



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Vergleich der klinisch-psychologischen Behandlung und
der Psychotherapie im Rahmen des österreichweiten
Projektes fit2work“

verfasst von / submitted by

Sophie Haller, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Einleitung	7
I THEORETISCHER TEIL	9
1. Klinische Psychologie und klinisch-psychologische Behandlung in Österreich	11
2. Psychotherapie in Österreich	13
2.1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung	15
2.2. Humanistisch-existentielle Orientierung	15
2.3. Systemische Orientierung	16
2.4. Verhaltenstherapeutische Orientierung	16
3. Psychische Belastungen im Kontext Arbeit	17
3.1. Depression und Angststörung	19
3.2. Burnout	24
4. Therapeut-Klienten-Beziehung	28
4.1. Einführung	28
4.1. Wirksamkeit	28
5. Projekt „fit2work“	30
II EMPIRISCHER TEIL	31
6. Zielsetzung der Studie	33
7. Methodik	33
7.1. Stichprobe	33
7.2. Untersuchungsdurchführung und Studiendesign	34
7.3. Untersuchungsinstrumente	34
8. Fragestellungen und Hypothesen	38
8.1. Unterschiede in der Verteilung der Klienten zu den Behandlungen	38
8.2. Auswirkungen der Behandlungen auf die Beschäftigungssituation	38
8.3. Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg bzw. der Therapeut-Klienten-Beziehung und Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Behandlungen	39

Inhaltsverzeichnis

8.4.	Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen	40
8.5.	Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen in zwei Kohorten	41
8.6.	Statistische Auswertungsverfahren	43
9.	Ergebnisdarstellung	45
9.1.	Deskriptive Beschreibung der Stichprobe	45
9.2.	Reliabilitätsanalysen der Untersuchungsinstrumente	48
9.3.	Hypothesenprüfung	49
10.	Diskussion	64
10.1.	Zusammenfassung und Interpretation	64
10.2.	Limitationen und Ausblick	68
10.3.	Fazit	70
	Literaturverzeichnis	71
	Abbildungsverzeichnis	77
	Tabellenverzeichnis	77

Zusammenfassung

Hintergrund. Als Teil des Projektes fit2work befasste sich diese Studie mit dem Vergleich der Effektivität der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie bei Menschen¹, deren Arbeitsplatz aufgrund gesundheitlicher Probleme gefährdet ist oder die Schwierigkeiten haben, einen neuen Arbeitsplatz zu finden. Der Fokus dieser Studie lag auf der Untersuchung der Effektivität von klinisch-psychologischer Behandlung in Österreich.

Methode. Die Prä/Post-Daten der Klienten wurden dahingehend verglichen, ob es durch die Behandlungen zu einer Änderung der psychischen Symptome (erfasst mithilfe des Beck-Depression-Inventars; BDI-II, Brief Symptom Inventory; BSI und der Global Assessment of Functioning Scale; GAF) kam und ob es Unterschiede der Effektivität der Behandlungsarten gab. Es wurde ein Vergleich zwischen der Kohorte der Pilotstudie und den Daten dieser Studie durchgeführt. Zusätzlich wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Therapeut-Klienten-Beziehung (Helping Alliance Questionnaire; HAQ) und einer Änderung der psychischen Symptome gab.

Ergebnisse. Beide Behandlungen zeigten positive Wirksamkeit bezüglich der Symptome der Klienten. Es konnten keine Unterschiede zwischen den Behandlungsarten gefunden werden. Des Weiteren konnten Zusammenhänge der Erfolgswilligkeit der Therapie mit einer Besserung der Symptomatik festgestellt werden, allerdings nicht mit der Beziehungswilligkeit mit dem Therapeuten.

Fazit. Die Behandlungsarten können als gleichwertig effektiv angesehen werden. Die Ergebnisse bezüglich der Therapeut-Klienten-Beziehung deuten darauf hin, dass die Einschätzung der gemeinsamen Ziele größere Bedeutung für den Therapieerfolg hat als die Einschätzung der Beziehung an sich.

Schlüsselworte: fit2work, klinisch-psychologische Behandlung, Psychotherapie, Depression, Angststörung, Burnout, Therapeut-Klienten-Beziehung

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

Einleitung

Psychische Probleme verursachen hohe Kosten für die Gesellschaft der betroffenen Länder. In Österreich entfallen 3.6% des Bruttoinlandproduktes auf die Kosten, die von mentalen Störungen verursacht werden, wobei der Großteil der Kosten indirekt zu Stande kommt – aufgrund von Arbeitsverlust, unterdurchschnittlicher Leistung und geringerer Produktivität bei der Arbeit (Gustavsson et al., 2011, zitiert nach OECD, 2015, S. 22). Die indirekten Kosten machen dabei etwa 53% der Gesamtkosten für psychische Probleme aus, während 47% auf direkte medizinische als auch nicht-medizinische Kosten entfallen.

Im Fehlzeitenreport zu den krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten des Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO) aus dem Jahr 2015 findet sich eine Übersicht darüber, dass psychische Störungen und Verhaltensstörungen 2.5% der Krankenstandsfälle und 9.4% der Krankenstandstage in Österreich ausmachten (Leoni, 2015). Die Dauer der Krankenstandsfälle betrug im Durchschnitt aller Diagnosegruppen 10.3 Tage. In der Gruppe der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen lag die Durchschnittsdauer bei 38.7 Tagen und erreichte damit den höchsten Wert im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen. Diese Diagnosegruppe betraf außerdem doppelt so häufig Frauen wie Männer und verursachte daher bei Frauen die doppelte Anzahl an Krankenstandstagen im Vergleich zu Männern. Des Weiteren konnte ein deutlicher Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen in den letzten Jahren aufgezeigt werden, dahingehend, dass sich seit Mitte der 1990er-Jahre die Anzahl der Krankenstandstage in etwa verdreifacht hat.

Aufgrund der angeführten Kosten für die Gesellschaft und die gehäuften Krankenstandsfälle, die durch psychische Probleme entstehen, wurde das betriebliche Gesundheitsmanagement in den letzten Jahren zu einem immer größeren Thema. Dazu zählt neben dem betrieblichen Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung auch die betriebliche Wiedereingliederung von Erkrankten, im Speziellen von Langzeiterkrankten (Prümper, Reuter, & Jungkunz, 2015). In Österreich

wurde für die betriebliche Wiedereingliederung das Case Management Projekt „fit2work“ eingeführt. Die Grundsätze hierfür sind: Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, „early intervention“, Selbstverantwortung, optimale Unterstützung, Individualität und Nachhaltigkeit. Es handelt sich dabei um ein staatliches Programm, das Beratung und Unterstützung Einzelpersonen als – auch Betrieben bei gesundheitlichen Problemen anbietet (Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, n.d.-b). Dieses Case Management Projekt wurde in der vorliegenden Studie evaluiert und wird im Laufe dieser Arbeit noch genauer vorgestellt werden.

Im Folgenden wird dabei zunächst der theoretische Hintergrund vorgestellt. Insbesondere die klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie sowie mögliche psychische Belastungen im Arbeitskontext liegen im Fokus. Im Anschluss daran wird die Zielsetzung der Studie erläutert.

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird auf die Methodik eingegangen, die die Stichprobenbeschreibung, die Beschreibung der Erhebungsinstrumente und die statistische Auswertung beinhaltet. Nach der Vorstellung der statistischen Ergebnisse folgt eine Diskussion in Bezug auf Interpretation der gefundenen Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Limitationen dieser Studie.

I THEORETISCHER TEIL

1. Klinische Psychologie und klinisch-psychologische Behandlung in Österreich

Baumann und Perrez (2005) geben folgende Definition von Klinischer Psychologie:

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.

(Baumann & Perrez, 2005, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 4)

Nach dem österreichischen Psychologengesetz von 2013 umfasst die Klinische Psychologie „die Untersuchung, Auslegung und Prognose des menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie die gesundheitsbezogenen und störungsbedingten und störungsbedingenden Einflüsse darauf, weiters die klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen“ und findet „unter Einsatz klinisch-psychologischer Mittel auf Grundlage der psychologischen Wissenschaft, deren Erkenntnissen, Theorien, Methoden und Techniken sowie des Erwerbs der fachlichen Kompetenz“ statt (Bundeskanzleramt Österreich, 2017, S. 15–16). In die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen des Bundesministeriums für Gesundheit

und Frauen sind derzeit österreichweit 10316 Klinische Psychologen eingetragen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, n.d.-a).

