1: 68,33 (12,20)	t1: 67,50 (11,51)				
	t2: 55,90 (11,53)	t2: 56,00 (9,96)				
Aggressivität	n = 21	n = 8				
	t1: 65,05 (10,59)	t1: 61,25 (12,69)				
	t2: 56,10 (9,70)	t2: 50,50 (9,81)				
Prä-Post			1	12,906	**,001****	,323
Prä-Post x Ber.			1	0,107	,746	,004
Berufstätigkeit			1	1,932	,176	,067
Phobische Angst[a]	n = 21	n = 8				
	t1: 68,10 (12,91)	t1: 63,50 (15,67)				
	t2: 63,95 (13,07)	t2: 50,38 (10,13)				
Paranoides Denken	n = 21	n = 8				
	t1: 66,62 (11,17)	t1: 65,25 (8,45)				
	t2: 60,86 (10,51)	t2: 52,63 (10,82)				
Prä-Post			1	16,240	**< ,001****	,376
Prä-Post x Ber.			1	2,350	,137	,080
Berufstätigkeit			1	1,603	,216	,056
Psychotizismus	n = 21	n = 8				
	t1: 66,29 (12,86)	t1: 65,38 (11,95)				
	t2: 60,29 (10,66)	t2: 54,00 (8,47)				
Prä-Post			1	9,617	**,004****	,263
Prä-Post x Ber.			1	0,920	,346	,033
Berufstätigkeit			1	0,875	,358	,031
GSI[a]	n = 21	n = 8				
	t1: 73,10 (9,53)	t1: 70,00 (10,99)				
	t2: 63,00 (11,05)	t2: 55,00 (12,08)				
GAF	n = 13	n = 3				
	t1: 49,77 (12,30)	t1: 54,67 (8,08)				
	t2: 61,85 (20,63)	t2: 76,00 (11,53)				
Prä-Post			1	14,619	**,002****	,511
Prä-Post x Ber.			1	1,122	,307	,074
Berufstätigkeit			1	1,029	,328	,068

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; $_{B+}$ berufstätig, $_{B-}$ nicht berufstätig, [a] Normalverteilung nicht gegeben.

Tabelle 28. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	$M_{B-}(SD)$	$M_{B+}(SD)$	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BSI Depressivität	n = 21 11,33 (14,22)	n = 8 9,88 (5,79)	1/27	0,078	,783	,003
Differenz BSI Ängstlichkeit	n = 21 12,43 (11,93)	n = 8 11,50 (6,65)	1/27	0,043	,838	,002
Differenz BSI Phobische Angst	n = 21 4,14 (12,44)	n = 8 13,13 (16,37)	1/27	2,537	,123	,086
Differenz GSI	n = 21 10,10 (12,81)	n = 8 15,00 (8,73)	1/27	0,987	,329	,035

Anmerkungen. $_{B+}$ berufstätig, $_{B-}$ nicht berufstätig, [a] Da Homogenität der Varianzen nicht gegeben: korrigiert nach Welch.

2f) Voraussagefähigkeit der soziodemographischen Variablen für den Erfolg der Behandlung

Zur Überprüfung der Vorhersagefähigkeit der soziodemographischen Merkmale (Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstand, Berufstätigkeit) für den Erfolg der Behandlung wurde eine binär-logistische Regression durchgeführt.

Erfolg der Behandlung als dichotomes Kriterium war so operationalisiert, dass erfolgreich behandelte Personen vor der Behandlung einen GSI-Wert von 63 und mehr haben sollten und danach weniger als 63.

Es ergab sich eine Trefferquote von 66,9%. Die Klassifikationsgüte, dargestellt durch das Bestimmtheitsmaß Nagelkerke's $R^{2,}$ fiel mit 2,5% unbefriedigend aus. Bei Anwendung der Rückwärtsmethode nach Wald fiel die Prüfgröße $\chi^2(1) = 17{,}49$; $p < ,001$ signifikant aus. Allerdings gab es keine Variablen mit signifikantem Erklärungswert. Im letzten Schritt der Analyse stellte sich die Variable Alter ($\chi^2(1) = 2{,}93$; $p = ,087$) als die mit der größten Tendenz zur Voraussagefähigkeit für den Erfolg heraus.

Für die Fragestellung (2f.2) kann die H1 nicht angenommen werden.

3. Fragestellungen zur Wirkung der Behandlung auf die Beschäftigungssituation und Leistung in Beruf und Alltag

Für die Beantwortung der Fragestellungen 3a, 3b und 3c wurden Personen eingeschlossen, die den Fragebogen zu Beginn und zum Ende der Behandlung ausgefüllt hatten. Für die Beantwortung der Frage 3d war nur der Fragebogen zum Behandlungsende relevant, daher wurden für die Beantwortung alle Personen eingeschlossen, die diesen ausgefüllt hatten.

3a) Gibt es in den Behandlungsgruppen eine Veränderung bezüglich der Beschäftigungssituation?

Hier sollte überprüft werden, ob sich die Beschäftigungsquote durch die Behandlung verändert hatte.
Aus der Prüfung der Hypothesen mit McNemar-Tests ging hervor, dass während die Auswirkung der Behandlung auf die Berufstätigkeit bei Personen, die eine klinisch-psychologische Behandlung erhalten haben, nicht signifikant war (p = ,755), die KlientInnen der Psychotherapie nach der Behandlung signifikant häufiger (p = ,008) einer Beschäftigung nachgingen als davor (*Tabelle 29*).
Während für die Fragestellung (3a.1) die H0 bestehen bleibt, kann für Fragestellung (3a.2) die H1 angenommen werden.

Tabelle 29. McNemar-Test für die Prüfung der Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses bei KlientInnen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung.

	t2 B+	**t2 B-**	**Gesamt**	***p***
t1 B+	klin: 50 (erw.:37,6) psth: 8 (4,3)	klin: 19 (31,4) psth: 0 (3,7)	klin: 69 psth: 8	
t1 B-	klin: 22 (erw.:34,4) psth: 8 (11,7)	klin: 41 (28,6) psth: 14 (10,3)	klin: 63 psth: 22	
Gesamt	klin:72 psth: 16	klin: 60 psth: 14	klin:132 psth:30	klin: ,755 **psth: ,008****

Anmerkungen. **$p \leq 0{,}01$, B+ in einem Beschäftigungsverhältnis, B- in keinem Beschäftigungsverhältnis, n = 162.

3b+3c) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Beeinträchtigung in Beruf und Alltag durch die Behandlung zwischen den Behandlungsarten?

Um festzustellen, ob es Unterschiede in der Veränderung der wahrgenommenen Beeinträchtigung in Beruf und Alltag zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung und KlientInnen der Psychotherapie gab, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Bei der Veränderung der Einschätzung der Beschwerden in der Arbeit war der Zeiteffekt (p < ,001) signifikant, und es gab keine Unterschiede zwischen den Behandlungsarten. Bei der Veränderung der Einschätzung der Beschwerden im Alltag waren sowohl ein signifikanter Effekt im Faktor Zeit (p < ,001; $\eta^2_{p =}$,311) als auch im Faktor Ansatz zu erkennen (p = ,025; η^2_p =,032). Die Veränderung von t1 zu t2 war in der Gruppe der Psychotherapie-KlientInnen größer (*Tabelle 30*).
Während für die Fragestellung (3b) die H0 bestehen bleibt, kann für die Fragestellung (3c) die Alternativhypothese H1 angenommen werden.

Tabelle 30. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von Beschwerden und Leistungsfähigkeit in der Arbeit und im Alltag zwischen den Behandlungsgruppen.

Quelle der Varianz	***M*(*SD*)$_1$**	***M*(*SD*)$_2$**	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
Arbeit	n = 51	n = 9				
	t1: 6,29 (2,39)	t1: 7,11 (2,57)				
	t2: 3,75 (2,89)	t2: 5,00 (3,78)				
Prä-Post			1	58,00	**<,001****	,195
Ansatz			1	1,81	,183	,030
Prä-Post*Ansatz			1	0,12	,726	,002
Alltag	n = 129	n = 28				
	t1: 5,54 (2,43)	t1: 6,96 (1,99)				
	t2: 3,44 (2,82)	t2: 4,00 (2,73)				
Prä-Post			1	69,80	**<,001****	,311
Ansatz			1	5,13	**,025***	,032
Prä-Post *Ansatz			1	2,03	,156	,013

Anmerkungen. *p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01, 1: Klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

3d+3e) Gibt es Unterschiede der retrospektiven Einschätzung der Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz und bei täglichen Aktivitäten?

Zur Prüfung, ob sich KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie darin unterschieden, wie sie die Auswirkung der Behandlung auf die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag retrospektiv einschätzen (verschlechtert, gleich geblieben, verbessert), wurden X^2-Tests durchgeführt. Weder bei der Veränderung der Leistung im Beruf (*p* = ,513; *Tabelle 31*) noch bei der Leistung im Alltag (*p* = 1,000; *Tabelle 32*) unterschieden sich die KlientInnen der beiden Gruppen in ihren rückblickenden Einschätzungen.
Sowohl für die Fragestellung (3d) als auch für die Fragestellung (3e) werden die Nullhypothesen beibehalten.

Tabelle 31. X^2-Test für die Prüfung des Unterschieds in der retrospektiven Einschätzung der Veränderung der Leistung im Beruf zwischen den Behandlungsgruppen.

			Behandlungsansatz			**X^2**	***p***
			klin.-ps. Behandlung	**Psycho-therapie**	**Gesamt**		
Leistung Beruf	gleich geblieben	Anzahl	16	4	20		
		Erwartet	16,4	3,6	20,0		
		Stand.-Res.	-0,1	0,2			
	verbessert	Anzahl	70	15	85		
		Erwartet	69,6	15,4	85,0		
		Stand.-Res.	0,0	-0,1			
Gesamt		Anzahl	86	19	105	0,004	,513
		Erwartet	86,0	19,0	105,0		

Anmerkungen. [1] Eine Zelle weist einen Erwartungswert < 5 auf.

Tabelle 32. X^2-Test für die Prüfung des Unterschieds in der retrospektiven Einschätzung der Veränderung der Leistung im Alltag zwischen den Behandlungsgruppen.

			Behandlungsansatz			X^2	*p*
			klin.-ps. Behandlung	Psycho-therapie	Gesamt		
Leistung Alltag	verschlechtert	Anzahl	3	0	3		
		Erwartet	2,4	0,6	3,0		
		Stand-res.	0,4	-0,7			
	gleich geblieben	Anzahl	37	10	47		
		Erwartet	38,4	8,6	47,0		
		Stand-res.	-0,2	0,5			
	verbessert	Anzahl	120	26	146		
		Erwartet	119,2	26,8	146,0		
		Stand-res.	0,1	-0,2			
Gesamt		Anzahl	160	36	196	0,270[1]	1,000
		Erwartet	160,0	36,0	196,0		

Anmerkungen. [1] Korrigiert mittels Fisher's exaktem Test.

4. Fragestellung zum Einfluss der Anzahl der Behandlungseinheiten

Für die Analyse wurden anhand von Trennwerten bezüglich der Anzahl der Behandlungseinheiten (<21; 21–30; >30) drei etwa gleich große Gruppen gebildet. Es wurde untersucht, ob Unterschiede in der Veränderung der Werte der BSI-Skalen, des BDI-II und des GAF zwischen den drei Gruppen auftraten.

Für die Analysen des GAF-Wertes wurden nur Personen einbezogen, für die es aus der Selbst- und Fremdbeurteilung zu zwei Zeitpunkten Daten gab. Für die Analysen bezüglich BSI- und BDI-II-Veränderung waren nur die Selbstbeurteilungen vor und nach der Behandlung relevant.

4a.1) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung?

Für die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung waren in den BSI-Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus sowie im GAF die Voraussetzungen für die Durchführung von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung gegeben. In den Skalen waren die Unterschiede zwischen Prä- und Post-Erhebung signifikant (alle $p < ,001$), und auch die Effektstärken wiesen auf große Effekte hin (η^2_p zwischen ,243 und ,672). In den BSI-Skalen Unsicherheit ($p = ,001$; $\eta^2_p = ,103$), Aggressivität ($p = ,015$; $\eta^2_p = ,065$) und Psychotizismus ($p = ,010$; $\eta^2_p = ,070$) traten zusätzlich noch signifikante Unterschiede im Faktor „Einheiten“ auf, die mit post-hoc-Tests (Scheffé) überprüft wurden. In der Skala Unsicherheit hatten die Personen, die weniger als 21 Einheiten absolviert hatten, signifikant niedrigere Werte als diejenigen, die zwischen 21 und 30 ($p = ,003$) oder mehr als 30 Einheiten ($p = ,021$) absolviert hatten. In der Skala Aggressivität hatten die Personen, die weniger als 21 Einheiten erhalten hatten, signifikant niedrigere Werte als die Personen, die mehr als 30 Einheiten lang behandelt wurden ($p = ,025$). In der Skala Psychotizismus gab es wie in der Skala Unsicherheit Unterschiede zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 ($p = ,042$) sowie Gruppe 1 und Gruppe 3 ($p = ,033$). Im GAF gab es zwar keinen signifikanten Effekt des Faktors „Einheiten“, dennoch war eine mittelgroße Effektstärke zu erkennen ($\eta^2_p = ,063$; Gruppe 1 tendenziell höher als Gruppe 2). In der Veränderung der Werte waren keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen auszumachen (*Tabelle 33*).

Für die BSI-Skala Zwang und die Gesamtskala GSI sowie für den BDI-II konnten aufgrund von Verletzung der Voraussetzungen keine zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet werden. Um die Veränderung der Werte in den erhobenen Skalen zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten untersuchen zu können, wurden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet. Als abhängige Variable wurde die Differenz der Prä- und Post-Werte herangezogen. In keiner der drei Skalen war ein signifikanter Unterschied erkennbar (*Tabelle 34*).

Da weder die Voraussetzungen für die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung noch die Voraussetzungen der Normalverteilung des Differenzwertes für die BSI-Skala Depressivität gegeben waren, wurde als parameterfreie Alternative zur einfaktoriellen Varianzanalyse der Kruskal-Wallis-Test gerechnet. Die drei Gruppen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten unterschieden sich in der Veränderung der Werte von Prä- zu Post-Zeitpunkt in dieser Skala nicht signifikant (*Tabelle 35*).
Für die Fragestellung (4a.1) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 33. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	M_k(*SD*)	M_m(*SD*)	M_l(*SD*)	df	*F*	*p*	η^2_p
BDI-II[a]	n = 50	n = 54	n = 23				
	t1: 22,64 (10,72)	t1: 28,85 (9,15)	t1: 26,13 (9,93)				
	t2: 9,50 (9,12)	t2: 15,61 (11,37)	t2: 14,13 (13,55)				
BSI							
Somatisierung	n = 51	n = 55	n = 24				
	t1: 65,02 (10,26)	t1: 66,25 (11,66)	t1: 63,54 (10,82)				
	t2: 57,02 (10,75)	t2: 60,18 (11,68)	t2: 59,29 (11,78)				
Prä-Post				1	45,668	**< ,001****	,264
Prä-Post x Einheiten				2	1,331	,268	,021
Einheiten				2	0,684	,507	,011
Zwanghaftigkeit[a]	n = 51	n = 55	n = 24				
	t1: 63,78 (11,99)	t1: 68,11 (8,68)	t1: 68,67 (9,96)				
	t2: 53,63 (12,94)	t2: 60,67 (11,91)	t2: 59,17 (12,29)				
Unsicherheit	n = 51	n = 55	n = 24				
	t1: 61,75 (10,97)	t1: 68,45 (10,34)	t1: 69,91 (8,30)				
	t2: 53,47 (11,87)	t2: 60,02 (12,29)	t2: 59,22 (12,62)				
Prä-Post				1	74,965	**< ,001****	,373
Prä-Post x Einheiten				2	0,421	,657	,007
Einheiten				2	7,259	**,001****	,103
Depressivität[b]	n = 51	n = 55	n = 24				
	t1: 66,08 (9,50)	t1: 69,45 (8,10)	t1: 71,13 (6,78)				
	t2: 52,86 (12,03)	t2: 60,71 (11,44)	t2: 61,71 (13,42)				
Ängstlichkeit	n = 50	n = 55	n = 24				
	t1: 63,52 (12,19)	t1: 67,56 (11,98)	t1: 67,67 (12,31)				
	t2: 53,60 (12,24)	t2: 58,05 (12,44)	t2: 58,79 (13,57)				
Prä-Post				1	56,572	**< ,001****	,310
Prä-Post x Einheiten				2	,050	,951	,001
Einheiten				2	2,722	,070	,041