Die klinisch-psychologische Behandlung wird von Wittchen und Hoyer (2011, S. 450) wie folgt definiert:

Klinisch-psychologische Interventionen umfassen alle wissenschaftlich begründbaren und empirisch als wirksam nachgewiesenen psychologischen Interventionen, die bei menschlichen Störungen und Problemen jeglicher Art zum Einsatz kommen.

Nach Baumann und Perrez (2011) lassen sich klinisch-psychologische Interventionen nach sechs Merkmalen definieren:

1. *Wahl der Mittel*
2. *Interventionsfunktionen:* Gesundheitsförderung und Prävention, Behandlung/Therapie, Rehabilitation
3. *Zielorientierte Prozesse* zur Erreichung von Veränderungen
4. *Theoretische Fundierung* mittels Theorien der Psychologie
5. *Evaluation* und
6. *Professionelles Handeln*

Bei der klinisch-psychologischen Behandlung wird Personen mit psychischer, sozialer und körperlicher Beeinträchtigung und Erkrankung bei deren Bewältigung geholfen. Das Ziel der klinisch-psychologischen Behandlung ist es, die Klienten zu unterstützen, mit psychischen Störungen besser umgehen zu können, und ihnen zu helfen, die Belastungen zu lindern und zu beseitigen, sowie die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2015). Diese Behandlungsart darf in Österreich nur von Klinischen Psychologen ausgeübt werden, die nach dem Studium der Psychologie die entsprechende Fachausbildung absolviert haben. Die Dauer der Behandlung variiert je nach Störungsbild, Problemstellung und Zielsetzung des Klienten. Allerdings ist eine Regelmäßigkeit der Sitzungen zu empfehlen. Die

klinisch-psychologische Behandlung wird zur Vorbeugung (Prävention), Akutbehandlung und Wiederherstellung (Rehabilitation) eingesetzt (Bednar, Kierein, & Steiger-Hirsch, 2013). Präventiv soll das Wiederauftreten der Störungen und Belastungen verhindert werden. Krankmachende Einflüsse sollen beseitigt werden. Die Akutbehandlung soll bei akuten Belastungen und Störungen Hilfe leisten. Rehabilitativ wird klinisch-psychologische Behandlung bei der Wiedereingliederung, Nachsorge sowie der Rückfallverhütung eingesetzt. Die Behandlung kann im stationären, teilstationären oder ambulanten Bereich stattfinden (Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, 2015).

Es gibt viele klinisch-psychologische Behandlungs- und Beratungsmethoden, die Beratung, Training und Behandlung in folgenden Bereichen anbieten: im kognitiven, seelisch-körperlichen (Psychophysiologie) und sozialen Bereich sowie bei der Krankheitsverarbeitung und Behandlung von Störungen, wobei meist mehrere dieser Methoden im Laufe der Behandlung kombiniert werden (Bednar et al., 2013).

2. Psychotherapie in Österreich

Die Psychotherapie stellt einen Bereich dar, der denjenigen Teil umfasst, der sich mit der Therapie von Menschen befasst, die an definierten psychischen Störungen leiden (Wittchen & Hoyer, 2011). Eine klare Abgrenzung der beiden Gebiete ist nicht möglich, da die Übergänge fließend sind und oft von gesetzlichen Vorgaben des jeweiligen Landes geregelt werden.

Psychotherapie ist 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.

(Strotzka, 1969, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 4)

Wittchen und Hoyer (2011) beschreiben folgende vier Kriterien von Psychotherapie:

1. Psychotherapie als „geplanter zielorientierter Prozess“
2. Veränderung psychischer Prozesse mittels „psychologischer“ Mittel auf der Grundlage einer Theorie
3. Interaktiver Charakter und eine emotionale Komponente
4. Lehr- und Lernbarkeit

ad 1. Hiermit ist gemeint, dass sich Psychotherapie an bestimmte Regelsysteme halten muss, die die Vorgehensweise, die Art und die Mittel zur Erreichung eines Interventionszieles vorgeben. Therapeutische Ziele sind somit konkret, kurzfristig und können sich im Verlauf der Therapie ändern.

ad 2. In der Psychotherapie müssen psychologische Verfahren systematisch eingesetzt werden.

ad 3. Dies bezieht sich auf die Notwendigkeit einer genauen Rollenstrukturierung von Therapeut und Klient, die auch durch das Setting sowie Interaktionsregeln bestimmt wird. Die therapeutische Beziehung muss aufgebaut werden, da sie als Wirkfaktor und als Voraussetzung für therapeutische Erfolge gilt.

ad 4. Psychotherapie hat auch einen wissenschaftlichen Charakter, der sich auf die Operationalisierbarkeit der Verfahrenskomponenten und der Prozesse bezieht.

Die Ziele der Psychotherapie sind dieselben wie jene der klinisch-psychologischen Behandlung, und diese zwei Behandlungsarten bestehen in Österreich gleichberechtigt nebeneinander (Bednar, Kierein, & Lanske, 2011). Es muss eine Ausbildung zum Psychotherapeuten absolviert werden, während der die Auszubildenden in einer selbst ausgewählten psychotherapeutischen Methode ausgebildet werden. Nach der Ausbildung müssen sich die Absolventen in die vom Bundesministerium für Gesundheit

und Frauen geführte Psychotherapeutenliste eintragen lassen. In dieser sind derzeit österreichweit 8916 Psychotherapeuten eingetragen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, n.d.-b). In Österreich sind vier psychotherapeutische Orientierungen und deren Methoden anerkannt: die tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung, die humanistisch-existentielle Orientierung, die systemische Orientierung und die verhaltenstherapeutische Orientierung (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2014), die im Folgenden kurz beschrieben werden sollen.

2.1. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung

Diese Orientierung basiert auf den Grundannahmen der Psychoanalyse (Rieforth, 2014). Es wird davon ausgegangen, dass das Erleben und Verhalten eines Menschen von seinen bewussten und unbewussten Prozessen geleitet wird. In der Therapie sollen diese Prozesse ins Bewusstsein geholt werden, wodurch neue Bewältigungsformen gelernt werden können. In Österreich werden zu dieser psychotherapeutischen Orientierung die psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Methoden gezählt (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2014). Hierzu gehören zwölf verschiedene Methoden, die von der analytischen Psychotherapie über die Individualpsychologie bis hin zu Daseinsanalyse und Hypnosepsychotherapie reichen, um nur einige Methoden hier aufzuzählen. All diese Methoden hier zu erläutern, würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen, daher wird für weitere Informationen auf die PatientInnen-Information des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2014) verwiesen.

2.2. Humanistisch-existentielle Orientierung

Diese Orientierung befasst sich mit den existentiellen Fragen des Lebens, wie der Frage nach dem Tod, der Freiheit, der Sinnhaftigkeit des Lebens, und soll dabei den Menschen unterstützen, das eigene Leben in die Hand zu nehmen, sich der Grenzen der menschlichen Existenz bewusst zu werden und diese zu akzeptieren (Schneider &

Krug, 2012). Hierzu gehören in Österreich acht Methoden, darunter die Existenzanalyse, Gestalttherapie, klientenzentrierte Psychotherapie und das Psychodrama (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2014).

2.3. Systemische Orientierung

Die systemische Psychotherapie entwickelte sich aus der Erkenntnis, dass die Ursachen für psychische Probleme nicht allein beim Patienten zu suchen, sondern soziale Systeme und Interaktionspartner miteinzubeziehen sind (Rieforth, 2014). Diese Wechselwirkungsprozesse können das Aufrechterhalten und Fortbestehen einer psychischen Störung begünstigen und sollen daher ausgemacht und verändert werden. Die Position des Therapeuten verändert sich dahingehend, als dass er in der systemischen Therapie die Rolle einer allparteilichen und neutralen Person annimmt, die es dem Patienten ermöglicht, eine andere Perspektive seiner Realitätsinterpretationen zu bekommen.

2.4. Verhaltenstherapeutische Orientierung

Die Verhaltenstherapie ist eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung. Sie umfasst störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von möglichst hinreichend überprüfem Störungswissen und psychologischem Änderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die Maßnahmen verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens, leiten sich aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse ab und setzen an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Die in ständiger Entwicklung befindliche Verhaltenstherapie hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern.

(Margraf & Schneider, 2009)

Laut Wittchen und Hoyer (2011) wenden Verhaltenstherapeuten die Erkenntnisse aus der empirisch-psychologischen Grundlagenforschung an und gehen davon aus, dass Verhalten sowohl lern- als auch verlernbar sei. Sie legen Wert auf die empirische Überprüfung ihrer Verfahren und setzen überwiegend übende Verfahren ein.

Eine österreichische Prä/Poststudie am Zentrum für Gesundheit Leopoldau in Wien überprüfte ein ambulantes sechswöchiges Rehabilitationsprogramm mit störungsspezifischem und verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt (Rabenstein et al., 2015). Die Versuchsgruppe wurde mit einer Kontrollgruppe, die ungefähr sechs Wochen auf ihren Einstieg in das Programm warten musste, verglichen. Die Ergebnisse zeigten bei der Entlassung signifikante Verbesserungen der allgemeinen Symptome, der depressiven Symptome und der Lebensqualität, woraus auf die Wirksamkeit der Maßnahme geschlossen werden kann.

3. Psychische Belastungen im Kontext Arbeit

In diesem Abschnitt soll vorhandene Literatur zu möglichen psychischen Belastungen, die das Arbeitsleben der Betroffenen beeinflussen oder erst durch Arbeit bzw. fehlende Arbeit verursacht werden können, eingegangen werden. Verschiedene psychische Belastungen wie Depressionen, Angststörungen und Burnout können auf verschiedene Weise Einfluss auf die Arbeit eines Menschen haben. Es sollen an dieser Stelle zwei Modelle vorgestellt werden, die dieses Zusammenspiel zwischen psychischen Beanspruchungen und Auswirkungen auf die Arbeit darstellen.

Das Job-Demand-Control-Modell beschreibt zwei Dimensionen psychischer Anforderungen bei der Arbeit (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 344). Einerseits die erlebten Arbeitsanforderungen, die den Zeitdruck, die Komplexität der Aufgaben und deren Schwierigkeit umfassen. Andererseits den Kontrollspielraum, der sowohl den Entscheidungsspielraum bei den auszuführenden Tätigkeiten als auch die Möglichkeit der Qualifikationsnutzung meint. Dieses Modell wurde später um die Komponente der sozialen Unterstützung erweitert,

die in den meisten Studien allerdings keine entscheidende Rolle spielte. In *Abbildung 1* ist dargestellt, welche Auswirkungen geringe bzw. hohe Arbeitsanforderungen und Kontrollspielräume haben. Das Wichtige an diesem Modell ist die Wechselwirkung, die davon ausgeht, dass auch eine hohe Arbeitsintensität keine negativen Auswirkungen haben muss, wenn die Kontrollmöglichkeiten ebenfalls hoch sind.

		Arbeitsintensität	
		gering	hoch
Kontrolle	hoch	gering beanspruchende Berufe „low strain“ kein Gesundheitsrisiko, keine Förderung	aktive Berufe „active“ gesundheits-/lern-/ persönlichkeitsförderlich
	gering	passive Berufe „passive“ allg. Absenkung der Aktivierung und Problemlöseaktivität	hoch beanspruchende Berufe „high strain“ Gesundheitsrisiko/ Fehlbeanspruchungsrisiko

Abbildung 1. Job-Demand-Control-Modell (Karasek, 1979, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 345).

Das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist, 1996, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 346) erweitert wiederum das Job-Demand-Control-Modell um subjektive Einschätzungen der möglichen Belohnungen einer Arbeit. In *Abbildung 2* ist das Modell dargestellt. Sogenannte Gratifikationskrisen treten dann auf, wenn hohe Arbeitsanforderungen nicht angemessen belohnt werden. Belohnungen können aus Lohn oder sozialer und emotionaler Anerkennung bestehen. Extrinsische Ursachen sind vergleichbar mit der hohen Arbeitsintensität des Job-Demand-Control-Modells. Intrinsische Ursachen der hohen Verausgabung beziehen sich auf Probleme mit der Distanzierung von Arbeitspflichten.

Diese Modelle stellen das Zusammenspiel zwischen psychischer Beanspruchung und der Gesundheit einer Person im Arbeitskontext dar. Durch die Modelle können

mögliche Rückschlüsse darauf gezogen werden, wie Arbeitern mit psychischen Problemen geholfen werden kann bzw. wie präventiv vorgegangen werden kann.

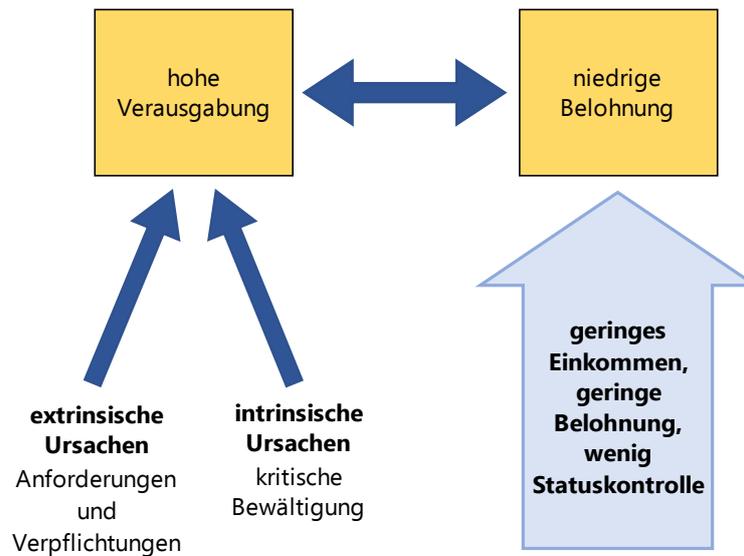


Abbildung 2. Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist, 1996, zitiert nach Wittchen & Hoyer, 2011, S. 347).

Im Folgenden soll spezifisch auf psychische Belastungen aufgrund von Depressionen, Angststörungen und Burnout im beruflichen Kontext eingegangen werden.

3.1. Depression und Angststörung

3.1.1. Einführung

Depressive Störungen werden von einer Reihe von Symptomen begleitet. Dazu zählen emotionale, kognitive, physiologisch-vegetative und behaviorale/motorische Symptome (Wittchen & Hoyer, 2011). Diese Symptome wirken sich meist auf soziale sowie berufliche Aufgaben aus und schränken somit die Funktionsfähigkeit der Betroffenen ein. Komorbide Störungen treten häufig bei Depressionen auf. Die häufigste komorbide Störung einer Depression ist die Angststörung. In den meisten Fällen treten zuerst Angststörungen auf und stellen somit einen großen Risikofaktor für das Entstehen einer Depression dar. Auch der Verlauf der Depression kann durch eine vorangegangene Angststörung verändert werden. Angststörungen selbst äußern

sich in Erregungs- und Spannungszuständen, die mit einem Gefühl intensiver Angst einhergehen (Gerrig & Zimbardo, 2008).

3.1.2. Diagnose

Depressive und rezidivierende depressive Störungen werden nach dem Kapitel V (F) der *Internationalen Klassifikation der Erkrankungen* (ICD-10; Dilling & Mombour, 2014) im Bereich F32-F33 der affektiven Störungen klassifiziert. Diese können weiter unterteilt werden in folgende Episoden bzw. Störungen:

- 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

Typische Symptome sind gedrückte Stimmung, Verminderung von Antrieb und Aktivität, Interessensverlust und Konzentrationsschwierigkeiten (Dilling & Mombour, 2014). Meist kommt es zu Schlafproblemen und einem verminderten Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Die Schwere der Depression ist in Abhängigkeit der Anzahl und Schwere der Symptome zu bestimmen.

- 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 Symptome der rezidivierenden depressiven Störung sind diejenigen der depressiven Episoden, allerdings treten diese wiederholt auf, unterbrochen von Phasen, in denen es der betroffenen Person besser geht (Dilling & Mombour, 2014). Wichtig ist, dass es sich in den dazwischenliegenden Phasen um keine manische Phase handelt.