Aggressivität	n = 50	n = 55	n = 24				
	t1: 59,08 (12,25)	t1: 62,07 (10,49)	t1: 65,04 (10,17)				
	t2: 50,50 (11,71)	t2: 55,62 (13,18)	t2: 58,04 (9,80)				
Prä-Post				1	40,392	**< ,001****	,243
Prä-Post x Einheiten				2	0,407	,666	,006
Einheiten				2	4,366	**,015***	,065
Phobische Angst	n = 51	n = 55	n = 24				
	t1: 62,29 (13,37)	t1: 66,75 (11,91)	t1: 66,21 (11,84)				
	t2: 55,27 (12,83)	t2: 59,55 (12,96)	t2: 56,92 (11,84)				
Prä-Post				1	54,61	**< ,001****	,301
Prä-Post x Einheiten				2	0,368	,693	,006
Einheiten				2	2,002	,139	,031
Paranoides Denken	n = 51	n = 55	n = 24				
	t1: 63,55 (10,92)	t1: 68,07 (9,07)	t1: 69,71 (7,94)				
	t2: 57,82 (11,26)	t2: 60,71 (12,69)	t2: 61,33 (11,83)				
Prä-Post				1	60,465	**< ,001****	,323
Prä-Post x Einheiten				2	0,701	,498	,011
Einheiten				2	2,798	,065	,042
Psychotizismus	n = 51	n = 55	n = 24				
	t1: 62,71 (11,57)	t1: 66,58 (10,87)	t1: 69,54 (9,17)				
	t2: 54,59 (12,14)	t2: 60,93 (12,18)	t2: 61,25 (12,45)				
Prä-Post				1	56,414	**< ,001****	,308
Prä-Post x Einheiten				2	0,929	,398	,014
Einheiten				2	4,784	**,010****	,070
GSI[a]	n = 50	n = 54	n = 23				
	t1: 67,56 (10,89)	t1: 72,15 (10,25)	t1: 72,83 (6,81)				
	t2: 54,82 (13,81)	t2: 62,13 (15,52)	t2: 61,65 (14,09)				
GAF	n = 30	n = 40	n = 15				
	t1: 57,17 (9,64)	t1: 53,52 (9,11)	t1: 55,13 (10,04)				
	t2: 75,13 (10,68)	t2: 68,32 (11,63)	t2: 72,80 (15,09)				

Prä-Post	1	168,09	**< ,001****	,672
Prä-Post x Einheiten	2	0,826	,441	,020
Einheiten	2	2,759	,069	,063

Anmerkungen. **p* ≤ 0,05, ***p* ≤ 0,01; $_k$: kurze Behandlung < 21 Einheiten, $_m$: mittellange Behandlung 21–30 Einheiten, $_l$: lange Behandlung > 30 Einheiten, [a] Normalverteilung der Daten nicht gegeben, [b] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben.

Tabelle 34. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	$M_k(SD)$	$M_m(SD)$	$M_l(SD)$	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BSI Zwang	n = 51	n = 55	n = 24	2/127	0,730	,484	,011
	10,16 (12,20)	7,44 (11,52)	9,50 (12,17)				
Differenz GSI	n = 50	n = 54	n = 23	2/124	0,104	,901	,009
	12,74 (12,08)	10,02 (13,96)	11,17 (11,58)				
Differenz BDI-II	n = 50	n = 54	n = 23	2/124	0,104	,901	,002
	13,14 (10,89)	13,24 (11,77)	12,00 (11,67)				

Anmerkungen. $_k$: kurze Behandlung < 21 Einheiten, $_m$: mittellange Behandlung 21–30 Einheiten, $_l$: lange Behandlung > 30 Einheiten.

Tabelle 35. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	**Mitt. Rang$_k$**	**Mitt. Rang$_m$**	**Mitt. Rang$_l$**	**df**	χ^2	*p*	η^2_p
Differenz BSI	n = 51	n = 55	n = 24	2	3,836	,147	,030
Depressivität	73,54	60,35	60,21				

Anmerkungen. $_k$: kurze Behandlung < 21 Einheiten, $_m$: mittellange Behandlung 21–30 Einheiten, $_l$: lange Behandlung > 30 Einheiten.

4a.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der Psychotherapie?

Für den BDI-II, die BSI-Skalen Somatisierung, Zwang, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Aggressivität, Paranoia, Psychotizismus und den GAF konnten zur Überprüfung der Unterschiede in der Veränderung von Prä- zu Post-Erhebung zwischen den Gruppen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet werden. In allen Skalen war der Zeiteffekt signifikant (alle p < ,001), und die Effektstärken (η^2_p zwischen ,278 und ,618) wiesen auf große Effekte hin. Es gab keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen der Anzahl der Behandlungseinheiten und dem Zeiteffekt. Allerdings gab es dafür in der Skala Aggressivität mittlere (η^2_p = ,079) und im BDI-II (η^2_p = ,166), in den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit (η^2_p = ,192), Unsicherheit (η^2_p = ,124), Paranoides Denken (η^2_p = ,176) und Psychotizismus (η^2_p = ,204) sowie im GAF (η^2_p = ,172) sogar große Effekte, die graphisch betrachtet auf eine tendenziell größere Veränderung in der Gruppe mit den wenigsten Einheiten (< 21) hinwies. Im Faktor „Einheiten“ gab es wiederum keine signifikanten Effekte, aber wieder mittlere Effektstärken im BDI-II (η^2_p = ,063), in den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit (η^2_p = ,109), Unsicherheit (η^2_p = ,088), Psychotizismus (η^2_p = ,072) und große Effekte in der Skala Aggressivität (η^2_p = ,178) und im GAF (η^2_p = ,266). Eine Interpretation der Effekte war anhand der Betrachtung der Graphiken allerdings nicht möglich (*Tabelle 36*).

Für die BSI-Skalen Depressivität und Phobische Angst sowie für die Gesamtskala GSI wurden, da die Voraussetzungen für die Durchführung einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung nicht erfüllt waren, einfaktorielle Varianzanalysen berechnet. Abhängige Variable war die Differenz von Prä- und Post-Wert. Sowohl in der Skala Depressivität (p = ,029; η^2_p = ,247) als auch in der Skala Phobische Angst (p = ,043; η^2_p = ,223) gab es signifikante Unterschiede mit großen Effekten in der Veränderung der Gruppen. Eine post-hoc-Analyse (Scheffé) ergab bei der Skala Depression, dass die Gruppe, die weniger als 21 Einheiten erhalten hatte, eine signifikant größere Veränderung aufwies, als die Gruppe, die 21 bis 30 Einheiten (p = ,036) erhalten hatte. Von der Gruppe, die mehr als 30 Einheiten lang behandelt wurde, unterschied sie sich

knapp nicht signifikant (p = ,054). In der Skala Phobische Angst gab es einen signifikanten Unterschied in der Veränderung zwischen KlientInnen, die weniger als 21 Einheiten erhalten hatten, und denen, die mehr als 30 Einheiten lang behandelt wurden. Bei den Personen, die weniger Einheiten absolviert hatten, hatten sich die Werte stärker verändert (post-hoc-Test nach Scheffé: p = ,044). In der Veränderung des GSI-Wertes gab es zwar keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, allerdings war auch hier ein großer Effekt zu erkennen, der tendenziell auf eine größere Veränderung der Gruppe mit den wenigsten absolvierten Behandlungseinheiten hinwies (*Tabelle 37*).

Zu diesen Analysen muss angemerkt werden, dass die Gruppe, die eine kurze Behandlung erhalten hatte, aus nur vier Personen bestand. Die Interpretierbarkeit ist aufgrund dieser geringen Anzahl möglicherweise eingeschränkt.

Die H1 (4a.2) kann für die BSI-Skalen Phobische Angst und Depressivität angenommen werden, für die anderen Skalen wird die H0 beibehalten.

Tabelle 36. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	$M_k(SD)$	$M_m(SD)$	$M_l(SD)$	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II	n = 4	n = 10	n = 13				
	t1: 33,50 (10,88)	t1: 25,80 (11,66)	t1: 31,69 (12,18)				
	t2: 5,50 (4,44)	t2: 14,90 (9,92)	t2: 16,31 (8,70)				
Prä-Post				1	39,405	**< ,001****	,621
Prä-Post x Anzahl				2	22,388	,113	,166
Anzahl				2	0,805	,459	,063
BSI							
Somatisierung	n = 4	n = 11	n = 14				
	t1: 64,75 (6,29)	t1: 65,73 (11,68)	t1: 65,38 (11,26)				
	t2: 52,50 (10,34)	t2: 59,64 (9,23)	t2: 58,77 (14,55)				
Prä-Post				1	17,214	**< ,001****	,408
Prä-Post x Anzahl				2	0,693	,510	,053
Anzahl				2	0,221	,803	,017
Zwang	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 75,00 (6,63)	t1: 65,27 (10,61)	t1: 70,38 (10,51)				
	t2: 57,25 (6,08)	t2: 55,82 (13,73)	t2: 64,00 (8,02)				
Prä-Post				1	40,409	**< ,001****	,618
Prä-Post x Anzahl				2	2,964	,070	,192
Anzahl				2	1,532	,236	,109
Unsicherheit	n = 4	n = 11	n = 24				
	t1: 71,50 (14,46)	t1: 58,91 (8,20)	t1: 63,08 (11,99)				
	t2: 56,25 (11,32)	t2: 54,27 (11,35)	t2: 60,00 (11,06)				
Prä-Post				1	9,613	**,005****	,278
Prä-Post x Ansatz				2	1,770	,191	,124
Ansatz				2	1,207	,316	,088
Depressivität[a]	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 72,75 (14,50)	t1: 65,18 (11,36)	t1: 70,46 (9,60)				
	t2: 47,00 (10,10)	t2: 57,73 (10,87)	t2: 61,38 (10,16)				

Ängstlichkeit	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 72,25 (9,61)	t1: 66,27 (14,53)	t1: 67,77 (10,61)				
	t2: 55,00 (7,39)	t2: 56,27 (11,93)	t2: 56,00 (12,11)				
Prä-Post				1	31,143	**< ,001****	,555
Prä-Post x Ansatz				2	0,660	,526	,050
Ansatz				2	0,072	,931	,006
Aggression	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 67,00 (7,44)	t1: 57,45 (11,42)	t1: 67,77 (9,88)				
	t2: 53,50 (5,20)	t2: 52,91 (11,38)	t2: 57,62 (8,64)				
Prä-Post				1	13,322	**,001****	,348
Prä-Post x Ansatz				2	1,076	,356	,079
Ansatz				2	2,715	,086	,178
Phobie[a]	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 74,00 (12,00)	t1: 64,18 (15,37)	t1: 65,85 (12,61)				
	t2: 54,00 (6,68)	t2: 57,45 (15,23)	t2: 64,92 (13,50)				
Paranoia	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 72,00 (7,44)	t1: 64,82 (8,66)	t1: 65,62 (12,67)				
	t2: 55,75 (10,90)	t2: 55,27 (10,87)	t2: 62,62 (11,17)				
Prä-Post				1	17,253	**< ,001****	,408
Prä-Post x Ansatz				2	2,676	,089	,176
Ansatz				2	0,607	,553	,046
Psychotizismus	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 74,00 (8,49)	t1: 61,64 (13,25)	t1: 66,69 (12,26)				
	t2: 52,00 (10,46)	t2: 56,64 (9,47)	t2: 62,15 (10,80)				
Prä-Post				1	14,889	**,001****	,373
Prä-Post x Ansatz				2	3,194	,058	,204
Ansatz				2	0,965	,395	,072
GSI[a]	n = 4	n = 11	n = 13				
	t1: 75,50 (9,00)	t1: 69,27 (11,59)	t1: 73,15 (8,76)				
	t2: 54,75 (9,54)	t2: 58,55 (14,58)	t2: 65,15 (8,77)				

GAF	n = 2	n = 5	n = 8				
	t1: 58,50 (4,95)	t1: 53,00 (13,29)	t1: 45,12 (9,09)				
	t2: 84,00 (5,66)	t2: 61,40 (26,88)	t2: 57,13 (7,88)				
Prä-Post				1	15,039	**,002****	,556
Prä-Post x Ansatz				2	1,248	,322	,172
Ansatz				2	2,179	,156	,266

Anmerkungen. ***p* ≤ 0,01; $_k$: kurze Behandlung < 21 Einheiten, $_m$: mittellange Behandlung 21–30 Einheiten, $_l$: lange Behandlung > 30 Einheiten, [a] Normalverteilung nicht gegeben.

Tabelle 37. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der Psychotherapie.hotherapie.

Quelle der Varianz	$M_k(SD)$	$M_m(SD)$	$M_l(SD)$	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BSI Depressivität	n = 4	n = 11	n = 13	2/25	4,090	**,029***	,247
	25,75 (15,33)	7,45 (12,57)	9,08 (8,84)				
Differenz BSI Phobische Angst	n = 4	n = 11	n = 13	2/25	3,580	**,043***	,223
	20,00 (6,68)	6,73 (11,30)	0,92 (14,48)				
Differenz GSI	n = 4	n = 11	n = 13	2/25	1,941	,165	,134
	20,75 (7,41)	10,73 (14,55)	8,00 (8,77)				

Anmerkungen. *p ≤ 0,05; $_k$: kurze Behandlung < 21 Einheiten, $_m$: mittellange Behandlung 21–30 Einheiten, $_l$: lange Behandlung > 30 Einheiten.

5. Fragestellungen zu Zufriedenheit/Beziehung

5a) Gibt es Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie?

Da für die Analyse nur der Fragebogen zum Behandlungsende relevant ist, wurden hier all jene Personen mit einbezogen, die einen Fragebogen zum zweiten Evaluationszeitpunkt ausgefüllt hatten.
Die Personen, die eine klinisch-psychologische oder eine psychotherapeutische Behandlung erhalten hatten, unterschieden sich weder in der Erfolgszufriedenheit ($t(193) = 0{,}56$; $p = ,574$) noch in der Beziehungszufriedenheit ($t(193) = ,92$; $p = ,921$) oder der Gesamtzufriedenheit ($t(193) = 0{,}40$; $p = ,689$). Die Details sind in *Tabelle 38* dargestellt.
Für die Fragestellung (5a) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 38. t-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Personen mit klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung.

	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	df	*t*	*p*
HAQ-Erfolgs-zufriedenheit	n = 159 24,97 (3,88)	n = 36 24,56 (4,68)	193	0,563	,574
HAQ-Beziehungs-zufriedenheit	n = 159 32,79 (3,44)	n = 36 32,72 (3,62)	193	0,100	,921
HAQ-Gesamt-zufriedenheit	n = 159 57,76 (6,39)	n = 36 57,28 (7,19)	193	0,400	,689

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

5b) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Veränderung der Werte durch die Behandlung?

Die Differenzen für BDI-II, BSI und GAF wurden so gebildet, dass ein positiver Wert eine Verbesserung bedeutet (BDI-II t1-t2, BSI t1-t2, GAF t2-t1).
In der Gruppe der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung korrelierten die Beziehungszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit mit allen untersuchten Skalen signifikant. Auch die Beziehungszufriedenheit wies mit einigen Skalen einen signifikanten Zusammenhang mit kleinen bis mittelgroßen

Effektstärken auf (GSI, Somatisierung, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Paranoides Denken und GAF).

Tabelle 39. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang der HAQ-Skalen mit der Veränderung der Werte bei KlientInnen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung.