Angststörungen liegen in der ICD-10 im Bereich F40–F41 der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Dilling & Mombour, 2014). Dazu zählen phobische und andere Angststörungen. Diese können wie folgt weiter unterteilt werden:

- F40.0 Agoraphobie
- F40.1 soziale Phobien
- F40.2 spezifische (isolierte) Phobien
- F40.8 sonstige phobische Störungen
- F40.9 phobische Störung, nicht näher bezeichnet

Zu den oben genannten Diagnosen zählen Störungen, bei denen die Angst durch eindeutig definierte, ungefährliche Situationen ausgelöst wird (Dilling & Mombour, 2014). Symptome, die in diesen Situationen bzw. schon bei der Vorstellung daran auftreten können, reichen von physischen Symptomen wie Herzklopfen oder Schwitzen bis zu der Angst davor zu sterben oder die Kontrolle zu verlieren.

- F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
- F41.1 generalisierte Angststörung
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- F41.3 andere gemischte Angststörungen
- F41.8 sonstige spezifische Angststörungen
- F41.9 Angststörung, nicht näher bezeichnet

Bei diesen Störungen ist keine eindeutig definierte Situation vorhanden, sondern die Angst tritt ohne bestimmte Situation auf (Dilling & Mombour, 2014).

3.1.3. Depression und Angststörung im Kontext Arbeit

Depressionen haben nachgewiesenermaßen einen hohen Einfluss auf die Arbeitsproduktivität und -leistung. So haben Woo et al. (2011) berechnet, dass Arbeiter mit Major Depressive Disorder aufgrund fehlender Produktivität – sowohl durch Krankenstände als auch durch fehlende Produktivität während der Arbeit – Kosten von 33.4% ihres durchschnittlichen Jahresgehalts verursachen. Zusätzlich wurden in dieser Studie die Effekte einer achtwöchigen Behandlung mit Antidepressiva untersucht, nach der die klinischen Symptome der Major Depressive Disorder signifikant reduziert worden waren sowie eine gesteigerte Selbsteinschätzung der Arbeitsleistung vorlag. Wie in der Einleitung bereits dargestellt, zeigt auch diese Studie die hohen Kosten von psychischen Problemen am Arbeitsmarkt, und gleichzeitig konnten Belege gefunden werden, dass bereits eine relativ kurze Behandlung der depressiven Symptomatik gewinnbringende Unterstützung bringen kann.

In einer australischen Studie konnte kein signifikanter Unterschied der durch Absentismus bzw. Präsentismus verursachten Kosten gefunden werden, ausgenommen bei den in Anspruch genommenen Dienstleistungen. Dazu zählte die Anzahl an Kontakten mit Hausärzten, Psychologen, Psychiatern etc. im letzten Jahr (Cocker et al., 2014). Die Dienstleistungskosten waren bei Absentismus signifikant höher als bei Präsentismus, was darauf zurückzuführen sein kann, dass Personen, die der Arbeit fern bleiben, gewisse Dienstleistungen für ihre Krankschreibung in Anspruch nehmen müssen und sollen. Auch die anderen Kosten (verlorene Produktivitätszeit, Medikamenteneinnahme und Gesamtkosten) waren bei Absentismus höher, allerdings waren diese Unterschiede nicht signifikant. Dafür wurden Unterschiede bezüglich der Beschäftigungsart gefunden. So waren Kosten durch Stellenfluktuation, verlorene Produktivitätszeit, Antidepressivamedikation und in Anspruch genommene Dienstleistungen aufgrund von Depressionen bei Angestellten (white collar workers) höher als bei Arbeitern (blue collar workers).

Neben Depressionen haben auch Angststörungen Auswirkungen auf das Arbeitsleben der Betroffenen. Plaisier et al. (2010) haben in ihrer Studie gezeigt, dass sowohl depressive Störungen als auch Angststörungen einen signifikant negativen Einfluss auf die Arbeitsleistung haben. Es wurde gezeigt, dass Arbeiter mit depressiver Störung oder Angststörung mit größerer Wahrscheinlichkeit längere Fehlzeiten in der Arbeit aufweisen als Arbeiter ohne eine derartige Störung. Rezidivierende depressive und Angststörungen führten auch zu höheren Raten von Krankenständen. Komorbidität der beiden Störungen erhöhte ebenfalls das Risiko für länger andauernde Abwesenheit und schlechtere Arbeitsleistung. Die Generalisierte Angststörung zeigte eine höhere Wahrscheinlichkeit für länger andauernde Abwesenheit und schlechtere Arbeitsleistung, wobei soziale Phobie nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für schlechtere Arbeitsleistung zeigte. Im Gegenzug wurde für Panikstörungen und Dysthymie kein derartiger Effekt festgestellt.

In einer Längsschnittstudie mit neun Erhebungszeitpunkten wurde anhand einer Stichprobe mit Personen im arbeitsfähigen Alter die reziproke Beziehung zwischen Arbeitsteilnahme und psychischer Gesundheit untersucht (Olesen, Butterworth, Leach, Kelaher, & Pirkis, 2013). Es wurde festgestellt, dass die psychische Gesundheit sowohl eine Konsequenz von als auch einen Risikofaktor für Arbeitslosigkeit darstellt. Daraus konnte geschlossen werden, dass ein schlechterer psychischer Zustand bei arbeitslosen Personen einerseits auf den Einfluss der Arbeitslosigkeit, andererseits auf den Einfluss bereits bestehender psychischer Probleme zurückgeführt werden kann. Bei Männern wurde des Weiteren festgestellt, dass der Effekt der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit schwächer ist als der Einfluss der psychischen Gesundheit auf das Risiko von Arbeitslosigkeit. Bei Frauen waren die Effekte der reziproken Beziehung gleich groß, das heißt, dass der Effekt der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit dem Einfluss der psychischen Gesundheit auf das Risiko von Arbeitslosigkeit ähnlich war. Diese Studie zeigt somit die Notwendigkeit von Programmen zur Unterstützung von Personen, die Gefahr laufen, ihre Arbeit zu verlieren, als auch von Personen mit

psychischen Problemen, die Barrieren zu überwinden haben, um eine Arbeit zu bekommen.

Des Weiteren gibt es Studien bezüglich der möglichen Veränderung des Arbeitsverhältnisses von psychisch belasteten Patienten durch verschiedene Arten der Behandlung. In ihrer Langzeitstudie überprüften Fournier, DeRubeis, Amsterdam, Shelton und Hollon (2015) die Veränderungen der Arbeitssituation der Klienten, die mit Hilfe von Antidepressiva oder kognitiver Therapie eine Behandlung für Depressionen erhielten. Einerseits wurde gezeigt, dass es nach der viermonatigen Behandlung keinen Haupteffekt der Behandlungen auf das Arbeitsverhältnis gab, andererseits wurde festgestellt, dass aus der Gruppe der kognitiven Therapie nach zwei Jahren mehr Leute Vollzeit arbeiteten als aus der Medikamentengruppe. In dieser Studie wurde also ein Langzeiteffekt der kognitiven Therapie auf das Arbeitsverhältnis gezeigt. Direkt nach der Therapie gab es allerdings keinen solchen Effekt.

In einer weiteren Studie wurden die Unterschiede zwischen einer arbeitsbezogenen kognitiven Verhaltenstherapie (WCBT) und einer Berufsausbildung an Personen mit sozialer Phobie untersucht (Himle et al., 2014). Die Ergebnisse zeigten, dass sich das Arbeitssuchverhalten und das darauf bezogene Selbstbewusstsein nach sechs Monaten bei WCBT im Vergleich zur Berufsausbildung verbesserten, allerdings steigerte die WCBT nicht die Anzahl der gearbeiteten Stunden pro Woche. Der Unterschied der Stunden pro Woche zwischen den Behandlungsgruppen war nur fast signifikant und könnte aufgrund kleiner Stichproben und der retrospektiven Einschätzung durch die Klienten zu Stande gekommen sein.

3.2. Burnout

Bereits seit den 1970ern wird Burnout wissenschaftlich untersucht, und es wird versucht, eine passende allgemeine Beschreibung zu finden. Trotz aller Bemühungen wurde bis heute keine einheitliche Definition dieses Syndroms gefunden. Im Folgenden

soll ein Einblick in die Definition, die Diagnose und den derzeitigen Forschungsstand zu Burnout gegeben werden.

3.2.1. Einführung

Wie bereits erwähnt, gibt es keine einheitliche Definition von Burnout. Eine häufig verwendete Beschreibung charakterisiert 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“

(Maslach, 1982, zitiert nach Burisch, 2014, S. 20).

Damit nennt Maslach (1982) drei Merkmale von Burnout: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit oder Effektivität. Erschöpfung stellt das zentrale Merkmal dar und spiegelt die Stressdimension von Burnout wider (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Es ist das am häufigsten berichtete und am besten untersuchte Merkmal von Burnout. Als direkte Reaktion auf die Erschöpfung tritt das Merkmal der Depersonalisation auf, als Versuch, eine Distanz zwischen sich selbst und die Arbeitsanforderungen zu bringen. Diese Verbindung zwischen Erschöpfung und Depersonalisation findet sich ebenfalls häufig in der Forschung. Komplexer stellt sich die Verbindung zum Merkmal der Ineffizienz dar. Einerseits folgt die Ineffizienz aus der Erschöpfung, der Depersonalisation oder einer Kombination dieser Merkmale. Andererseits entsteht Ineffizienz oft parallel neben den anderen Merkmalen. Es scheint, dass die reduzierte Leistungsfähigkeit als Folge fehlender Ressourcen auftritt, während Erschöpfung und Depersonalisation aufgrund zu hoher Arbeitsansprüche oder sozialer Probleme entstehen.

3.2.2. Diagnose

Das Burnout-Syndrom wird in der ICD-10 (Dilling & Mombour, 2014) nicht als eigenständige Diagnose angeführt, sondern findet sich im „Kapitel XXI Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“, unter „Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, als „Z73.0 Ausgebranntsein“, wozu Burnout als auch der Zustand der totalen Erschöpfung zählen (Dilling & Mombour, 2014).

Im DSM-5 findet das Burnout-Syndrom keinerlei Erwähnung und kann daher nach DSM-5 nicht diagnostiziert werden (American Psychiatric Association, Falkai, & Döpfner, 2015).

3.2.3. Burnout im Kontext Arbeit

Das Job-Demands-Resources-Modell von Burnout erweitert das oben vorgestellte Job-Demand-Control-Modell (Karasek, 1979) um die Berücksichtigung von verschiedenen Stressoren und Ressourcen (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Wittchen & Hoyer, 2011), wobei sich die Stressoren auf die zuvor dargestellten Tätigkeitsanforderungen beziehen. Ressourcen hingegen beziehen sich auf alle Aspekte, die eine Person in ihrer Zielerreichung unterstützen, die Anforderungen und damit verbundene psychologische und physiologische Kosten reduzieren und das persönliche Wachstum fördern (de Beer, Pienaar, & Rothmann, 2016). In *Abbildung 3* sind die Haupteffekte und die Interaktionen zwischen Arbeitsanforderungen und Ressourcen zu sehen (Bakker & Demerouti, 2007). Einerseits führen zu hohe Anforderungen zu einer Überbeanspruchung von mentalen, emotionalen und physischen Ressourcen, woraus ein Rückzug aus der Arbeit (Burnout) entstehen kann, wodurch wiederum die Arbeitsleistung beeinflusst wird (Bakker & Demerouti, 2007; de Beer et al., 2016). Dieser Prozess wird als der gesundheitsschädigende Prozess bezeichnet. Andererseits fördern Ressourcen, die ein Arbeiter zur Verfügung hat, die Motivation, woraus ein erhöhtes Engagement in der Arbeit entstehen kann. Dieser Prozess wird der motivierende Prozess genannt und

bezieht sich darauf, dass Ressourcen durch Engagement zu gewünschten Ergebnissen führen. Eine Interaktion bezieht sich darauf, dass Ressourcen als Puffer zwischen verschiedenen Arten von Anforderungen und dem daraus resultierenden Rückzug dienen können. Eine weitere Interaktion ist, dass Ressourcen die Motivation besonders dann beeinflussen, wenn hohe Anforderungen bestehen.

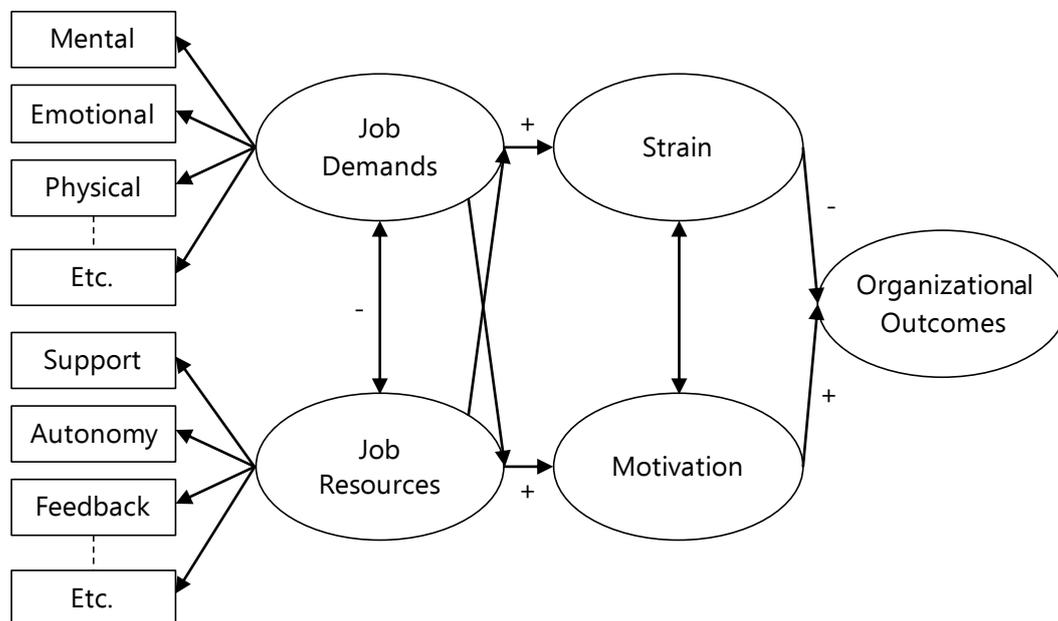


Abbildung 3. Job Demands-Resources-Modell (Bakker & Demerouti, 2007, S. 313).

Trotz fehlender einheitlicher Definition wird das Burnout-Syndrom wissenschaftlich untersucht, insbesondere in Bezug auf Arbeit, Arbeitsfähigkeit, Arbeitsverlust und Probleme in der Arbeit. So stellten de Beer et al. (2016) ihr Mediationsmodell des „Employee Health Impairment Process“ auf und untersuchten dabei die Arbeitsüberlastung, Burnout und psychologische Krankheitssymptome in einer Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten an einer südafrikanischen Population. Ihre Studie bezog sich auf den gesundheitsschädigenden Prozess des Job-Demands-Resources Model von Burnout. Sie konnten zeigen, dass die Ausprägungen von Burnout über alle drei Zeitpunkte hinweg relativ stabil geblieben sind. Es konnten folgende indirekte Effekte gefunden werden: zwischen Arbeitsüberlastung zum ersten Erhebungszeitpunkt und den psychologischen Krankheitssymptomen zum letzten Erhebungszeitpunkt mediiert über Burnout zum zweiten Zeitpunkt sowie zwischen

Burnout zu Beginn und den psychologischen Krankheitssymptomen zum Abschluss, ebenfalls mediiert über Burnout zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Diese Ergebnisse zeigten den Mediationseffekt von Burnout zum zweiten Zeitpunkt zwischen Arbeitsüberlastung und psychologischen Krankheitssymptomen und dass Burnout ein relativ stabiles Konstrukt ist, das sich über die Zeit hinweg kaum ändert.

4. Therapeut-Klienten-Beziehung

Im folgenden Teil wird die Therapeut-Klienten-Beziehung erläutert und der derzeitige Stand der Forschung zu ihrem Einfluss auf die Wirksamkeit von Behandlungen von psychischen Problemen dargestellt.