Prä-Post-Differenz	**Klinisch-psychologische Behandlung**			**Psychotherapie**		
	HAQ-Gesamt (n = 127/ n_{GAF} = 95)	**HAQ-Beziehung** (n = 127/ n_{GAF} = 95)	**HAQ-Erfolg** (n = 127/ n_{GAF} = 95)	**HAQ-Gesamt** (n = 30/ n_{GAF} =22)	**HAQ-Beziehung** (n = 30/ n_{GAF} = 22)	**HAQ-Erfolg** (n = 30/ n_{GAF} = 22)
BDI-II (n_1 = 128/n_2 = 29)	**,362****	,158	**,454****	,098	-,106	,268
BSI						
Somatisierung (n_1 = 131/n_2 = 29)	**,291****	**,192***	**,309****	,081	-,099	,237
Zwanghaftigkeit (n_1 = 131/n_2 = 29)	**,307****	,114	**,403****	,215	-,019	**,395***
Unsicherheit (n_1 = 130/n_2 = 29)	**,289****	**,192***	**,307****	,357	,058	**,568****
Depressivität (n_1 = 131/n_2 = 29)	**,326****	,131	**,419****	,033	-,168	,222
Ängstlichkeit (n_1 = 130/n_2 = 29)	**,364****	**,233****	**,390****	,162	,028	,256
Aggressivität (n_1 = 130/n_2 = 29)	**,312****	,173	**,359****	,226	,072	,325
Phobische Angst (n_1 = 130/n_2 = 29)	**,232****	,137	**,260****	,196	-,080	**,421***
Paranoides Denken (n_1 = 131/n_2 = 29)	**,335****	**,262****	**,320****	,247	-,074	**,503****
Psychotizismus (n_1 = 131/n_2 = 29)	**,228****	,100	**,287****	,138	-,057	,297
GSI (n_1 = 128/n_2 = 29)	**,380****	**,194***	**,453****	,226	-,043	**,438***
GAF (n_1=86/n_2=16)	**,457****	**,319****	**,453****	,128	-,168	,362

Anmerkungen. *p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01.

In der Gruppe der Psychotherapie-KlientInnen wurden signifikante Zusammenhänge mit einigen Skalen nur für die Erfolgszufriedenheit gefunden (GSI, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Phobische Angst, Paranoides Denken). Allerdings gab es auch mittlere Effektstärken für den nicht signifikanten Zusammenhang von HAQ-Erfolgszufriedenheit mit der Skala Aggressivität und dem GAF. Der HAQ-Gesamtwert korrelierte zwar nicht signifikant aber mit einem mittelgroßen Effekt mit der BSI-Skala Unsicherheit (*Tabelle 39*).

Für den Zusammenhang vom HAQ-Gesamtwert und der HAQ-Skala Erfolgszufriedenheit mit BDI-II, allen BSI-Skalen und GAF kann die Alternativhypothese H1 (5b.1) angenommen werden. Für die HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit gilt die H1 (5b.1) für die BSI-Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Paranoides Denken den GSI und den GAF. Für die anderen Skalen wird die H0 (5b.1) beibehalten.

Die H0 (5b.2) muss für die HAQ-Gesamtskala und die HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit beibehalten werden. Die H1 (5b.2) kann für den Zusammenhang von HAQ-Erfolgszufriedenheit mit den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Phobische Angst, Paranoides Denken sowie für den GSI angenommen werden. Für die anderen Bereiche bleibt die H0 (5b.2) auch für die Erfolgszufriedenheit bestehen.

6. Fragestellungen zum Einfluss der Anzahl der Komorbiditäten

Für die Analysen wurden die KlientInnen in drei Gruppen mit Personen mit 1, 2 oder 3 und mehr F-Diagnosen eingeteilt. Abhängige Variablen waren jeweils die Skalenwerte des BSI, der BDI-II und der GAF.

Die Analysen zur Überprüfung der Unterschiede in der Veränderung der Skalen-Werte zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt wurden getrennt für die zwei Behandlungsarten durchgeführt. Für die Analysen des GAF-Wertes wurden nur Personen einbezogen, für die es aus der Selbst- und Fremdbeurteilung zu zwei Zeitpunkten Daten gab. Für die Analysen bezüglich BSI- und BDI-II-Veränderung waren nur die Selbstbeurteilungen vor und nach der Behandlung relevant.

Die Berechnungen erfolgten getrennt für die klinisch-psychologische Behandlung und die Psychotherapie.

6a.1 Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung mit unterschiedlicher Anzahl an Diagnosen?

Für die BSI-Skalen Depressivität, Aggressivität, Psychotizismus sowie für den GAF und den BDI-II konnten für die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungen berechnet werden. Die Ergebnisse zeigten in allen Skalen signifikante Zeiteffekte (alle $p <$,001) mit großen Effektstärken (η^2_p von ,222 bis ,640). Zwischen den Personen mit 1, 2 oder mehr F-Diagnosen gab es jedoch keine signifikanten Unterschiede in den Werteniveaus. Auch signifikante Wechselwirkungen waren nicht zu beobachten (*Tabelle 40*).

Für die BSI-Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit waren die Voraussetzungen der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung verletzt. Daher wurden für diese Skalen die Differenzwerte von Prä- und Post-Zeitpunkt zwischen den Personen mit 1, 2 oder mehr F-Diagnosen mit einfaktoriellen Varianzanalysen verglichen. Die Differenzwerte der Gruppen unterschieden sich nicht signifikant (*Tabelle 41*).

Für die Gesamtskala GSI und die Skalen Phobische Angst und Paranoides Denken waren bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung die Voraussetzungen der zweifaktoriellen Vairanzanalyse mit Messwiederholung und die Normalverteilung der Prä-Post-Differenzwerte nicht gegeben. Daher wurde für diese Skalen als nonparametrische Alternative zur einfaktoriellen Varianzanalyse ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet. Hier waren in der Veränderung von Prä- zu Post-Zeitpunkt wiederum keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen auszumachen (*Tabelle 42*).

Für die Fragestellung (6a.1) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 40. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	$M^{K1}(SD)$	$M^{K2}(SD)$	$M^{K3+}(SD)$	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II	n = 64	n = 28	n = 16				
	t1: 24,80 (10,14)	t1: 26,14 (11,04)	t1: 29,63 (9,93)				
	t2 : 12,73 (11,42)	t2: 13,04 (11,01)	t2: 16,38 (13,79)				
Prä-Post				1	99,950	**< ,001****	,488
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,122	,886	,002
Komorbiditäten				2	1,283	,281	,024
BSI							
Somatisierung[a]	n = 65	n = 28	n = 16				
	t1: 64,65 (11,80)	t1: 64,75 (9,74)	t1: 67,63 (7,07)				
	t2: 58,29 (11,18)	t2: 57,32 (10,82)	t2: 61,75 (11,62)				
Zwanghaftigkeit[a]	n = 65	n = 28	n = 16				
	t1: 65,94 (11,80)	t1: 66,25 (10,04)	t1: 69,06 (7,03)				
	t2: 57,88 (12,31)	t2: 56,86 (13,72)	t2: 59,81 (14,01)				
Unsicherheit[a]	n = 64	n = 28	n = 16				
	t1: 64,67 (10,88)	t1: 68,11 (11,69)	t1: 66,75 (11,77)				
	t2: 57,45 (11,74)	t2: 56,11 (13,63)	t2: 60,31 (16,19)				
Depressivität	n = 65	n = 28	n = 16				
	t1: 67,89 (9,10)	t1: 69,07 (7,88)	t1: 70,44 (7,38)				
	t2: 57,00 (11,90)	t2: 57,39 (13,71)	t2: 61,75 (14,25)				
Prä-Post				1	60,921	**< ,001****	,365
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,331	,719	,006
Komorbiditäten				2	1,036	,358	,019
Ängstlichkeit[a]	n = 65	n = 27	n = 16				
	t1: 63,69 (12,79)	t1: 66,63 (11,61)	t1: 73,25 (8,83)				
	t2: 56,22 (12,75)	t2: 55,85 (12,38)	t2: 61,44 (12,82)				
Aggressivität	n = 65	n = 27	n = 16				
	t1: 60,46 (11,81)	t1: 62,52 (11,65)	t1: 63,94 (7,18)				
	t2: 53,91 (13,14)	t2: 53,67 (11,47)	t2: 56,50 (13,76)				

Prä-Post				1	29,903	**< ,001****	,222
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,334	,717	,006
Komorbiditäten				2	0,559	,573	,011
Phobische Angst[a]	n = 65	n = 28	n = 16				
	t1: 63,29 (12,18)	t1: 64,00 (14,00)	t1: 70,00 (12,79)				
	t2: 56,02 (11,60)	t2: 57,11 (14,68)	t2: 65,06 (13,46)				
Paranoides Denken[a]	n = 65	n = 28	n = 16				
	t1: 65,65 (10,55)	t1: 68,04 (8,95)	t1: 68,56 (9,11)				
	t2: 59,71 (11,41)	t2: 58,64 (13,55)	t2: 62,06 (13,39)				
Psychotizismus	n = 65	n = 28	n = 16				
	t1: 65,71 (10,67)	t1: 64,43 (12,00)	t1: 66,44 (11,72)				
	t2: 58,55 (11,69)	t2: 57,46 (12,99)	t2: 60,88 (15,43)				
Prä-Post				1	32,197	**< , 001****	,233
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,155	,857	,003
Komorbiditäten				2	0,328	,721	,006
GSI[a]	n = 63	n = 27	n = 16				
	t1: 69,11 (10,73)	t1: 70,81 (10,15)	t1: 74,38 (7,18)				
	t2: 59,43 (13,75)	t2: 57,00 (16,71)	t2: 62,56 (17,44)				
GAF	n = 51	n = 24	n = 11				
	t1: 56,88 (8,74)	t1: 51,75 (11,05)	t1: 52,73 (8,19)				
	t2: 72,63 (12,75)	t2: 68,25 (12,01)	t2: 72,55 (9,63)				
Prä-Post				1	147,873	**< ,001****	,640
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,623	,539	,015
Komorbiditäten				2	2,106	,128	,048

Anmerkungen. ***p* ≤ 0,01; [K1] eine F-Diagnose, [K2] zwei F-Diagnosen, [K3+] mehr als zwei F-Diagnosen, [a] Normalverteilung nicht gegeben.

Tabelle 41. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	M^{1K}(*SD*)	M^{2K}(*SD*)	M^{3K+}(*SD*)	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BSI	n = 65	n = 28	n = 16	2/106	0,149	,862	,003
Somatisierung	6,35 (9,98)	7,43 (11,65)	5,88 (8,62)				
Differenz BSI	n = 64	n = 28	n = 16	2/32,98	1,613	,215	,035
Unsicherheit[a]	7,22 (9,80)	12,00 (12,94)	6,44 (13,71)				
Differenz BSI	n = 65	n = 27	n = 16	2/106	0,141	,869	,003
Zwang	8,06 (11,31)	9,39 (13,61)	9,25 (14,34)				
Differenz BSI	n = 65	n = 28	n = 16	2/105	1,087	,341	,020
Ängstlichkeit	7,48 (12,70)	10,78 (14,40)	11,81 (10,94)				

Anmerkungen. ^{K1} eine F-Diagnose, ^{K2} zwei F-Diagnosen, $^{K3+}$ mehr als zwei F-Diagnosen, [a] Homogenität der Varianzen nicht gegeben: Korrektur nach Welch.

Tabelle 42. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung.

Quelle der Varianz	Mitt. $Rang_{1K}$	Mitt. $Rang_{2K}$	Mitt. $Rang_{3K+}$	df	χ^2	*p*	η^2_p
Differenz GSI	n = 63	n = 27	n = 16	2	0,588	,745	,006
	51,83	57,24	53,75				
Differenz BSI	n = 65	n = 28	n = 16	2	1,445	,486	,012
Phobische Angst	57,85	51,88	48,91				
Differenz: BSI	n = 65	n = 28	n = 16	2	0,549	,760	,005
Paranoides Denken	54,04	58,68	52,47				

Anmerkungen. ^{K1} eine F-Diagnose, ^{K2} zwei F-Diagnosen, $^{K3+}$ mehr als zwei F-Diagnosen.

6a.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung bei KlientInnen der Psychotherapie mit unterschiedlicher Anzahl an Diagnosen?

Für den BDI-II, die BSI-Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und den GAF war für die KlientInnen der Psychotherapie die Durchführung von zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen möglich. Der Zeiteffekt war für den BDI-II, die Skalen Somatisierung, Depressivität, Paranoia und den GAF mit großen Effektstärken (η^2_p zwischen ,182 und ,567) signifikant ($p < ,05$ bzw. $p < ,01$). Bei den Skalen Unsicherheit ($\eta^2_p = ,117$) und Phobische Angst ($\eta^2_p = ,111$) gab es keine signifikante Verbesserung, allerdings waren mittlere Effektstärken zu beobachten. Beim BDI-II ($p = ,005$; $\eta^2_p = ,391$) gab es einen signifikanten Unterschied im Faktor „Komorbiditäten“, was bedeutete, dass im Niveau zu Beginn und zum Ende der Behandlung Gruppenunterschiede vorlagen. Im post-hoc-Test (Scheffé) konnte festgestellt werden, dass die Gruppe mit mehr als zwei F-Diagnosen im Vergleich zu den Personen mit einer ($p = ,006$) und mit zwei ($p = ,032$) Diagnosen signifikant höhere Werte aufwies. Auch bei der Skala Somatisierung ($p = ,042$; $\eta^2_p = ,260$) gab es einen signifikanten Effekt des Faktors „Komorbiditäten“. Bei der Überprüfung anhand eines post-hoc-Tests (Scheffé) zeigte sich, dass die KlientInnen mit drei oder mehr F-Diagnosen höhere Mittelwerte aufwiesen als die Personen mit zwei F-Diagnosen ($p = ,046$). In den anderen Skalen gab es im Faktor „Komorbiditäten“ zwar keine signifikanten Gruppenunterschiede, allerdings waren in der BSI-Skala Depressivität ($\eta^2_p = ,201$) und im GAF ($\eta^2_p = ,260$) große Effekte und in den Skalen Unsicherheit ($\eta^2_p = ,118$), Phobische Angst ($\eta^2_p = ,098$) und Paranoides Denken ($\eta^2_p = ,097$) mittlere Effekte zu erkennen. In der graphischen Betrachtung hatten in den Skalen Depressivität, Unsicherheit, Phobische Angst und Paranoides Denken die Personen mit drei oder mehr F-Diagnosen tendenziell höhere Werte. Im GAF schienen Personen mit nur einer Diagnose bessere Werte als die anderen beiden Gruppen zu haben.

Im Ausmaß der Veränderung der Werte gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen, allerdings wiesen die Effektstärken bei der Skala Paranoides Denken ($\eta^2_p = ,200$) und beim GAF ($\eta^2_p = ,184$) auf große Effekte hin. Graphisch betrachtet schienen sich die Werte in der Skala Paranoides Denken für

KlientInnen mit einer oder zwei Diagnosen zu verbessern, während sie sich bei den KlientInnen mit drei oder mehr Diagnosen verschlechterten. In der graphischen Betrachtung der GAF-Werte schienen Personen mit zwei Diagnosen eine geringere Verbesserung der Werte zu haben als die Personen in den anderen Gruppen (*Tabelle 43*).

Für die BSI-Skalen Psychotizismus, Zwang, Aggression und die Gesamtskala GSI war die Durchführung einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholungen aufgrund von Verletzung der Voraussetzungen nicht möglich. Daher wurde die Prä-Post-Differenz gebildet und zwischen den drei Gruppen mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen. Hier gab es keine signifikanten Unterschiede der Veränderung von Prä- zu Post-Wert zwischen den Personen mit einer, zwei oder mehr als zwei F-Diagnosen. In der Skala Psychotizismus gab es allerdings einen mittleren Effekt (η^2_p = ,099), was in der graphischen Betrachtung darauf hinwies, dass sich Personen mit drei oder mehr Diagnosen tendenziell weniger verändert hatten als die anderen (*Tabelle 44*).

Da für die BSI-Skala Ängstlichkeit die Voraussetzungen der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung nicht gegeben waren und der Prä-Post-Differenzwert nicht normalverteilt war, wurde als nonparametrische Alternative zur einfaktoriellen Varianzanalyse ein Kruskal-Wallis-Test angewendet. Es gab keinen signifikanten Gruppenunterschied zwischen Personen mit einer, zwei oder mehr als zwei F-Diagnosen, allerdings war ein mittlerer Effekt (η^2_p = ,061) zu erkennen. Graphisch betrachtet scheinen Personen mit drei oder mehr Diagnosen eine tendenziell größere Veränderung durchgemacht zu haben (*Tabelle 45*).