4.1. Einführung

Wittchen und Hoyer (2011) stellen in ihrem Werk einige Gesprächsvoraussetzungen und Grundprinzipien der Gesprächsführung in einer Therapeut-Klienten-Beziehung vor. Sie legen dar, dass eine professionelle und unterstützende Gesprächsführung von äußerster Wichtigkeit für den therapeutischen Prozess ist. Hierzu zählen unter anderem aktives Zuhören und das Zeigen von Empathie und Akzeptanz. Diese Aspekte zählen auch als Faktoren, die eine mögliche Rolle beim Erfolg der Therapie spielen.

Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient stellt demnach einen wichtigen Aspekt in der Therapie dar und wurde dementsprechend oft in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg untersucht. Im Folgenden soll ein kurzer Einblick in die wissenschaftliche Forschung zur Therapeut-Klienten-Beziehung gegeben werden.

4.1. Wirksamkeit

So zeigten Arnow et al. (2013) einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer besseren Einschätzung der Therapeut-Klienten-Beziehung und weniger Symptomen nach einer kognitiv-verhaltenstherapeutisch-analytischen Psychotherapie-System-Behandlung (CBASP), sowie auch nach einer kurzen unterstützenden Psychotherapie (BSP) für chronische Depression gemeinsam mit einer medikamentösen Behandlung.

Der Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität und der Einschätzung der Symptome war bei Klienten der CBASP stärker. Sie konnten also darlegen, dass die Therapeut-Klienten-Beziehung einen Prädiktor für das Ergebnis verschiedener Therapieformen darstellt.

Im Gegenzug zu den meisten Studien, die sich bloß mit einer Richtung der möglichen Auswirkung der Therapeut-Klienten-Beziehung befassen, haben Xu und Tracey (2015) sich mit dem möglichen reziproken Einfluss der Therapeut-Klienten-Beziehung auf das Ergebnis einer Therapie befasst und konnten Belege dafür finden, dass ihr Modell den unidirektionalen überlegen ist. So zeigten sie mit ihrer Studie, dass die Art der Beziehung sowohl zu Symptomveränderungen als auch die Symptomveränderungen zu einer Beziehungsänderung führten.

Des Weiteren wurde gefunden, dass bestimmte Klientencharakteristiken als Moderatoren der Therapeut-Klienten-Beziehung und des Ergebnisses einer Therapie fungieren können (Lorenzo-Luaces, DeRubeis, & Webb, 2014). So fanden die Autoren, dass die Zusammenhänge zwischen der Therapeut-Klienten-Beziehung und der Anzahl der vorhergegangenen depressiven Episoden sowie der Stärke der anfänglichen Angstsymptome signifikante Prädiktoren der Symptomveränderung sind.

Anhand einer Stichprobe mit depressiven Klienten, die eine kognitive Therapie machten, wurde untersucht, welche Komponenten der Beziehung besonderen Einfluss auf eine Veränderung der Symptome haben (Webb et al., 2011). Es wurde gezeigt, dass die Therapeut-Klienten-Beziehung die spätere Symptomveränderung vorhersagen konnte und bessere Beziehungen zu einer stärkeren Reduzierung der Symptome führten. Außerdem konnte festgestellt werden, dass die Komponente der Übereinstimmung bezüglich der Ziele und Erwartungen zwischen Therapeut und Klient den größten Teil der Symptomveränderung erklären konnte, während die Komponente „Beziehung“ eine weniger wichtige Rolle spielte.

Somit kann gesagt werden, dass die Therapeut-Klienten-Beziehung oder zumindest einzelne Komponenten derselben eine Rolle bei Erfolg und Wirksamkeit einer Therapie spielen können.

5. Projekt „fit2work“

Das Projekt „fit2work“ ist eine Initiative der österreichischen Bundesregierung, die vom Sozialministerium koordiniert wird (fit2work.at, 2014). Es handelt sich dabei um eine kostenlose Beratung für Personen, deren Arbeitsplatz auf Grund ihrer gesundheitlichen oder psychischen Probleme gefährdet ist bzw. die aufgrund dieser Probleme Schwierigkeiten haben, eine Arbeit zu finden, Personen mit längeren Krankenstandstagen und Personen, die nach längeren Krankenstandstagen wieder in ihren Beruf einsteigen möchten, sowie für Betriebe (Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, n.d.-a; Pensionsversicherungsanstalt, o.J.). Es werden fachkundige Beratung und ein Überblick über alle möglichen Förderungen und Maßnahmen angeboten. Ziel von fit2work ist die nachhaltige Sicherung der Arbeitsfähigkeit, die Steigerung des Selbstwertgefühls und der sozialen Integration in die Arbeitswelt. Es soll ein Arbeitsplatzverlust verhindert werden, die Wiedereingliederung nach Krankenständen ermöglicht und mögliche andere Tätigkeitsbereiche herausgearbeitet werden (Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, n.d.-b). Durch die Initiative kann einem Ausschluss aus dem Erwerbsleben entgegengewirkt werden. Die Teilnahme an fit2work läuft auf freiwilliger Basis und steht allen Menschen kostenlos zur Verfügung.

II EMPIRISCHER TEIL

6. Zielsetzung der Studie

Oberstes Ziel der Studie war es, einen Vergleich der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie in Österreich zu ziehen. Da das Konzept der klinisch-psychologischen Behandlung in dieser Art in Österreich einmalig ist, liegt noch wenig Literatur zu diesem Thema und insbesondere zur Effektivität dieser Behandlungsform vor. Daher sollen mit dieser Studie weitere Erkenntnisse zur klinisch-psychologischen Behandlung gewonnen werden.

Im Zuge der Auswertung werden Unterschiede zwischen den Behandlungsarten bezüglich soziodemographischer, arbeitsbezogener und krankheitsspezifischer Merkmale untersucht. Es wird danach gefragt, ob es zwischen den Behandlungsarten Unterschiede bezüglich der eingeschätzten Therapeut-Klienten-Beziehung gibt und in welcher Weise sich die eingeschätzte Therapeut-Klienten-Beziehung auf die Wirksamkeit der Behandlungen auswirkt. Ebenfalls sollte überprüft werden, ob es durch die Behandlungen zu einer Änderung der Berufstätigkeit der Klienten gekommen ist. Schlussendlich sollte die Effektivität der beiden Behandlungsarten untersucht werden und ein Vergleich mit bereits bestehenden Daten aus der Pilotstudie von „fit2work“ vorgenommen werden (Alfons, 2015).

7. Methodik

7.1. Stichprobe

Die Stichprobe wurde aus dem Projekt fit2work entnommen, das vorgesehen hatte, österreichweit 960 Personen klinisch-psychologische Behandlung oder Psychotherapie zukommen zu lassen. Die ausgefüllten Fragebögen wurden zu Beginn und Abschluss der Behandlung per Post zugesandt und in einen Datensatz eingegeben. Für die Auswertung der Fragestellungen sollten sowohl jene Personen eingeschlossen werden, von denen Daten zum Erhebungszeitpunkt t_1 , als auch Personen, von denen Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten, t_1 und t_2 vorlagen. Zusätzlich sollten die Fremdbeurteilungsdaten zum Erhebungszeitpunkt t_1 als auch jene, für die Fragebögen zu beiden Erhebungszeitpunkten vorlagen, einbezogen werden.

7.2. Untersuchungsdurchführung und Studiendesign

Bei der Studie handelte es sich um eine Prä/Poststudie, die sowohl Selbstbeurteilungen als auch Fremdbeurteilungen einbezieht. In *Abbildung 4* ist das Studiendesign schematisch dargestellt. Die Klienten des Projektes „fit2work“ wurden im Anschluss an ein Erstgespräch je nach Einschätzung durch einen steuernden Psychologen der klinisch-psychologischen Behandlung oder der Psychotherapie zugewiesen. Außerdem wurde die empfohlene Anzahl an Einheiten entschieden. Nach dem Erstgespräch erhielten die Klienten die auszufüllenden Fragebögen für t_1 , und nach einem ersten Gespräch mit dem Behandelnden sollten diese die Fremdbeurteilungsfragebögen online ausfüllen.

Nach der Behandlung erhielten die Klienten bei einem Abschlussgespräch mit einem steuernden Psychologen die Fragebögen für t_2 , und auch die Behandelnden sollten wiederum die Fremdbeurteilungsfragebögen online ausfüllen.

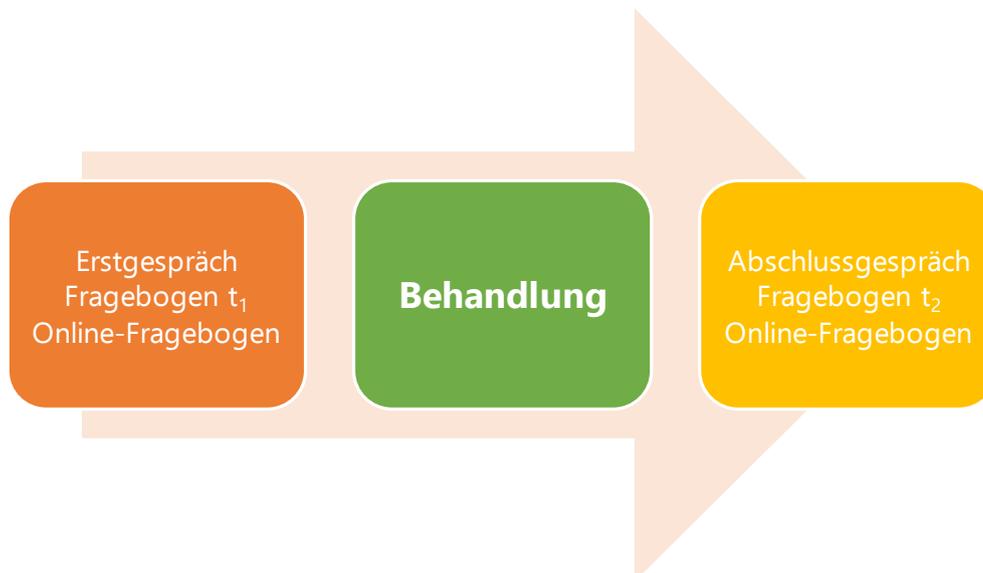


Abbildung 4. Studiendesign.

7.3. Untersuchungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die verwendeten Untersuchungsinstrumente vorgestellt. In *Abbildung 5* ist dargestellt, welche Untersuchungsinstrumente zu welchem Zeitpunkt ausgefüllt werden sollten.

7.3.1. Fragebogen zur Erhebung der soziodemographischen, arbeitsbezogenen und krankheitsspezifischen Variablen

Dieser Fragebogen erhebt sowohl die soziodemographischen Daten (Geschlecht, Alter, Familienstand, Wohnsituation, Anzahl eigener Kinder und höchste abgeschlossene Ausbildung) als auch arbeits- und krankheitsspezifische Daten (Arbeitsverhältnis, subjektive Einschätzung der Auswirkung der psychischen Beschwerden auf die Arbeit und tägliche Aktivitäten, Diagnosezeitpunkt, bereits erfolgte Behandlungen, Medikamenteneinnahme etc.). Zum zweiten Zeitpunkt lag der Fokus auf der Frage nach der subjektiven Einschätzung der Verbesserungen oder Verschlechterungen in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche (Familie, Arbeit, Wohnsituation etc.) durch die erfolgte Behandlung.

7.3.2. Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II)

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere einer Depression. Das BDI-II besteht aus 21 Fragen, die das Auftreten verschiedener Symptome in den letzten zwei Wochen erfragen (Wintjen & Petermann, 2010). Als Antwortmöglichkeiten stehen vier Aussagen zur Verfügung, von denen die passendste ausgewählt werden soll. Diese werden mit 0 bis 3 Punkten bewertet. Die Durchführung dauert zwischen fünf und zehn Minuten. Für die Auswertung wird ein Summenscore berechnet, der Werte zwischen 0 und 63 annehmen kann (Wintjen & Petermann, 2010). Die Wertebereiche werden wie folgt interpretiert:

- 0–8: keine Depression
- 9–13: minimale Depression
- 14–19: leichte Depression
- 20–28: mittelschwere Depression
- 29–63: schwere Depression

Kühner, Bürger, Keller, und Hautzinger (2007) zeigten gute psychometrische Gütekriterien für das BDI-II auf. So lag die interne Konsistenz (Cronbach's α) zwischen .84 und .90 und die Retestreliabilität zwischen .47 und .78.

7.3.3. Brief Symptom Inventory (BSI)

Das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000) ist eine Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R. Es beinhaltet 53 Items, die die neun Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus erfassen. Es können außerdem die folgenden globalen Kennwerte berechnet werden: der Global Severity Index (GSI), der die grundsätzliche psychische Beeinträchtigung erfasst und in dieser Studie für die statistische Auswertung verwendet wurde, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) und Positive Symptom Total (PST).

Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = „überhaupt nicht“ über 1 = „ein wenig“, 2 = „ziemlich“, 3 = „stark“ bis 4 = „sehr stark“ in Bezug auf die letzten sieben Tage beantwortet. Für die Auswertung liegen geschlechtsspezifische Normwerte für Erwachsene vor. Der Cut-off-T-Wert liegt für den GSI und die einzelnen Skalen bei ≥ 63 . Dies bedeutet, dass Personen mit einem T-Wert größer oder gleich 63 als psychisch auffällig bezeichnet werden.

Die interne Konsistenz (Cronbach's α) der Skalen liegt zwischen .39 und .85 und des GSI zwischen .83 und .95 (Franke, 1997). Die Retestreliabilität liegt zwischen .73 und .92.

7.3.4. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Bei der Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998) handelt es sich um eine Fremdbeurteilung, bei der der Behandelnde das allgemeine Funktionsniveau der Patienten einschätzen soll. Die Skala erfasst psychische, soziale und berufliche Funktionsbereiche. Es können Werte zwischen 1 und 100 vergeben werden, wobei erst eines der zehn Funktionsniveaus (z.B. 21–30, 71–80) gewählt werden soll, woraufhin es zu einer Konkretisierung der Einstufung auf einen genauen

Wert kommen soll. Je höher der Wert ist, desto besser wird die psychische, soziale und berufliche Funktionsfähigkeit eingeschätzt. Ein Wert von 100 bedeutet demnach volle Funktionsfähigkeit.

Es wurde eine Reliabilität von .86 und eine diskriminante Validität anhand der Korrelation mit dem Global Severity Index der SCL-90-R von -.46 berechnet (Hilsenroth et al., 2000).

7.3.5. Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995) dient der Erhebung der Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung. Es gibt sowohl eine Selbstbeurteilungs- als auch eine Fremdbeurteilungsform. Der HAQ beinhaltet elf Items, die anhand einer sechstufigen Likert-Skala (1 = „sehr unzutreffend“, 2 = „unzutreffend“, 3 = „wahrscheinlich unzutreffend“, 4 = „wahrscheinlich zutreffend“, 5 = „zutreffend“, 6 = „sehr zutreffend“) beantwortet werden. Aus den elf Items können die Skalen Beziehungszufriedenheit, Erfolgswufriedenheit sowie ein Wert für die Gesamtzufriedenheit berechnet werden. Je höher der berechnete Wert ist, desto besser wird die Qualität der Beziehung eingeschätzt.



Abbildung 5. Untersuchungsinstrumente.

Die Beantwortung des Fragebogens dauert fünf Minuten, und es liegen gute Gütekriterien vor. So liegt die interne Konsistenz (Cronbach's α) bei .89 (Bassler, 2003).

8. Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt werden die in dieser Studie bearbeiteten Fragestellungen und Hypothesen dargestellt.

8.1. Unterschiede in der Verteilung der Klienten zu den Behandlungen

Gibt es einen Unterschied zwischen Klienten, die einer klinisch-psychologischen Behandlung oder einer Psychotherapie zugeordnet wurden, in den Variablen Alter, Familienstand, Bildungsstand, Geschlecht, Berufstätigkeit, Medikamenteneinnahme, Anzahl der Komorbiditäten und im Schweregrad der Belastung?

H₀ (1.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen Klienten, die einer klinisch-psychologischen Behandlung oder einer Psychotherapie zugewiesen wurden hinsichtlich des Alters.