Für die Fragestellung (6a.2) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 43. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	M_{1K} (*SD*)	M_{2K}(*SD*)	M_{3K+}(*SD*)	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II	n = 12	n = 8	n = 4				
	t1: 25,92 (11,06)	t1: 27,88 (12,18)	t1: 42,25 (3,78)				
	t2: 10,00 (6,18)	t2: 12,63 (8,98)	t2: 20.50 (14,27)				
Prä-Post				1	27,632	**< ,001****	,568
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,285	,755	,026
Komorbiditäten				2	6,746	**,005****	,391
BSI							
Somatisierung	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 64,73 (10,92)	t1: 61,44 (10,54)	t1: 74,75 (6,19)				
	t2: 57,55 (11,85)	t2: 55,22 (9,51)	t2: 71,25 (6,18)				
Prä-Post				1	6,950	**,015***	,249
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,219	,805	,020
Komorbiditäten				2	3,697	**,042***	,260
Zwanghaftigkeit[a]	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 64,91 (9,03)	t1: 67,56 (11,96)	t1: 78,50 (3,00)				
	t2:55,18 (9,03)	t2: 57,33 (11,76)	t2: 71,75 (6,02)				
Unsicherheit	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 61,18 (11,67)	t1: 63,00 (11,34)	t1: 67,00 (11,75)				
	t2: 55,36 (9,09)	t2: 54,78 (10,70)	t2: 66,75 (14,68)				
Prä-Post				1	2,773	,111	,117
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,540	,591	,049
Komorbiditäten				2	1,405	,268	,118
Depressivität	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 65,27 (12,16)	t1: 67,67 (12,60)	t1: 75,50 (4,20)				
	t2: 54,82 (9,66)	t2: 54,56 (12,23)	t2: 67,75 (10,05)				
Prä-Post				1	11,845	**,002****	,361
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,234	,794	,022
Komorbiditäten				2	2,639	,095	,201

Ängstlichkeit[a]	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 63,18 (13,82)	t1: 69,56 (11,08)	t1: 77,00 (2,00)				
	t2: 52,55 (9,43)	t2: 57,22 (12,59)	t2: 62,75 (12,04)				
Aggressivität[c]	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 57,91 (12,11)	t1: 62,56 (7,96)	t1: 75,50 (5,26)				
	t2: 51,64 (8,64)	t2: 53,67 (8,54)	t2: 64,00 (8,98)				
Phobische Angst	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 64,91 (14,92)	t1: 66,11 (14,02)	t1: 71,25 (11,12)				
	t2: 55,45 (13,32)	t2: 61,44 (14,93)	t2: 70,25 (11,84)				
Prä-Post				1	2,620	,120	,111
Prä-Post x Komorbiditäten				2	0,636	,539	,057
Komorbiditäten				2	1,136	,340	,098
Paranoides Denken	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 68,55 (9,41)	t1: 65,89 (11,31)	t1: 67,25 (7,63)				
	t2: 57,82 (10,96)	t2: 56,78 (11,37)	t2: 71,00 (6,32)				
Prä-Post				1	4,687	**,042***	,182
Prä-Post x Komorbiditäten				2	2,632	,096	,200
Komorbiditäten				2	1,131	,342	,097
Psychotizismus[b]	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 64,09 (12,48)	t1: 63,33 (16,02)	t1: 70,00 (9,09)				
	t2:53,45 (6,65)	t2: 55,78 (9,76)	t2: 71,50 (7,37)				
GSI[c]	n = 11	n = 9	n = 4				
	t1: 68,73 (10,77)	t1: 70,78 (10,11)	t1: 80,00 (0,00)				
	t2: 57,36 (10,67)	t2: 58,89 (13,77)	t2: 73,25 (5,12)				
GAF	n = 6	n = 4	n = 4				
	t1: 56,67 (14,47)	t1: 50,83 (7,44)	t1: 41,50 (6,56)				
	t2: 76,50 (20,52)	t2: 57,67 (21,56)	t2: 56,75 (3,95)				
Prä-Post				1	17,051	**,001****	,567
Prä-Post x Komorbiditäten				2	1,466	,267	,184
Komorbiditäten				2	2,281	,142	,260

Anmerkungen. $*p \leq 0{,}05$, $**p \leq 0{,}01$; ^{K1} eine F-Diagnose, ^{K2} zwei F-Diagnosen, $^{K3+}$ mehr als zwei F-Diagnosen, [a] Normalverteilung nicht gegeben, [b] Gleichheit der Kovarianzmatrizen nicht gegeben, [c] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben.

Tabelle 44. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	$M_{1K}(SD)$	$M_{2K}(SD)$	$M_{3K+}(SD)$	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BSI Psychotizismus	n = 11	n = 9	n = 4	2/21	1,151	,336	,099
	10,64 (14,56)	7,56 (15,06)	-1,50 (1,91)				
Differenz BSI Zwanghaftigkeit	n = 11	n = 9	n = 4	2/21	0,202	,819	,019
	9,73 (6,83)	10,22(12,61)	6,75 (5,85)				
Differenz BSI Aggressivität	n = 11	n = 9	n = 4	2/21	0,276	,762	,026
	6,27(13,88)	8,89 (12,06)	11,50 (9,68)				
Differenz GSI	n = 11	n = 9	n = 4	2/21	0,259	,774	,024
	11,36	11,89	6,75				

Anmerkungen. ^{K1} eine F-Diagnose, ^{K2} zwei F-Diagnosen, $^{K3+}$ mehr als zwei F-Diagnosen.

Tabelle 45. Kruskal-Wallis-Test mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der Psychotherapie.

Quelle der Varianz	**Mitt. Rang$_{K1}$**	**Mitt. Rang$_{K2}$**	**Mitt. Rang$_{K3+}$**	**df**	χ^2	*p*	η^2_p
Differenz BSI Ängstlichkeit	n= 11	n = 9	n = 4	2	1,451	,484	,061
	12,55	10,89	16,00				

Anmerkungen. ^{K1} eine F-Diagnose, ^{K2} zwei F-Diagnosen, $^{K3+}$ mehr als zwei F-Diagnosen.

7. Fragestellung zum Einfluss des Ausmaßes der Belastung

7a) Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Belastung und der Veränderung der Werte bei KlientInnen der klinisch-psychologischen oder der psychotherapeutischen Behandlung?

Mit dieser Frage wurde überprüft, ob die Differenzen von BDI-II, BSI-Skalenwerten und GAF von t1 und t2 einen Zusammenhang mit dem selbst eingeschätzten Wert der Beeinträchtigung im Alltag vom Beginn der Behandlung aufweisen.
Die Differenzen für BDI-II, BSI und GAF wurden so gebildet, dass ein positiver Wert eine Verbesserung bedeutet (BDI-II t1-t2, BSI t1-t2, GAF t2-t1). Für die Analysen bezüglich BDI-II und BSI mussten Selbstbeurteilungen zu Beginn und zum Ende der Behandlung vorliegen. Für alle Analysen, die GAF-Werte mit einbezogen, wurden nur KlientInnen berücksichtigt, für die zu Beginn und zum Ende der Behandlung Selbst- und Fremdbeurteilungen vorlagen.

Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gab es nur im BDI-II und in der BSI-Skala Somatisierung signifikante Zusammenhänge mit kleinen Effekten zwischen Belastung zu Beginn der Behandlung und Veränderung der Werte. Bei den KlientInnen der Psychotherapie waren die Zusammenhänge im BDI-II und in den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus und in der Gesamtskala GSI signifikant mit mittleren bis großen Effekten. Zusätzlich gab es mittlere Effektstärken für die nicht signifikanten Zusammenhange mit Aggressivität und GAF (Tabelle 46).
Für den BDI-II und die BSI-Skala Somatisierung kann die Alternativhypothese H1 (7a.1) angenommen werden, für die anderen Skalen bleibt die H0 (7a.1) bestehen.
Für den BDI-II und die BSI-Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus und den GSI kann die H1 (7a.2) angenommen werden, für die anderen Skalen wird die H0 (7a.2) beibehalten.

Tabelle 46. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang der Auswirkung der psychischen Beschwerden auf tägliche Aktivitäten am Anfang der Behandlung mit der Veränderung der Werte.

	Beeinträchtigung der tägliche Aktivität zu Beginn der Behandlung	
	klinisch-psychologische Behandlung	**Psychotherapie**
Prä-Post-Differenzwert	(n = 130/n_{GAF} = 96)	(n = 29/n_{GAF} = 22)
BDI-II (n_1 = 128/n_2 = 29)	**,234****	**,535****
BSI		
Somatisierung (n_1 = 131/n_2 = 29)	**,185***	,061
Zwanghaftigkeit (n_1 = 131/n_2 = 29)	,060	**,476***
Unsicherheit (n_1 = 130/n_2 = 29)	,064	,213
Depressivität (n_1 = 131/n_2 = 29)	-,002	**,379***
Ängstlichkeit (n_1 = 130/n_2 = 29)	,147	,241
Aggressivität (n_1 = 130/n_2 = 29)	,040	,347
Phobische Angst (n_1 = 131/n_2 = 29)	,129	**,566****
Paranoides Denken (n_1 = 131/n_2 = 29)	,063	**,430***
Psychotizismus (n_1 = 131/n_2 = 29)	,098	**,416***
GSI (n_1 = 128/n_2 = 29)	,029	**,430***
GAF (n_1 =86/n_2 = 16)	-,036	,305

Anmerkungen. *p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01.

8. Fragestellungen zur Wirksamkeit der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung

8a) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung?

Um zu prüfen, ob es in der Veränderung der Werte vom Prä- zum Post-Zeitpunkt Unterschiede zwischen den KlientInnen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung gab, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Im BDI-II und in den BSI-Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst und Paranoides Denken sowie im

GAF waren die Voraussetzungen dafür gegeben. In allen diesen Skalen verbesserte sich der eingeschätzte Grad der Belastung der KlientInnen signifikant (alle $p < ,001$). Es waren große Effektstärken von $\eta^2_p = ,178$ bis $\eta^2_p = ,487$ zu beobachten. Einen signifikanten Unterschied der Werte zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen und der psychotherapeutischen Behandlung oder eine Wechselwirkung zwischen Behandlungsansatz und Prä-Post-Veränderung gab es in keiner der erhobenen Skalen (*Tabelle 47*).

In der BSI-Skala Psychotizismus waren die Voraussetzungen für eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung nicht gegeben. Alternativ wurden die Prä-Post-Differenzen gebildet und die Gruppen mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Behandlungsarten (*Tabelle 48*).

Da für den GAF weder die Voraussetzungen für die zweifaktorielle Varianzanalyse noch für die Prä-Post-Differenz die Voraussetzung für eine einfache Varianzanalyse gegeben waren, wurde ein Kruskal-Wallis-Test berechnet. Es gab zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung keine Unterschiede in der Veränderung der Werte (*Tabelle 49*).

Für die Fragestellung (8a) wird die H0 beibehalten.

Tabelle 47. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung der Werte von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten.

Quelle der Varianz	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II	n = 128 t1: 26,09 (10,42) t2: 13,13 (11,43)	n = 29 t1:30,00 (11,40) t2:13,62 (9,15)				
Prä-Post			1	146,955	**< ,001****	,487
Prä-Post x Ansatz			1	138,139	,160	,013
Ansatz			1	1,381	,242	,009
BSI						
Somatisierung	n = 131 t1: 65,29 (10,90) t2: 58,85 (11,33)	n = 29 t2: 65,93 (10,71) t2: 58,00 (11,81)				
Prä-Post			1	52,583	**< ,001****	,250
Prä-Post x Ansatz			1	0,564	,454	,004
Ansatz			1	0,003	,960	,000
Zwanghaftigkeit	n = 131 t1: 66,62 (10,50) t2: 57,80 (12,82)	n = 29 t1: 69,28 (10,27) t2: 59,66 (10,72)				

Prä-Post			1	62,232	**< ,001****	,283
Prä-Post x Ansatz			1	0,118	,731	,001
Ansatz			1	1,206	,274	,008
Unsicherheit	n = 130	n = 29				
	t1: 66,17 (10,82)	t1: 63,14 (11,49)				
	t2: 57,46 (12,59)	t2: 56,83 (11,12)				
Prä-Post			1	41,785	**< ,001****	,210
Prä-Post x Ansatz			1	1,065	,304	,007
Ansatz			1	0,765	,383	,005
Depressivität	n = 131	n = 29				
	t1: 68,53 (8,66)	t1: 68,79(10,81)				
	t2: 57,98 (12,71)	t2: 57,86 (10,96)				
Prä-Post			1	78,640	**<,001****	,332
Prä-Post x Ansatz			1	0,026	,873	,000
Ansatz			1	0,001	,969	,000
Ängstlichkeit	n = 130	n = 29				
	t1: 66,12 (12,21)	t1: 68,10 (11,82)				
	t2: 56,58 (12,71)	t2: 55,93 (10,94)				
Prä-Post			1	68,794	**<,001****	,305
Prä-Post x Ansatz			1	1,006	,317	,006
Ansatz			1	0,096	,757	,001
Aggressivität	n = 130	n = 29				
	t1: 61,52 (11,25)	t1: 64,00 (11,11)				
	t2:54,14 (12,30)	t2: 54,55 (9,88)				
Prä-Post			1	44,252	**<,001****	,220
Prä-Post x Ansatz			1	0,671	,414	,004
Ansatz			1	0,519	,472	,003
Phobische Angst	n = 131	n = 29				
	t1: 65,02 (12,59)	t1: 66,83 (13,59)				
	t2:57,56 (12,87)	t2: 60,21 (13,66)				
Prä-Post			1	34,154	**<,001****	,178
Prä-Post x Ansatz			1	0,121	,729	,001
Ansatz			1	0,897	,345	,006
Paranoides	n = 131	n = 29				
Denken	t1: 66,65 (9,89)	t1:66,17 (10,36)				
	t2: 59,79 (12,00)	t2: 58,59 (11,05)				
Prä-Post			1	49,319	**<,001****	,238
Prä-Post x Ansatz			1	0,126	,723	,001
Ansatz			1	0,178	,674	,001
Psychotizismus[a]	n = 131	n = 29				
	t1: 65,72 (11,12)	t1:66,03 (12,41)				
	t2: 58,66 (12,62)	t2: 58,55 (10,36)				
GSI	n = 128	n = 29				
	t1: 70,54 (10,19)	t1: 72,24 (9,86)				
	t2: 59,33 (14,97)	t2: 60,79 (11,70)				
Prä-Post			1	76,159	**<,001****	,329
Prä-Post x Ansatz			1	0,008	,927	,000
Ansatz			1	0,512	,475	,003

GAF[a]	n = 86	n = 16
	t1:54,92 (9,58)	t1: 50,69 (11,56)
	t2:71,40 (12,23)	t2: 64,50 (19,77)

Anmerkungen. ***p* ≤ 0,01; Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, [a] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben.

Tabelle 48. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten.

Quelle der Varianz	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	df_z/df_i	*F*	*p*	η^2_p
Differenz BSI	n = 131	n = 29	1/35,74	0,026	,873	< ,001
Psychotizismus[a]	7,05 (10,39)	7,48 (13,47)				

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, [a] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben – korrigiert nach Welch.

Tabelle 49. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten.

Quelle der Varianz	Mitt. $Rang_1$	Mitt. $Rang_2$	df	χ^2	*p*	η^2_p
Differenz GAF	n= 86	n = 16	1	0,226	,635	,002
	52,10	48,28				

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

8b) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen den beiden Behandlungsarten bei KlientInnen mit Diagnosen aus verschiedenen Bereichen?

Es wurden nur Personen einbezogen, für die zum Beginn und zum Ende der Behandlung eine Selbstbeurteilung vorlag und zum Beginn der Behandlung eine Fremdbeurteilung (für die Analyse des GAF mussten zusätzlich Fremdbeurteilungen zum Ende vorliegen) ausgefüllt worden war, da die Diagnosen von den BehandlerInnen angegeben wurden. Die Personen, die aus mehr als einem der Bereiche (F40–F49: Neurotische-, Somatoforme oder Belastungsstörungen oder F30–39: Affektiven Störungen) eine Diagnose hatten, konnten nicht berücksichtigt werden.

Da die Anzahl der KlientInnen der Psychotherapie mit einer Burnout-Diagnose (Z73) ohne weitere Komorbiditäten zu gering war (n = 2), konnten nur für die anderen beiden Bereiche Analysen durchgeführt werden.

8b.1) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen KlientInnen mit klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung bei KlientInnen mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen?

Um zu prüfen, ob sich die Effekte der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung bei KlientInnen mit einer oder mehrerer Diagnosen aus dem Bereich F40–F49 (Neurotische-, Somatoforme oder Belastungsstörungen) unterscheiden, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet.

In den Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und in der Gesamtskala GSI waren die Voraussetzungen für das Verfahren erfüllt. In allen diesen Skalen außer bei der Somatisierung waren die Prä-Post-Veränderung mit mittleren bis großen Effektstärken (η^2_p zwischen ,111 und ,277) signifikant ($p < ,05$ bzw. $p < ,01$). Bei der Skala Somatisierung gab es keinen signifikanten Prä-Post-Effekt, aber die Wechselwirkung zwischen Zeit- und Gruppeneffekt war signifikant und die Effektstärke mittelgroß ($p = ,024$; $\eta^2_p = ,109$). Aus der graphischen Betrachtung ging hervor, dass, während die Werte der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung abnahmen, es bei den KlientInnen der Psychotherapie zu einem leichten Anstieg der Werte kam (*Tabelle 50*).

Für den BDI-II und die BSI-Skalen Zwang, Aggressivität und Psychotizismus und den GAF wurden die Voraussetzungen der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung nicht erfüllt. Daher wurden Differenzwerte der zwei Zeitpunkte berechnet und die Behandlungsgruppen mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen. Es gab keine Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen den Gruppen (*Tabelle 51*).

Für die BSI-Skala Somatisierung kann die H1 (8b.1) angenommen werden, für die anderen Skalen bleibt die H0 (8b.1) erhalten.

Tabelle 50. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen.

Quelle der Varianz	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	**df**	***F***	***p***	η^2_p
BDI-II[c]	n = 39	n = 7				
	t1: 24,36 (10,12)	t1: 28,00 (5,42)				
	t2: 12,05 (11,48)	t2: 10,86 (3,81)				
BSI						
Somatisierung	n = 40	n = 7				
	t1: 65,80 (10,14)	t1: 60,43 (13,70)				
	t2: 59,48 (11,30)	t2: 62,00 (13,94)				
Prä-Post			1	1,991	,165	,042
Prä-Post x Ansatz			1	5,494	**,024***	,109
Ansatz			1	0,111	,740	,002
Zwanghaftigkeit[c]	n = 40	n = 7				
	t1: 65,35 (11,71)	t1: 62,14 (6,31)				
	t2: 57,58 (12,59)	t2: 57,29 (6,21)				
Unsicherheit	n = 39	n = 7				
	t1: 65,08 (11,09)	t1: 62,57 (6,05)				
	t2: 56,41 (12,59)	t2: 56,14 (8,41))				
Prä-Post			1	11,857	**,001****	,212
Prä-Post x Ansatz			1	0,261	,612	,006
Ansatz			1	0,114	,738	,003
Depressivität	n = 40	n = 7				
	t1: 68,23 (8,43)	t1: 67,86 (5,96)				
	t2: 57,35 (10,93)	t2: 61,14 (6,59)				
Prä-Post			1	14,440	**< ,001****	,243
Prä-Post x Ansatz			1	0,808	,373	,018
Ansatz			1	0,312	,579	,007
Ängstlichkeit	n = 39	n = 7				
	t1: 62,51 (12,62)	t1: 66,71 (10,34)				
	t2: 55,51 (12,47)	t2: 57,14 (10,17)				
Prä-Post			1	10,375	**,002****	,191
Prä-Post x Ansatz			1	0,250	,620	,006
Ansatz			1	0,455	,504	,010
Aggressivität[b]	n = 39	n = 7				
	t1: 61,72 (10,04)	t1: 58,43 (8,42)				
	t2: 53,51 (12,56)	t2: 52,00 (5,00)				

Phobische Angst	n = 40	n = 7				
	t1: 62,65 (12,75)	t1: 63,14 (15,44)				
	t2: 54,43 (11,88)	t2: 60,14 (14,43)				
Prä-Post			1	5,593	**,022***	,111
Prä-Post x Ansatz			1	0,955	,334	,021
Ansatz			1	0,303	,583	,007
Paranoides	n = 40	n = 7				
Denken	t1: 65,65 (10,26)	t1: 68,71 (8,52)				
	t2: 60,35 (11,86)	t2: 58,57 (10,42)				
Prä-Post			1	16,172	**< ,001****	,264
Prä-Post x Ansatz			1	1,590	,214	,034
Ansatz			1	0,025	,874	,001
Psychotizismus[a]	n = 40	n = 7				
	t1: 64,30 (11,06)	t1: 63,14 (10,70)				
	t2: 58,55 (11,58)	t2: 56,86 (2,67)				
GSI	n = 38	n = 7				
	t1: 68,71 (9,64)	t1: 70,29 (8,10)				
	t2: 58,58 (13,88)	t2: 62,14 (8,47)				
Prä-Post			1	16,466	**< ,001****	,277
Prä-Post x Ansatz			1	0,195	,661	,005
Ansatz			1	0,381	,540	,009
GAF[c]	n = 30	n = 6				
	t1: 56,77 (9,01)	t1: 50,67 (10,99)				
	t2: 73,37 (11,37)	t2: 68,17 (18,87)				

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, [a] Normalverteilung nicht gegeben, [b] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben, [c] Gleichheit der Kovarianzmatrizen nicht gegeben

Tabelle 51. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen.

Quelle der Varianz	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	df_z/df_i	F	p	η^2_p
Differenz BDI-II	n = 39 12,31 (10,16)	n = 7 17,14 (7,80)	1/44	1,424	,239	,031
Differenz BSI Zwang[a]	n = 40 7,78 (10,79)	n = 7 4,86 (2,48)	1/41,43	2,247	,141	,090
Differenz BSI Agressivität	n = 39 8,21 (13,45)	n = 7 6,43 (7,18)	1/44	0,115	,737	,003
Differenz BSI Psychotizismus	n = 40 5,75 (10,67)	n = 7 6,29 (9,96)	1/45	0,015	,902	< ,001
Differenz GAF	n = 30 16,60 11,32)	n = 6 17,50 (8,31)	1/34	0,034	,855	,001

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, [a] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben – korrigiert nach Welch.

8b.2) Gibt es Unterschiede in der Veränderung der Werte durch die Behandlung zwischen KlientInnen mit klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung bei KlientInnen mit Affektiven Störungen?

Um zu prüfen, ob es bei KlientInnen mit Diagnosen aus dem Bereich der Affektiven Störungen (F30–39) einen Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen den Behandlungsarten gibt, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Der Prä-Post-Unterschied war in allen untersuchten Skalen mit mittleren bis großen Effektstärken (η^2_p zwischen ,115 und ,432) signifikant (p < ,05 bzw. p < ,01), es gab keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung oder im Niveau zwischen den Gruppen. Im GAF war im Faktor „Ansatz“ zwar kein signifikanter Unterschied, aber eine mittelgroße Effektstärke (η^2_p = ,115) zu beobachten, die darauf hinwies, dass die KlientInnen der Psychotherapie vor und nach der Behandlung tendenziell niedrigere Werte hatten (*Tabelle 52*).

Im BDI-II und in den BSI-Skalen Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit waren die Voraussetzungen für zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung nicht gegeben, daher wurden als Alternative Prä-Post-Differenzen gebildet und mit einfaktoriellen Varianzanalysen verglichen. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen den beiden Behandlungsarten (*Tabelle 53*).

Für die Gesamtskala GSI waren weder die Voraussetzungen für die zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung gegeben noch war die Prä-Post-Differenz normalverteilt. Daher wurde ein Kruskal-Wallis-Test zum Vergleich angewendet. Es gab zwischen den Behandlungsarten keinen Unterschied in der Veränderung der Werte im GSI (*Tabelle 54*).

Für die Fragestellung (8b.2) wir die H0 beibehalten.

Tabelle 52. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Affektiven Störungen.

Quelle der Varianz	***M*$_1$(*SD*)**	***M*$_2$(*SD*)**	**df**	***F***	***p***	**η^2_p**
BDI-II[a]	n = 31	n = 7				
	t1: 26,55 (9,39)	t1: 29,86 (12,83)				
	t2: 13,84 (12,68)	t2: 13,71 (6,75)				
BSI						
Somatisierung	n = 31	n = 7				
	t1: 63,74 (12,67)	t2: 67,00 (11,82)				
	t2: 57,97 (9,91)	t2: 56,71 (9,91)				
Prä-Post			1	10,74	**,002****	,230
Prä-Post x Ansatz			1	0,848	,363	,023
Ansatz			1	0,051	,823	,001
Zwanghaftigkeit[b,c]	n = 31	n = 7				
	t1: 66,42 (11,82)	t1: 75,86 (5,11)				
	t2: 57,16 (13,44)	t2: 65,71 (7,04)				
Unsicherheit	n = 31	n = 7				
	t1: 66,03 (11,45)	t1: 60,00 (13,81)				
	t2: 59,35 (12,84)	t2: 57,14 (10,68)				
Prä-Post			1	4,682	**,037***	,115
Prä-Post x Ansatz			1	0,752	,392	,020
Ansatz			1	0,802	,376	,022
Depressivität	n = 31	n = 7				
	t1: 68,61 (9,05)	t1: 67,43 (14,62)				
	t2: 56,06 (13,59)	t2: 55,71 (11,27)				
Prä-Post			1	27,398	**< ,001****	,432
Prä-Post x Ansatz			1	0,032	,858	,001
Ansatz			1	0,031	,861	,001
Ängstlichkeit[a]	n = 31	n = 7				
	t1: 65,13 (13,30)	t1: 72,71 (7,32)				
	t2: 55,65 (12,99)	t2: 60,86 (7,82)				
Aggressivität	n = 31	n = 7				
	t1: 60,58 (12,44)	t1: 65,43 (6,05)				
	t2: 54,35 (14,43)	t2: 55,43 (6,65)				
Prä-Post			1	11,334	**,002****	,239
Prä-Post x Ansatz			1	0,613	,439	,017
Ansatz			1	0,401	,531	,011
Phobische Angst	n = 31	n = 7				
	t1: 64,32 (12,34)	t1: 71,86 (9,91)				
	t2: 57,52 (13,05)	t2: 65,00 (15,98)				
Prä-Post			1	5,990	**,019***	,143
Prä-Post x Ansatz			1	< 0,001	,993	< ,001
Ansatz			1	2,697	,109	,070
Paranoides Denken	n = 31	n = 7				
	t1: 68,10 (9,69)	t1: 67,14 (10,68)				
	t2: 59,77 (11,72)	t2: 62,71 (10,80)				
Prä-Post			1	10,030	**,003****	,218
Prä-Post x Ansatz			1	0,935	,340	,025
Ansatz			1	0,061	,806	,002

Psychotizismus	n = 31	n = 7				
	t1: 66,42 (10,76)	t1: 69,14 (12,69)				
	t2: 58,03 (12,42)	t2: 59,00 (12,37)				
			1	16,814	**< ,001****	,318
			1	0,151	,700	,004
			1	0,178	,676	,005
GSI[a]	n = 30	n = 7				
	t1: 71,03 (11,17)	t1: 74,43 (7,83)				
	t2: 59,13 (15,41)	t2: 64,57 (9,78)				
GAF	n = 26	n = 4				
	t1: 55,50 (9,31)	t1: 46,25 (11,35)				
	t2: 71,04 (12,88)	t2: 58,25 (28,27)				
Prä-Post			1	14,004	**,001****	,333
Prä-Post x Ansatz			1	0,231	,634	,008
Ansatz			1	3,646	,066	,115

Anmerkungen. *$p \leq 0{,}05$, **$p \leq 0{,}01$; Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, [a] Normalverteilung nicht gegeben, [b] Gleichheit der Fehlervarianzen nicht gegeben, [c] Gleichheit der Kovarianzmatrizen nicht gegeben.

Tabelle 53. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Affektiven Störungen.

Quelle der Varianz	$M_1(SD)$	$M_2(SD)$	df_z/df_i	F	p	η^2_p
Differenz BDI-II	n = 31	n = 7	1/36	0,422	,520	,012
	12,71 (12,39)	16,14 (13,72)				
Differenz BSI Zwang[a]	n = 31	n = 7	1/31,10	0,089	,768	,004
	9,26 (13,71)	10,14 (4,41)				
Differenz BSI	n = 31	n = 7	1/36	0,187	,668	,005
Ängstlichkeit	9,48 (13,95)	11,86 (7,58)				

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie, [a] Homogenität der Varianzen nicht gegeben – korrigiert nach Welch.

Tabelle 54. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit affektiven Störungen.

Quelle der Varianz	Mitt. $Rang_1$	Mitt. $Rang_2$	df	χ^2	p	η^2_p
Differenz GSI	n= 30	n = 7	1	0,014	,907	< ,001
	18,90	19,43				

Anmerkungen. Ansatz 1: klinisch-psychologische Behandlung, Ansatz 2: Psychotherapie.

5. Diskussion und Ausblick

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

In der ersten Fragestellung wurde überprüft, ob die Zuteilung der KlientInnen zu den zwei Behandlungsarten nach soziodemographischen (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, Berufstätigkeit) und beschwerdebezogenen Faktoren (Anzahl der Komorbiditäten und Anfangswerte in BDI-II, BSI und GAF) gleichmäßig erfolgt ist.
Für den Teil der Personen, der die Fragebögen zu Beginn und zum Ende der Behandlung ausgefüllt hat (n = 163), kann – mit Ausnahme der Berufstätigkeit (mehr Arbeitslose bei den Psychotherapie-KlientInnen) – von Vergleichbarkeit der KlientInnen bzw. keinen signifikanten Unterschieden ausgegangen werden.
Da diese Stichprobe auch für die Fragestellungen 2 bis 8 relevant war, konnte im Folgenden von Personen mit ähnlich ausgeprägten soziodemographischen und beschwerdebezogenen Voraussetzungen ausgegangen werden.
Die Zuteilung wurde allerdings auch für die Personen überprüft, die nur einen Fragebogen zu Beginn ausgefüllt hatten (n = 480). In der Stichprobe waren zusätzlich zum Unterschied in der Berufstätigkeit auch ein Altersunterschied (klinisch-psychologische Behandlung M = 45,3; SD = 8,9; Psychotherapie M = 43,1; SD = 9,1) und Unterschiede im Ausbildungsstand (bei der Psychotherapie mehr Personen mit mittlerer und weniger Personen mit niedriger Bildung als bei klinisch-psychologischer Behandlung) sowie in den Ausgangswerten im BDI-II und in fünf BSI-Skalen (Psychotherapie-KlientInnen hatten höhere Werte) zu beobachten.
Diese unterschiedlichen Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass die kleinere Stichprobe der Personen, die die Fragebögen zu Beginn und Ende ausgefüllt hatten, möglicherweise nicht repräsentativ für die gesamte Stichprobe der anfangs geplanten 930 Personen ist.

In der zweiten Fragestellung wurde untersucht, ob es zwischen Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen in den soziodemographischen Variablen darin Unterschiede gibt, wie sich ihre Werte in BDI-II, BSI und GAF verändern, um zu

sehen, ob Personen mit bestimmten Merkmalen besonders von der Therapie profitieren können. Die Analysen erfolgten getrennt für die KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung und Psychotherapie. Für alle Analysen kann zusammengefasst gesagt werden, dass die Behandlung für alle Untergruppen in allen überprüften Skalen, erkennbar an den signifikanten Prä-Post-Unterschieden, hoch wirksam war.

Obwohl eher kein Einfluss des *Alters* der KlientInnen auf die Veränderung des Zustandes angenommen worden war (Karlin et al., 2013; Schneider et al., 2015; Walker & Clarke, 2001), zeigten die unter 45-jährigen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung in fünf der BSI-Skalen und im GAF größere Veränderungen als die älteren Personen. Bei den Psychotherapie-KlientInnen gab es keine Wechselwirkungen zwischen dem Alter und den Veränderungen der Werte durch die Behandlung. Zwar sind die Hinweise auf Unterschiede nicht für alle Skalen gegeben, aber möglicherweise könnten jüngere Personen eher von einer klinisch-psychologischen Behandlung profitieren als ältere.

Bei der Untersuchung des *Geschlechts* als Einflussfaktor zeigten bei der klinisch-psychologischen Behandlung weibliche KlientInnen eine größere Veränderung in der Skala Somatisierung. Bei den KlientInnen der Psychotherapie gab es zwar keine signifikanten Effekte, allerdings wiesen die Effektstärken tendenziell auf größere Veränderung bei Frauen in der Skala Paranoides Denken und im GAF hin. Es wurden in den meisten Skalen für beide Behandlungsarten keine Unterschiede in der Veränderung der Werte zwischen Männern und Frauen gefunden, womit die Resultate mit mehreren Studien übereinstimmen (Blom et al., 2007; Schneider et al., 2015; Zlotnik et al., 1996). Andererseits wurden in einigen wenigen Skalen auch passend zu den Tendenzen aus anderen Studien (Frank et al., 2002; Kirshner et al., 1978) größere Veränderungen bei Frauen gefunden. Trotzdem könnte, aufgrund der wenigen Skalen, in denen Unterschiede gefunden worden sind, für beide Behandlungsarten eher davon ausgegangen werden, dass es keine Unterschiede in der Veränderung zwischen den Geschlechtern gibt.

Die Personen mit niedrigerem, mittlerem und höherem *Bildungsstand* unterschieden sich bei den KientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung in der Veränderung der Werte nicht. Auch bei den Psychotherapie-KlientInnen gab es keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen dem Bildungsstand und

der Veränderung der Werte. Die Effektstärken wiesen in sieben Skalen auf tendenzielle Unterschiede in der Veränderung hin, allerdings war keine Gruppe auszumachen, die eindeutig mehr oder weniger von der Behandlung profitieren konnte. Diese Ergebnisse gingen mit bisherigen Studien konform, die keinen eindeutigen Einfluss des Bildungsstands fanden (Blom et al., 2007; Frank et al., 2002).

Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gab es in der Veränderung der Werte zwischen Personen mit unterschiedlichem *Familienstand* keine Unterschiede. Bei den KlientInnen der Psychotherapie gab es zwar ebenfalls keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Veränderung der Werte und Familienstand, allerdings wiesen die Effektstärken auf eine tendenziell geringere Veränderung der Werte in drei BSI-Skalen bei geschiedenen Personen im Vergleich zu ledigen oder verheirateten hin. Zwar zeigten diese Ergebnisse nicht – wie in bisherigen Studien – bessere Resultate bei verheirateten Personen (Hamilton & Dobson, 2002; Joutsenniemi et al., 2012), bei denen mehr soziale Unterstützung und Stabilität als Grund für die besseren Outcomes vermutet wurden, dennoch könnte diese Erklärung in umgekehrter Form dafür herangezogen werden, dass geschiedene Personen in einigen Bereichen weniger von der Behandlung profitieren konnten. Insgesamt war der Einfluss des familiären Hintergrunds allerdings gering, was auch zu Ergebnissen anderer Studien passt (Schneider et al., 2015).

Beim Vergleich von *berufstätigen* mit *nicht berufstätigen* Personen in der Gruppe der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung zeigten sich signifikante Wechselwirkungen. Im BDI-II und in drei BSI-Skalen hatten die berufstätigen KlientInnen größere Veränderungen der Werte erreicht. Bei den KlientInnen der Psychotherapie gab es zwar keine signifikanten Wechselwirkungen, tendenziell wiesen aber die Effektstärken im GAF und in drei BSI-Skalen auf größere Veränderungen bei berufstätigen Personen hin. Möglicherweise können diese Tendenzen durch Erkenntnisse aus der Literatur erklärt werden, die zeigen, dass berufstätige depressive Personen in einem besseren Allgemeinzustand sind als arbeitslose (Elison et al., 2004). Allerdings sind auch hier die Unterschiede zu gering, um einen eindeutigen Einfluss der Berufstätigkeit ablesen zu können.

In der dritten Fragestellung wurde untersucht, wie sich die Behandlung auf Beschäftigungssituation und Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag auswirkten. Während sich bei den KlientInnen der Psychotherapie die Quote der Berufstätigkeit signifikant erhöhte, blieb sie bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung auf demselben Niveau. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Quote der Berufstätigkeit bei den Psychotherapie-KlientInnen anfangs signifikant niedriger war und sich das Verhältnis durch die Behandlung ausgeglichen hat. Diese Ergebnisse stimmen mit denen aus der bisherigen Forschung zu diesem Thema überein. Zwar zeigten Schoenbaum et al. (2002), dass bei Personen, die adäquat behandelt worden waren, ein größerer Teil wieder berufstätig war, dennoch scheint der Rückgang der psychischen Beschwerden nicht der einzige Einflussfaktor bzw. nicht ausreichend zu sein, um zu einer Rückkehr in den Beruf zu führen (Blonk et al., 2006; Miranda et al., 2004).

Weitere Ergebnisse zu dieser Fragestellung zeigten, dass sich bei beiden Gruppen die Leistung in Beruf und Alltag signifikant verbessert hat. Diese gehen konform mit den Erkenntnissen aus der bisherigen Forschung zu dem Bereich (Lerner et al., 2012; Rost et al., 2004). Bei der Verbesserung der beruflichen Leistung gab es keine Unterschiede zwischen den Behandlungsarten. Bei der alltäglichen Leistung verbesserten sich die KlientInnen der Psychotherapie allerdings etwas mehr.

In der retrospektiven Einschätzung der Veränderung der Leistung in Beruf und Alltag gab es aber keine Unterschiede zwischen den Behandlungsarten. Dieser Unterschied zwischen der retrospektiven Einschätzung (kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungsarten) und der Veränderung der aktuellen Einschätzung (Veränderung bei Psychotherapie-KlientInnen größer) ist schwer zu erklären. Vermutlich ist der Unterschied in der Veränderung der alltäglichen Leistung zwischen den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie eher klein.

Als relevanter Faktor für die Kosten einer Behandlung sollte auch die insgesamte Dauer – operationalisiert durch die Anzahl der Behandlungseinheiten – untersucht werden. In der vierten Fragestellung wurde deswegen geprüft, ob eine unterschiedliche Anzahl der Behandlungseinheiten Unterschiede in der

Veränderung der Werte hervorrufen würde. Die Zeiteffekte waren in beiden Gruppen für alle überprüften Skalen mit hohen Effektstärken signifikant. In der Gruppe der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung waren keine Wechselwirkungen zwischen Anzahl der absolvierten Einheiten und der Veränderung der Werte erkennbar. Bei den Psychotherapie-KlientInnen gab es in zwei Skalen signifikante Wechselwirkungen. In BDI-II, GAF und fünf weiteren BSI-Skalen sowie der GSI wiesen mittlere bis große Effektstärken auf größere Veränderung bei KlientInnen, die weniger als 21 Einheiten absolviert hatten, hin. Hier kann also von einem größeren Behandlungserfolg bei den KlientInnen, die die wenigsten Einheiten absolviert hatten, ausgegangen werden.

Diese Beobachtung passt zu den Ergebnissen von Barkham et al. (2006). Diese besagten, dass Personen, die gut zu behandeln waren, schnell eine Zustandsverbesserung erlebten, während die Effekte bei schwer behandelbaren Personen auch nach längerer Zeit schlechter sein konnten. Dass sich die Unterschiede allerdings bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung nicht zeigten, passt wiederum zu den Ergebnissen von Cuijpers, Huibers et al. (2013), die feststellten, dass die insgesamte Dauer der Behandlung eher weniger Einfluss auf den Outcome hat.

Möglich ist auch, dass die Zuteilung der Behandlungseinheiten durch die Steuernden PsychologInnen so gut gelungen ist bzw. durch Verlängerung oder früheren Abschluss die optimale Wirkung der Therapie für alle KlientInnen entsprechend dem „good enough level“-Modell (Baldwin et al., 2009; Barkham et al., 2006; Stulz et al., 2013) erreicht werden konnte. Das Modell besagt, dass Personen so lange in Behandlung bleiben, bis ihr Zustand gut genug ist. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass die Verbesserung des Zustandes von KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten vergleichbar ist. Eine denkbare Schlussfolgerung daraus wäre, dass eine flexible Anpassung der Behandlungseinheiten an die Bedürfnisse der KlientInnen sowohl für die Ökonomie als auch für die Zustandsverbesserung von Vorteil sein kann.

Die fünfte Fragestellung beschäftigte sich mit der Zufriedenheit mit der Behandlung und der Beziehung zum/r BehandlerIn. Die KlientInnen der klinisch-

psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung unterschieden sich nicht in ihren Werten in den Skalen des HAQ.
In der Gruppe der KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gingen höhere Werte in der HAQ-Skala Erfolgszufriedenheit und in der HAQ-Gesamtskala mit höheren Prä-Post-Differenzen in allen BSI-Skalen, im BDI-II und im GAF einher. Auch mit der HAQ-Skala Beziehungszufriedenheit wurden signifikante Zusammenhänge mit fünf BSI-Skalen und dem GAF gefunden. Bei den KlientInnen der Psychotherapie schienen die Beziehungszufriedenheit und die Gesamtzufriedenheit keinen Zusammenhang mit der Veränderung der Werte zu haben. Allerdings gab es signifikante Zusammenhänge der Erfolgszufriedenheit mit fünf BSI-Skalen und bei einer weiteren und beim GAF wiesen die Korrelationskoeffizienten auf mittlere Effekte hin.
Eine mögliche Interpretation für den Unterschied zwischen den Behandlungsarten wäre, dass die Effekte der Methoden der Psychotherapie weniger als die der klinisch-psychologischen Behandlung mit der Zufriedenheit mit Behandlung und Beziehung zum/r BehandlerIn zusammenhängen. So könnten auch bei geringer Zufriedenheit gute Effekte und bei hoher Zufriedenheit geringe Effekte auftreten. Da aber, wie in der Fragestellung acht überprüft, keine Unterschiede in der Wirksamkeit und auch keine Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen den Behandlungsgruppen zu finden waren, ist die Interpretation dieser Ergebnisse schwierig. Insgesamt könnte man nochmals auf Caspar (2005) verweisen, der anmerkte, dass gute Erfolge auch ohne gute Beziehung erreicht werden könnten und eine gute Beziehung allein noch keine ausreichende Voraussetzung für den Erfolg ist.

In der sechsten Fragestellung wurde überprüft, ob die Anzahl der Komorbiditäten einen Einfluss darauf hatte, wie sehr sich die Werte der KlientInnen veränderten. Auch hier war die Veränderung für beide Gruppen in fast allen Skalen mit großen Effekten signifikant.
Bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung war kein Unterschied in der Veränderung der Werte zwischen Personen mit einer, zwei oder mehr Diagnosen zu erkennen. Bei den KlientInnen der Psychotherapie gab es keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Anzahl der Diagnosen und

Veränderungen der Werte, allerdings wiesen die Effektstärken in vier BSI-Skalen und im GAF auf tendenzielle Wechselwirkungen hin.
Eindeutige Hinweise darauf, dass sich die Werte für eine Gruppe besonders viel oder wenig verändert hätten, waren allerdings nicht gegeben. Die Resultate einer Studie (Henneberg et al., 2010), die herausgefunden hatte, dass beim Vorliegen von mehr als einer Diagnose der Behandlungserfolg beeinträchtigt war, konnten nicht repliziert werden. Eine mögliche Erklärung wäre, dass es sich bei den untersuchten Personen in der Studie von Henneberg et al. (2010) um stationär aufgenommene Personen handelte und daher die Vergleichbarkeit mit dieser Studie nicht gänzlich gegeben ist. Die bisher durchgeführten Studien zum Einfluss der Komorbiditäten (Carter et al., 2011; Henneberg et al., 2010; Joyce et al., 2007) hatten vor allem Persönlichkeitsstörungen als Faktor, der den Behandlungsoutcome negativ beeinflusst, genannt. Diese wurden hier nicht explizit als Einflussfaktor berücksichtigt, da der Schwerpunkt auf die Bereiche der Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen sowie Affektiven Störungen gelegt worden war.

In der siebenten Fragestellung sollte der Zusammenhang der Beeinträchtigung im Alltag zu Beginn der Behandlung mit der Veränderung der Werte untersucht werden.
Bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung zeigte nur die Veränderung in einer BSI-Skala einen signifikanten Zusammenhang mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung. Bei den KlientInnen der Psychotherapie ging eine höhere Belastung zu Beginn beim BDI-II und bei sechs BSI-Skalen signifikant mit größerer Veränderung einher. In einer weiteren BSI-Skala und im GAF deuteten die Korrelationskoeffizienten ebenfalls auf mittlere Effekte hin. Der in mehreren Studien gefundene negative Einfluss der subjektiven Belastung auf den Behandlungserfolg (Blom et al., 2007; Hamilton & Dobson, 2002; Henneberg et al., 2010) wurde nicht gefunden. Die Ergebnisse bei den Psychotherapie-KlientInnen wiesen in einigen Skalen sogar auf den genau gegenteiligen Effekt hin – höhere Belastung stand im Zusammenhang mit größerer Veränderung. Möglich ist zwar, dass die Beeinträchtigung im Alltag zu Beginn der Behandlung als Maß für die Schwere der Belastung nicht mit den Maßen, die für die anderen Studien verwendet worden waren, vergleichbar war, jedenfalls zeigte sich hier

keine Entsprechung der Ergebnisse mit der Literatur. Die Veränderungen der Werte waren bei höher belasteten KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung gleich gut und bei den Psychotherapie-KlientInnen zum Teil sogar besser.

Die Hauptfragestellung acht verglich die Wirkung der klinisch-psychologischen Behandlung mit der Psychotherapie zuerst über alle KlientInnen hinweg und danach nach Diagnosegruppen aufgeteilt.
Bei der Überprüfung über alle KlientInnen hinweg zeigte sich, dass die beiden Behandlungsarten hoch effektiv waren und es keine Unterschiede in den Veränderungen der Werte gab. Bei der Betrachtung der KlientInnen mit einer oder mehrerer Diagnosen aus dem Bereich der Neurotischen, Belastungs- oder Somatoformen Störungen zeigte sich bei den KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung in nur einer Skala eine signifikant größere Verbesserung. Bei KlientInnen mit einer oder mehrerer Diagnosen aus dem Bereich Affektive Störungen war die Veränderung der Werte unabhängig von der Behandlungsart gleich groß.
Für die Psychotherapie, deren Effektivität schon häufig untersucht und belegt worden ist (Lambert, 2013c; Wampold, 2001, 2010), ist dies ein weiterer Nachweis ihrer Wirksamkeit. Für die klinisch-psychologische Behandlung, wie es sie in Österreich gibt und die mit aus der wissenschaftlichen Psychologie stammenden Methoden arbeitet (Baumann & Perrez, 2006; Kryspin-Exner, 2008; Wittchen & Hoyer, 2011), lagen bisher keine veröffentlichten Studien dazu vor.

Die Ergebnisse dieser Evaluation können als erste wissenschaftliche Belege der Effektivität der klinisch-psychologischen Behandlung gesehen werden und ein Argument dafür liefern, dass die Ausbildung, die in Österreich absolviert werden kann, tatsächlich dazu qualifiziert, psychische Störungen ebenso gut zu behandeln wie die Psychotherapie.

5.2. Limitationen und Ausblick

Abschließend sind noch einige methodische und inhaltliche Limitationen anzumerken sowie Vorschläge im Hinblick auf zukünftige Forschung zu machen.
Da es sich bei der Studie um eine Evaluationsstudie handelte, die ein Projekt begleitete, fielen einige Aspekte, die experimentelle Studien mit sich gebracht hätten, weg. Es gab keine standardisierte Diagnostik oder Behandlungsbedingungen und auch keine randomisierte Zuteilung der KlientInnen, was eine Generalisierung der Ergebnisse erleichtert hätte.
Weiters lagen keine genauen Informationen über Zusatzqualifikationen der BehandlerInnen und Behandlungsmethoden vor. So konnte nicht differenziert werden, welcher Psychotherapieschule die PsychotherapeutInnen zugehörig waren oder welche Spezialisierungen die Klinischen PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen hatten. Auch Doppelqualifikationen der BehandlerInnen konnten aufgrund von mangelnder Information nicht berücksichtigt werden.
Als weitere Limitation der Studie könnte die insgesamt relativ geringe Rücklaufquote gesehen werden. Von eingeplanten 930 Personen nahmen zum ersten Zeitpunkt nur 509 KlientInnen und zum ersten und zweiten Zeitpunkt nur 165 Personen teil. Da sich die KlientInnen, die nur zu Beginn oder zu Beginn und zum Schluss der Behandlung an der Evaluation teilgenommen hatten (wie in Fragestellung eins untersucht), in ihren Voraussetzungen schon etwas unterschieden, könnte die Repräsentativität und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt sein.
Auch die Unterschiede in den Gruppengrößen zwischen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung und Psychotherapie und teils sehr kleine Gruppen bei den KlientInnen der Psychotherapie wären ein weiterer möglicher Kritikpunkt.
Weiters kann angemerkt werden, dass kein persönlicher Kontakt zu den KlientInnen und BehandlerInnen während des Ausfüllens der Fragebögen gegeben war und daher auf etwaige Fragen nicht eingegangen werden konnte. Auch konnte nicht überprüft werden, ob die Fragebögen wirklich, wie geplant, zeitnah zu Beginn und Ende der Behandlung ausgefüllt worden sind.
Für die Zukunft wäre es gut, weitere Studien zur Effektivität der klinisch-psychologischen Behandlung und zum Vergleich mit verschiedenen psychotherapeutischen Schulen in einem anderen Rahmen mit standardisierten

Bedingungen durchzuführen. Ein geeigneter Ort dafür könnte beispielsweise eine Universitätsambulanz sein.
Da sich die Psychotherapieschulen teils sehr voneinander unterscheiden und der empirischen Psychologie näher oder ferner sind (Baumann, 2000), ist ein Vergleich von klinisch-psychologischer Behandlung mit Psychotherapie nicht ideal. Besser wäre es, für Vergleiche getrennt nach Psychotherapieschulen vorzugehen.
Auch wird es wichtig sein, die klinisch-psychologische Behandlung, die nach dem neuen Gesetz ausgebildete Klinische PsychologInnen durchführen werden, dahingehend zu evaluieren, ob sich die Qualität – im Vergleich zur bisherigen – verändert hat.
In Zukunft könnten also Studien mit randomisierter Zuteilung und standardisierten Behandlungsbedingungen weitere Unterstützung für die Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern. Das Prä-Post-Design dieser Studie bedeutete zwar viel Aufwand, hat sich aber, genau wie die Untersuchungsinstrumente, als gut geeignet für die Zwecke der Studie erwiesen.

5.3 Fazit

Auch wenn es einige methodische und inhaltliche Limitationen in dieser Studie gibt, sind die Ergebnisse, die die ersten zur Effektivität der klinisch-psychologischen Behandlung und zum Vergleich dieser Behandlungsart mit der Psychotherapie sind, dennoch überaus interessant und bedeutend.
Sowohl die klinisch-psychologische Behandlung als auch die Psychotherapie konnten Personen mit unterschiedlichen soziodemographischen Voraussetzungen hoch effektiv behandeln. Durch die Behandlung konnte die Leistungsfähigkeit im Beruf mit beiden Behandlungsarten gleich effektiv gesteigert werden, in der Erhöhung der Leistung im Alltag und der Berufstätigkeitsquote war die Psychotherapie möglicherweise erfolgreicher.
Eine flexible Anpassung der Anzahl der Behandlungseinheiten an die Bedürfnisse der KlientInnen, wie sie im Projekt durchgeführt wurden, wird aus ökonomischen Gründen und für maximale Wirksamkeit empfohlen.

Es gab keine Unterschiede zwischen den KlientInnen der beiden Behandlungsarten in der Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung oder der Beziehung zum/r BehandlerIn.

Beide Behandlungsarten konnten Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Komorbiditäten erfolgreich behandeln.

In der sehr hohen Wirksamkeit der Behandlung für alle KlientInnen oder für die KlientInnen aufgeteilt nach Störungsbereichen (F40–49 und F30–39) gab es keinen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung.

Besonders relevant sind diese Ergebnisse für die Praxis der Versorgung psychischer Störungen in Österreich. Auch für zukünftige Forschung im Bereich der klinisch-psychologischen Behandlung und Psychotherapie in Österreich und zur Bewertung von Programmen zur Behandlung von psychischen Störungen im Kontext von Arbeitsbelastung legt diese Studie eine Grundlage.

Wünschenswert wäre es, wenn die Ergebnisse sich auf politische Entscheidungen bezüglich der Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung in den Leistungskatalog der österreichischen Sozialversicherungen auswirken würden.

Abschließend kann noch zum Pilotprojekt „fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung“, das mit der Evaluation, aus der die Daten für diese Diplomarbeit stammen, begleitet wurde, gesagt werden, dass es sehr gute Ergebnisse lieferte und die angestrebten Ziele erreichen konnte.

Zusammenfassung

Hintergrund. Immer häufiger wird die psychische Gesundheit im Arbeitskontext zur wichtigen Thematik. In dieser Studie wurden die beiden in Österreich vertretenen Behandlungsarten *klinisch-psychologische Behandlung* und *Psychotherapie* darauf hin untersucht, wie gut sie Personen, die aufgrund von psychischen Störungen Probleme im beruflichen Bereich haben, behandeln können. Es sollte geprüft werden, wie sich die Behandlungen für Personen mit unterschiedlichen soziodemographischen und belastungsbezogenen Voraussetzungen auswirken und ob sich die Leistung und Beschäftigungssituation durch die Behandlung verändert. Besonders wichtig war der Vergleich der beiden Behandlungsarten, da die klinisch-psychologische Behandlung in dieser Form bisher noch nicht evaluiert worden ist.

Methodik. Die Stichprobe setzte sich aus 165 Personen mit verschiedenen psychischen Problemen (vor allem mit Diagnosen aus F3/F4 oder Burnout) zusammen. Vor und nach der Behandlung sollten die Personen je eine Fragebogenbatterie ausfüllen (t1+t2: Krankeitsspezifischer Status, Beck Depressions-Inventar Revision, Brief Symptom Inventory; t2: Helping Alliance Questionnaire). Die BehandlerInnen sollten zu Beginn und Ende einen Online-Fragebogen ausfüllen (t1+t2: Krankheitsspezifischer Status, Global Assesment of Functioning Scale).

Ergebnisse. Sowohl die klinisch-psychologische Behandlung als auch die Psychotherapie waren erfolgreich dabei, Personen mit unterschiedlichen soziodemographischen Voraussetzungen zu behandeln. Die Leistungsfähigkeit im Beruf konnte mit beiden Behandlungsarten gleich effektiv gesteigert werden, in der Erhöhung der Leistung im Alltag und der Berufstätigkeitsquote war die Psychotherapie unter Umständen erfolgreicher. Es gab keine Unterschiede zwischen den KlientInnen der beiden Behandlungsarten in der Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung oder der Beziehung zum/r BehandlerIn. Beide Behandlungsarten konnten Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Komorbiditäten erfolgreich behandeln. In der sehr hohen Wirksamkeit der Behandlung für alle KlientInnen oder für die KlientInnen aufgeteilt nach Störungsbereichen gab es keinen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung.

Fazit. Beide Behandlungsarten sind zur Behandlung von psychischen Störungen im Kontext von Arbeitsbelastung geeignet.

Abstract

Background. Mental health is becoming more and more relevant in the work setting. In this study the Austrian types of treatment “clinical-psychological treatment” and “psychotherapy” were examined regarding their effectiveness in the treatment of people who have problems with their occupational situation due to mental disorders. It was intended to investigate how the treatment worked for people with different socio-economic and disorder-related preconditions and if their performance and job situation changed in response to the treatment. Since the clinical-psychological treatment has not been evaluated before, the comparison of the two treatment types was especially important.

Methods. The sample comprised 165 persons with different mental health problems (mostly diagnoses from F3/F4 or Burnout). The clients were asked to fill in a set of questionnaires before and after the treatment (t1+t2: disorder-specific status, Beck Depression Inventory Revision, Brief Symptom Inventory; t2: Helping Alliance Questionnaire). The psychologists and therapists also had to fill in an online-questionnaire before and after the treatment (t1+t2: disorder-specific status, Global Assesment of Functioning Scale)

Results. Both types of treatment were successful in treating people with different socio-demographic backgrounds. With both treatments the job performance improved equally, the performance of everyday tasks and the employment rate seem to show more improvement with psychotherapy. There was no difference in the clients’ satisfaction with the treatment success or the relationship to the clinical psychologists or psychotherapists. Both treatment types were effective in treating clients with different numbers of diagnoses. There was neither a difference in the results of the treatment types for all clients nor in the results of clients with certain disorders.

Conclusion. Clinical-psychological treatment and psychotherapy were both successful in treating mental disorders in the work context.

Literatur

Adler, D.A., McLaughlin, T.J., Rogers, W.H., Chang, H., Lapitsky, L. & Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry, 163* (9)*,* 1569–1576.

Alarcon, G.M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior, 79*, 549–562.

Angus, L., Watson, J.C., Elliott, R., Schneider, K. & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, *25* (3), 330–347.

Arnow, B.A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M.J., Klein, D.N. et al. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81* (4), 627–638.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2012). *Fehl-zeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren*. Berlin: Springer.

Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D.C., Olsen, J.A. & Nielsen, S.L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77* (2), 203–211.

Bannai, A. & Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: A systematic review of epidemiological evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 40* (1), 5–18.

Barkham, M., Connell, J., Miles, J., Evans, C., Stiles, W. B., Margison, F. et al. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 160–167.

Bassler, M. (2003). Helping Alliance Questionnaire (HAQ). In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 187–190). Göttingen: Hogrefe.

Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut, 40*, 23–32.

Baumann, U. (2000). „Klinische Psychologie“ versus „Klinische Psychologie und Psychotherapie“? *Zeitschrift für Psychologie, 208*, 207–225.

Baumann, U. & Perrez, M. (2006). Grundlagen der Klinisch-psychologischen Behandlung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 1–16). (2. Aufl.). Wien: Springer.

Bednar, W., Kierein, M. & Lanske, P. (2011). *Psychotherapie. Wenn die Seele Hilfe braucht*. Zugriff am 21.06.2015. Verfügbar unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/2/6/CH1452/CMS1148314652459/psychotherapie30102012.pdf

Beiglböck, W., Feselmayer, S. & Honemann, E. (Hrsg.). (2006). *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (2. Aufl.). Wien: Springer.

Berger, M., Gravert, C., Schneller, C. & Maier, W. (2013). Prävention und Behandlung psychischer Störungen am Arbeitsplatz. Gestuftes Aufgabenspektrum. *Nervenarzt, 84*, 1291–1298.

Berger, M., Schneller, C. & Maier, W. (2012). Arbeit, psychische Erkrankungen und Burn-out. *Nervenarzt, 83*, 1364–1372.

Bertilsson, M., Petersson, E., Östlund, G., Waern, M., & Hensing, G. (2013). Capacity to work while depressed and anxious – a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation, 35*, 1705–1711.

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (2014a). *Abgrenzung der klinisch-psychologischen Behandlung gegenüber der Psychotherapie.* Zugriff am 08.01.2015. Verfügbar unter http://www.boep.or.at/fileadmin/editor_upload/Klinisch_psychologische_Behandlung/Behandlung_allgemein.pdf

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (2014b). *Positionspapier zur Aufnahme der klinisch-psychologischen Behandlung ins ASVG*. Zugriff am 15.01.2015. Verfügbar unter http://www.boep.or.at/fileadmin/editor_upload/Klinisch_psychologische_Behandlung/Positionspapier_psychologische_Behandlung_ASVG.pdf

Bianchi, R., Schonfeld, I.S. & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review, 36*, 28–41.

Blom, M.B.J., Spinhoven, P., Hoffman, T., Jonker, K., Hoencamp, E., Haffmans, P.M.J. et al. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders, 104*, 119–126.

Blonk, R.W.B., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E. & Houtman, I.L.D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations, 20* (2), 129–144.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16,* 252–260.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Heidelberg: Springer.

Brähler, E., Schumacher, J., & Strauß, B. (2003). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Breslin, F.C. & Mustard, C. (2003). Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 29* (1), 5–14.

Brill, P.L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health, 6* (4), 12–24.

Bundesministerium für Gesundheit (1990a). *Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie.* Zugriff am 17.06.2015. Verfügbar unter https://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/rechtsinformationen/psychotherapiegesetz

Bundesministerium für Gesundheit (1990b). *Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Führung der Berufsbezeichnung "Psychologe" oder „Psychologin" und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz).* Zugriff am 08.06.2015. Verfügbar unter

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_361_0/1990_361_0.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2013). *Bundesgesetz, über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie. Psychologengesetz 2013*. Zugriff am 16.06.2015. Verfügbar unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_I_182/BGBLA_2013_I_182.html

Bundesministerium für Gesundheit. (2014). *Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Methoden. Stand vom 04.12.2014*. Zugriff am 21.06.2015. Verfügbar unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/5/5/CH1452/CMS1143559577254/patienteninformation_psychotherapiemethoden_20141204.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2015a). *Leistungen und Kosten*. Zugriff am 11.06.2015. Verfügbar unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/psyche-und-seele-helfer-leistungen.html

Bundesministerium für Gesundheit. (2015b). *Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen.* Zugriff am 08.06.2015. Verfügbar unter http://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/

Bundesministerium für Gesundheit (2015c). *PsychotherapeutInnenliste*. Zugriff am 08.06.2015. Verfügbar unter http://psychotherapie.ehealth.gv.at/

Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom* (5., überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.

Carter, J.D., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Mulder, R.T., Frampton, C.M. & Joyce, P.R. (2011). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression. *Journal of Affective Disorders, 128*, 252–261.

Caspar, F. (2005). Therapeut/Therapeutin und die Therapiebeziehung. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 265–280). Göttingen: Hogrefe.

Chaplin, R., Farquharson, L., Clapp, M. & Crawford, M. (2015). Comparison of access, outcomes and experiences of older adults and working age adults in psychological therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 30*, 178–184.

Cocker, F., Nicholson, J.M., Graves, N., Oldenburg, B., Palmer, A.J., Martin, A. et al. (2014). Depression in working adults: Comparing the costs and health outcomes when working ill. *Plos One*, 9 (9), e105430. Retrieved May 21, 2015, from http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105430

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (second edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. & Dobson, K.S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *La Revue Canadienne de Psychiatrie, 58* (7), 376–385.

Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D.D., Koole, S.L. & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders, 149*, 1–13.

Deutsche Rentenversicherung. (2014). *Rentenversicherung in Zeitreihen*. Zugriff am 21.05.2015. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.pdf;jsessionid=B2843A1D6100AF898A73205BA85493C9.cae04?__blob=publicationFile&v=15

Del Re, A.C., Flückinger, C., Horvath, A.O., Symonds, D. & Wampold, B.E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 642–649.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Auflage). Bern: Huber.

El Guebaly , N., Currie, S., Williams, J., Wang, J., Beck, C.A., Maxwell,C. et al. (2007). Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. *Psychiatric Services, 58* (5), 659–667.

Elison, L. Houck, P., Marcus, S.C. & Pincus, H.A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services, 55*, 29–34.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2010). *Changes over time – First findings from the fifth European working conditions survey*. Retrieved Mai 21, 2015 from http://eurofound.europa.eu/publications/resume/2010/other/changes-over-time-first-findings-from-the-fifth-european-working-conditions-survey-resume

Falkenström, F., Granström, F. & Holmqvist, R. (2014). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement. *Psychotherapy Research, 24*, 146–159.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (third edition). London: Sage.

Frank, E., Rucci, P., Katon, W., Barrett, J., Williams, J.W., Oxman, T. et al. (2002). Correlates of remission in primary care patients treated for minor depression. *General Hospital Psychiatry, 24*, 12–19.

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

Franke, G. H. (2000b). *BSI: Brief Symptom Inventory von LR Derogatis (Kurzform der SCL-90-R)- deutsche Version: Testmappe*. Göttingen: Beltz Test.

Freudenberger, H.J. & Richelson, G. (1980). *Burn-Out. The High Cost of High Achievement.* Garden City, N.Y: Anchor Press.

Friedrich-Gärtner, L. (2011). Psychische Erkrankungen im Kontext von Arbeit. *Public Health Forum, 72,* 14e1–14e3.

Grawe, K. (1992). Diskussionsforum. Psychotherapieforschung zum Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau, 43*, 132–162.

Grawe, K. (2000). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. In M. Hochgerner & E. Wildberger (Hrsg.), *Was heilt in der Psychotherapie?* (S.55–89). Wien: Facultas.

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

Greenberg, J. (2010). Organizational injustice as an occupational health risk. *Academy of Management Annals, 4* (1), 205–243.

Grobe, T.G. & Steinmann, S. (2015). *Depressionsatlas. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Hagleitner, J. (2013). *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2012. Ergebnisbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Hamilton, K.E. & Dobson, K. S. (2002). Cognitive therapy of depression: Pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review 22,* 875–893.

Hansen, N.B., Lambert, M.J. & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9* (3), 329–343.

Hartinger, B. (2008). *Die Bedeutung psychologischer Leistungen aus Sicht der Sozialversicherung*. Zugriff am 15.01.2015. Verfügbar unter http://www.boep.or.at/fileadmin/editor_upload/Klinisch_psychologische_Behandlung/hartinger_psychologische_leistungen_sozialversicherung.pdf

Hatcher, R.L. & Gillaspy, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research, 16,* 12–25.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II; Beck Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.

Heatherington, L., Friedlander, M.L., Diamond, G.M., Escudero, V. & Pinsof, W.M. (2015). 25 years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, *25* (3), 348–364.

Hedderich, I. (2009). *Burnout. Ursachen, Formen, Auswege.* München: C.H. Beck.

Henneberg, B., Margraf, J. & Wendler, S. (2010). Effectiveness-Studie eines psychosomatischen Akutkrankenhauses – Patientenmerkmale, Behandlungserfolg und Zufriedenheit. *Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 87,* 96–106.

Hensing, G., Bertilsson, M., Ahlborg, G., Waern, M. & Vaez, M. (2013). Self-assessed mental health problems and work capacity as determinants of return to work: a prospective general population-based study of individuals with all-cause sickness absence. *BioMedCentral Psychiatry*, *13*, 259. Retrieved June 27, 2015. from http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/259

Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M., Smith, S.R. et al. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry*, *157,* 1858–1863.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An international Review, 50* (3), 337–421.

Hochgerner, M. & Wildberger, E. (Hrsg.).(2000). Was heilt in der Psychotherapie? Wien: Facultas.

Hollon, S.D. & Beck, A.T. (2013). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (sixth edition) (pp. 393–442). New Jersey: Wiley.

Hollon, S.D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, *27* (10), 891–932.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückinger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48* (1), 9–16.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41* (2), 159–164.

Johnson, J.V. & Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, *78*, 1336–1342.

Joutsenniemi, K., Laaksonen, M.A., Knekt, P., Haaramo, P. & Lindfors, O. (2012). Prediction of the outcome of short- and long-term psychotherapy based on socio-demographic factors. *Journal of Affective Disorders, 141,* 331–342.

Joyce, P.R., McKenzie, J.M., Carter, J.D., Rae, A.M., Luty, S.E., Frampton C.M.A. et al. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry, 190*, 503–508.

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285–308.

Karlin, B.E., Walser, R.D., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M. & Taylor, B. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health, 17* (5), 555–563.

Kim, B., Cho, S.J., Lee, K.S., Lee, J., Choe, A.Y., Lee, J.E. et al. (2013). Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. *Yonsei Medical Journal, 54* (6), 1454–1462.

Kirshner, L.A., Genack, A. & Hauser, S. (1978). Effects of gender on short-term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 15* (2), 158–166.

Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S. & Willutzki, U. (Hrsg.). (2005). *Fortschritte der Psychotherapieforschung*. Göttingen: Hogrefe.

Krollner, B. & Krollner, D. (2015). *ICD-Code*. Zugriff am 13.06.2015. Verfügbar unter http://www.icd-code.de/suche/icd/recherche.html?sp=0&sp=Sz73

Krupnick, J.L., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J.T. & Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 532–539.

Kryspin-Exner, I. (2008). *Wege der klinisch-psychologischen und gesundheitspsychologischen Behandlung zur Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen.* Zugriff am 08.01.2015. Verfügbar unter http://www.boep.or.at/fileadmin/editor_upload/Klinisch_psychologische_Behandlung/kryspin_praevention_versorgung.pdf

Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Nervenarzt, 78,* 651–656.

Kurth, B.M. (2012). Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt, 55*, 980–990.

Lambert, M.J. (Ed.). (2013a). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (sixth edition). New Jersey: Wiley.

Lambert, M.J. (Hrsg.). (2013b). *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation (M. Richard & H. Vogel, Übers.). Tübingen: dgvt-Verlag.*

Lambert, M.J. (2013c). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (sixth edition) (pp. 169–218). New Jersey: Wiley.

Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (2), 159–172.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. (2014). *Gesunde Arbeit NRW 2014. Belastung – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung*. Zugriff am 21.05.2015. Verfügbar unter http://www.lia.nrw.de/_media/pdf/service/Publikationen/lia_transfer/LIA_transfer_5.pdf

Lenhard, W. & Lenhard, A. (2015). *Psychometrica. Berechnung von Effektstärken.* Zugriff am 01.08.2015. Verfügbar unter http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html.

Leichsenring, F. & Klein, S. (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy, 28* (1), 4–32.

Lerner, D., Adler, D.A., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M.Y., Perissinotto, C. et al. (2004). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric Services*, *55* (12), 1371–1378.

Lerner, D., Adler, D.A., Hermann, R.C., Chang, H., Ludmann, E., Greenhill, A. et al. (2012). Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *54* (2), 128–135.

Lerner, D. & Moshner Henke, R. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50* (4), 401–410.

Levinson, D. & Lerner, Y. (2009). Employment among persons with past and current mood and anxiety disorders in the Israel national health survey. *Psychiatric Services, 60* (5), 655–662.

Lutz, W., Tholen, S. & Kosfelder, J. (2004). Modelle und Konzepte zur empirischen Unterstützung der Evaluation des Psychotherapiebedarfs und der Therapieverlängerung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 25* (4), 503–527.

LVE, NHG & NVAB (2011). Één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Zugriff am 21.05.2015. Verfügbar unter https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf

Margraf, J. (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1,2). Berlin: Springer.

Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438–450.

Maslach, C. (1982). *Burnout – The Cost of Caring.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

McTernan, W.P., Dollard, M.F. & LaMontagne, A.D. (2013). Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, *27*, 321–338.

Miranda, J., Schoenbaum, M., Sherbourne, C., Duan, N. & Wells, K. (2004). Effects of primary care depression treatment on minority patients' clinical status and employment. *Journal of American Medical Association, 61* (8), 827–834.

Newton-Howes, G., Tyrer, P. & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry, 188*, 13–20.

Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D.& Frings-Dresen, M., (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders. A systematic review. *Occupational Medicine, 60*, 277–286.

OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing.

Ogrodniczuk, J.S. (2006). Men, women, and their outcome in psychotherapy, *Psychotherapy Research, 16* (4), 453–462.

Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. & McCallum, M. (2001). Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 69–78.

Orlinsky, D.E., Ronnestad, H.M. & Willutzki, U. (2013). 50 Jahre Prozess-Outcome-Forschung: Kontinuität und Wandel. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation* (S. 501–624). Tübingen: dgvt-Verlag.

Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *13*, 413–421.

Pal-Handl, K. (2004). *Training of Clinical Psychologists in Europe*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career Burnout.* New York: The Free Press.

Rau, R., Gebele, N., Morling, K. & Rösler, U. (2010). *Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen.* Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Rixgens, P. & Badura, B. (2012). Zur Organisationsdiagnose psychischen Befindens in der Arbeitswelt. *Bundesgesundheitsblatt*, *55*, 197–204.

Robertson Blackmore, E., Stansfeld, S.A., Weller, I., Munce, S., Zagorski, B.M. & Stewart, D. E. (2007). Major depressive episodes and work stress: Results from a national population survey. *American Journal of Public Health, 97* (11), 2088–2093.

Rost, K., Smith, J. & Dickinson, M. (2004). The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care, 42* (12), 1202–1210.

Sagerschnig, S. (2012). *Ausbildungsstatistik 2012. Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Endbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Saß, H., Wittchen, H. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV* (2., verbesserte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.

Schmitz, H. (2011). Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics, 18*, 71–78.

Schneider, R.L., Arch, J.J. & Wollitzky-Taylor, K.B. (2015). The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review, 38*, 39–54.

Schoenbaum, M., Unützer, J., McCaffrey, D., Duan, N., Sherbourne, C. & Wells, K.B. (2002). The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment. *Health Services Research*, *37* (5), 1145–1158.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 27–41.

Siegrist, J. (2013). Burn-out und Arbeitswelt. *Psychotherapeut, 58*, 110–116.

Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51*, 305–312.

Sozialministeriumservice (2014). *Fit2work*. Zugriff am 18.06.2015. Verfügbar unter http://www.fit2work.at/home/

Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health — a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32* (6), 443–462.

Steward, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R. & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of American Medical Association, 289* (23), 3135–3144.

Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit.* Bern: Huber.

Stulz, N., Kopta, S.M., Lutz, W., Minami, T. & Saunders, S.M. (2013). Dose-effect relationship in routine outpatient psychotherapy: Does treatment duration matter? *Journal of Counseling Psychology, 60* (4), 593–600.

Van der Doef , M. & Maes, S. (2010). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations, 13*(2), 87–114.

Vocks, S., Joormann, J., Michalak, J., Kosfelder, J. & Meyer, F. (2005). Diagnostik und Erfolgsmessung in der ambulanten Psychotherapie – Ein Vorschlag. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 265–280). Göttingen: Hogrefe.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wampold, B.E. (2010). *The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice*. Washington, DC: APA.

Walker, D.A. & Clarke, M. (2001). Cognitive behavioural psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging & Mental Health, 5* (2), 197–199.

Wittchen, H. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.

Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*, 655–679.

Wüstner, K. (2005). Burnout bei Arbeitslosen. *Arbeit, 2*, 131–146.

Zlotnik, C., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Elkin, E. & Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, live events, and depressive symptoms over naturalistic follow up. *American Journal of Psychiatry, 153,* 1021–1027.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Das Job-Demand-Control-Modell 15
Abbildung 2. Das Effort-Reward-Imbalance-Model für den Arbeitsbereich 15
Abbildung 3. Links in der Beziehung zwischen organisationaler Gerechtigkeit und Gesundheit 16
Abbildung 4. COR-Modell 23
Abbildung 5. Effekte und Moderatorvariablen des Erlebens von Arbeitslosigkeit 24
Abbildung 6. Betriebliches Gesundheitsmanagement bei psychischen Störungen 33
Abbildung 7. Studiendesign. 65
Abbildung 8. Untersuchungsinstrumente 68
Abbildung 9. Altersverteilung. 84
Abbildung 10. Familienstand. 85
Abbildung 11. Ausbildungsstand. 85
Abbildung 12. Diagnosen. 87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. *t*-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach dem Alter. 89
Tabelle 2. X^2-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Familienstand. 89
Tabelle 3. X^2-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Geschlecht. 90
Tabelle 4. X^2-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Berufstätigkeit. 90
Tabelle 5. t-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Anzahl der Komorbiditäten 91
Tabelle 6. X^2-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Ausbildungsstand. 93

Tabelle 7. t-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Anfangswerten in BDI-II, BSI und GAF bei Personen, die t1 ausgefüllt haben. .. 94
Tabelle 8. t-Test für die Prüfung der Zuteilung zum Behandlungsansatz nach Anfangswerten in BDI-II, BSI und GAF bei Personen, die t1 und t2 ausgefüllt haben. 94
Tabelle 9. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen in unterschiedlichen Altersgruppen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 97
Tabelle 10. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen in unterschiedlichen Altersgruppen bei KlientInnen der Psychotherapie. 101
Tabelle 11. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen in unterschiedlichen Altersgruppen bei KlientInnen der Psychotherapie. 103
Tabelle 12. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 104
Tabelle 13. Einfaktorielle Varianzanalyse für Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern für KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 106
Tabelle 14. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern für KlientInnen der Psychotherapie. 107
Tabelle 15. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Geschlechtern für KlientInnen der Psychotherapie. 108
Tabelle 16. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 110
Tabelle 17. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 112
Tabelle 18. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der Psychotherapie. 115
Tabelle 19. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der Psychotherapie. 117
Tabelle 20. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand bei KlientInnen der Psychotherapie. 117

Tabelle 21. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 119
Tabelle 22. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 121
Tabelle 23. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der Psychotherapie. 123
Tabelle 24. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlichem Familienstand bei KlientInnen der Psychotherapie. 125
Tabelle 25. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 127
Tabelle 26. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 128
Tabelle 27. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der Psychotherapie. 129
Tabelle 28. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in den Veränderungen von t1 zu t2 zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen KlientInnen der Psychotherapie. 131
Tabelle 29. McNemar-Test für die Prüfung der Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses bei KlientInnen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung. 132
Tabelle 30. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von Beschwerden und Leistungsfähigkeit in der Arbeit und im Alltag zwischen den Behandlungsgruppen. 133
Tabelle 31. X^2-Test für die Prüfung des Unterschieds in der retrospektiven Einschätzung der Veränderung der Leistung im Beruf zwischen den Behandlungsgruppen. 134
Tabelle 32. X^2-Test für die Prüfung des Unterschieds in der retrospektiven Einschätzung der Veränderung der Leistung im Alltag zwischen den Behandlungsgruppen. 135
Tabelle 33. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 138
Tabelle 34. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an

Behandlungseinheiten bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 140
Tabelle 35. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 140
Tabelle 36. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der Psychotherapie. 143
Tabelle 37. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit unterschiedlicher Anzahl an Behandlungseinheiten bei KlientInnen der Psychotherapie.hotherapie. 145
Tabelle 38. t-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Personen mit klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung. 146
Tabelle 39. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang der HAQ-Skalen mit der Veränderung der Werte bei KlientInnen der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung..... 147
Tabelle 40. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung. 150
Tabelle 41. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung..... 152
Tabelle 42. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der klinisch-psychologischen Behandlung..... 152
Tabelle 43. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der Psychotherapie..... 155
Tabelle 44. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der Psychotherapie. 157
Tabelle 45. Kruskal-Wallis-Test mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen Personen mit verschiedener Anzahl an F-Diagnosen bei KlientInnen der Psychotherapie..... 157
Tabelle 46. Koeffizienten der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang der Auswirkung der psychischen Beschwerden auf tägliche Aktivitäten am Anfang der Behandlung mit der Veränderung der Werte..... 159
Tabelle 47. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung der Werte von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten..... 160

Tabelle 48. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten. 162
Tabelle 49. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten. 162
Tabelle 50. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen. 164
Tabelle 51. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen. 165
Tabelle 52. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Affektiven Störungen.....167
Tabelle 53. Einfaktorielle Varianzanalyse für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit Affektiven Störungen. 168
Tabelle 54. Kruskal-Wallis-Test für die Prüfung der Unterschiede in der Veränderung von t1 zu t2 zwischen den Behandlungsarten bei KlientInnen mit affektiven Störungen. 168

Curriculum Vitae:

Mildred Yasmin ALFONS

Geburtsdatum / Geburtsort

04.04.1991	Wien

Ausbildung

SS 2012	Auslandssemester Universität Fribourg, Schweiz *Schwerpunkte: Entspannungsmethoden, klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung*
Seit 2009/10	Psychologiestudium Universität Wien 1. Abschnitt SS 2010/11 abgeschlossen 2. Abschnitt WS 2014/15 abgeschlossen Leistungsstipendium der Universität Wien 2010 + 2014 *Schwerpunkte: Klinische und Gesundheitspsychologie*
2001/02 – 2008/09	Bundesgymnasium Hollabrunn (Europaklasse) *Sprachenschwerpunkt*
1997/98 – 2000/01	Volksschule II Korneuburg (Integrationsklasse)

Facheinschlägige Berufserfahrung und Praktika

Seit März 2015	Life Lounge Mitarbeiterin bei der Wiener Gesundheitsförderung (WiG)
Seit Oktober 2014	Studienassistentin am Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung

September 2013 – Mai 2014	Wissenschaftliche Mitarbeit an der Universität Wien Projekt „Evaluation klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie für fit2work“ *Weiterführung im Rahmen der Diplomarbeit*
1.Juli – 16.August 2013	Praktikum Neuropsychologie KH Hietzing *u.a. Diagnostik und Behandlung von neurologischen Erkrankungen und Demenz*
9. – 27. Juli 2012	Praktikum Klinische Psychologie des Senioren- und Pflegehaus St. Barbara *u.a. Durchführung von Gedächtnistrainings*
6. – 16.September 2011	Praktikum Sozialpsychiatrisches Ambulatorium Donaustadt
August 2010	Praktikum Kinderwelt Stiefern – Psychologische Station *u.a. Mitgestaltung von Fördergruppen und Sozialen Kompetenztrainings*

Besondere Fähigkeiten / Kenntnisse

Sprachkenntnisse in Englisch, Französisch, Persisch, Grundzüge in Italienisch, Spanisch
ECDL – Computerführerschein
Umgang mit SPSS
Führerschein der Klasse B
Sanitäterausbildung Rotes Kreuz (2009/10)

Kontakt

mildred.alfons@live.at