H₁ (1.1): Es gibt einen Unterschied zwischen Klienten, die einer klinisch-psychologischen Behandlung oder einer Psychotherapie zugewiesen wurden hinsichtlich des Alters.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (1.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (1.2) bis (1.10) für die Variablen Familienstand, Bildungsstand, Geschlecht, Berufstätigkeit, Medikamenteneinnahme, Anzahl der Komorbiditäten, subjektive Einschätzung der Beeinträchtigung in Beruf und Alltag und die Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala formuliert.

8.2. Auswirkungen der Behandlungen auf die Beschäftigungssituation

Gibt es eine Veränderung der Beschäftigungssituation von t_1 zu t_2 bei Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben?

H₀ (2.1a): Es gibt keine Veränderung bei Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung erhalten haben, bezüglich der Beschäftigungssituation.

H₁ (2.1a): Es gibt eine Veränderung bei Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung erhalten haben, bezüglich der Beschäftigungssituation.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (2.1a) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (2.1b) für Klienten, die eine Psychotherapie erhalten haben, formuliert.

8.3. Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg bzw. der Therapeut-Klienten-Beziehung und Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Behandlungen

Gibt es einen Unterschied zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, in der Therapeut-Klienten-Beziehung?

H₀ (3.1.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, bezüglich der Gesamtzufriedenheit.

H₁ (3.1.1): Es gibt einen Unterschied zwischen Personen, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, bezüglich der Gesamtzufriedenheit.

Gibt es einen Unterschied zwischen Behandelnden, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie angeboten haben, in der Therapeut-Klienten-Beziehung?

H₀ (3.2.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen Behandelnden, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie angeboten haben, in der Gesamtzufriedenheit.

H₁ (3.2.1): Es gibt einen Unterschied zwischen Behandelnden, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie angeboten haben, in der Gesamtzufriedenheit.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (3.1.1) und (3.2.1) werden die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (3.1.2), (3.1.3), (3.2.2) und (3.2.3) für die Werte Beziehungszufriedenheit und Erfolgswufriedenheit formuliert.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Klienten und der Wirksamkeit der Behandlung?

H₀ (3.3.1a): Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit der Klienten und der Veränderung der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala in der klinisch-psychologischen Behandlung.

H₁ (3.3.1a): Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit der Klienten und der Veränderung der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala in der klinisch-psychologischen Behandlung.

Analog zu H₀ bzw. H₁ (3.3.1a) werden die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (3.3.2a) und (3.3.3a) für die Beziehungszufriedenheit und Erfolgswufriedenheit formuliert. Die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (3.3.1b) bis (3.3.3b) sind für Klienten der Psychotherapie formuliert.

8.4. Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen

Gibt es einen Gruppeneffekt zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

H₀ (4.1.1): Es gibt keinen Gruppeneffekt zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

H₁ (4.1.1): Es gibt einen Gruppeneffekt zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

Gibt es einen Zeiteffekt zwischen den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

H₀ (4.1.2): Es gibt keinen Zeiteffekt zwischen den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

H₁ (4.1.2): Es gibt einen Zeiteffekt zwischen den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

Gibt es eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

H₀ (4.1.3): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

H₁ (4.1.3): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

8.5. Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen in zwei Kohorten

Gibt es einen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁?

H₀ (5.1.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁.

H₁ (5.1.1): Es gibt einen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁.

Gibt es einen Unterschied zwischen den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁?

H₀ (5.1.2): Es gibt keinen Unterschied zwischen den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁.

H₁ (5.1.2): Es gibt einen Unterschied zwischen den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁.

Gibt es eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁?

H₀ (5.1.3): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁.

H₁ (5.1.3): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t₁.

Gibt es einen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

H₀ (5.2.1): Es gibt keinen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

H₁ (5.2.1): Es gibt einen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

Gibt es einen Unterschied zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

H₀ (5.2.2): Es gibt keinen Unterschied zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

H₁ (5.2.2): Es gibt einen Unterschied zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post- Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

Gibt es eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

H₀ (5.2.3): Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

H₁ (5.2.3): Es gibt eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala.

8.6. Statistische Auswertungsverfahren

Die statistische Analyse der Daten erfolgte mittels dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics® 24.0 für Windows. Das Signifikanzniveau wurde vorab auf $\alpha = 5\%$ festgelegt. Daher werden p -Werte kleiner als .05 als signifikant erachtet. Für Stichprobengrößen ≥ 30 konnte nach dem zentralen Grenzwerttheorem eine Normalverteilung der Daten angenommen werden (Bortz & Döring, 2016). Bei kleineren Stichproben wurde die Voraussetzung der Normalverteilung mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests geprüft. Die Varianzhomogenität wurde anhand des Levene-Tests überprüft. Im Falle eines nicht

signifikanten Kolmogorov-Smirnov- oder Levene-Tests wurde die Normalverteilung bzw. die Varianzhomogenität angenommen.

Für die Analyse der Daten kamen folgende statistische Verfahren zur Anwendung:

Die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson wurde verwendet, um Zusammenhänge zwischen zwei intervallskalierten Merkmalen zu berechnen. War die Normalverteilung in einem dieser beiden Merkmale oder in beiden nicht gegeben, wurde die Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Für Häufigkeitsanalysen bzw. die Prüfung von Verteilungsunterschieden wurde der χ^2 -Test verwendet. Für die Überprüfung von zwei wiederholt erhobenen Merkmalen wurde der McNemar-Test gerechnet. Zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen den Behandlungsgruppen kam der t -Test für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Für den Vergleich der Werte zweier Gruppen zu zwei Messzeitpunkten wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung verwendet. Um mehrere unabhängige Variablen miteinander zu vergleichen, wurde die zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet.

Für eine bessere Verständlichkeit und leichtere Einordnung der Ergebnisse wurden Effektgrößen berechnet. Nach Cohen (1988) können die Korrelationskoeffizienten, die zwischen -1 und 1 liegen, folgendermaßen interpretiert werden:

ab $r = .10$ kleiner Effekt

ab $r = .30$ mittlerer Effekt

ab $r = .50$ großer Effekt

Für Mittelwertsunterschiede wurde als Effektstärke Cohen's d berechnet. Die Werte können laut Cohen (1988) folgendermaßen interpretiert werden:

ab $d = 0.20$ kleiner Effekt

ab $d = 0.50$ mittlerer Effekt

ab $d = 0.80$ großer Effekt

Bei den Varianzanalysen wurde als Effektstärke η^2 berechnet. Diese gibt an, wie viel der Gesamtvarianz durch die unabhängige Variable erklärt wird (Cohen, 1988). Die Werte können folgendermaßen interpretiert werden:

ab $\eta_p^2 = .01$ kleiner Effekt

ab $\eta_p^2 = .06$ mittlerer Effekt

ab $\eta_p^2 = .14$ großer Effekt

9. Ergebnisdarstellung

Es folgen die Ergebnisse der statistischen Analyse der zuvor dargestellten Fragestellungen und Hypothesen.

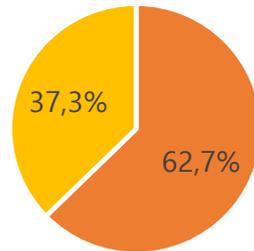
9.1. Deskriptive Beschreibung der Stichprobe

Die für die vorliegende Studie verwendeten Daten setzen sich aus vier Quellen zusammen: die Fragebögen zu Beginn und zum Abschluss der Untersuchung, jeweils ausgefüllt von den Klienten und den Behandelnden. Das Projekt sah eine Stichprobe von 960 Klienten vor, von denen 672 zu Beginn und 139 zu Beginn und zum Abschluss der Behandlung die Fragebögen bis Ende März 2017 übermittelten. 41 Abschlüsse konnten aufgrund fehlender Codenummern oder Beginndaten nicht zugeordnet werden. Fünf Datensätze mussten aufgrund zu vieler fehlender Daten aus der Analyse ausgeschlossen werden.

Von den Behandelnden lagen für den Beginn der Behandlung 327 und für den Abschluss 49 Datensätze vor, die den Klienten zugeordnet werden konnten. Von 24 Klienten lagen Selbst- und Fremdbeurteilungen zu Beginn und Abschluss der Behandlung vor.

Für die deskriptive Beschreibung der Stichprobe wurden die Selbstbeurteilungen zu Beginn der Behandlung gewählt, da diese für die Überprüfung der Fragestellungen am häufigsten genutzt wurden.

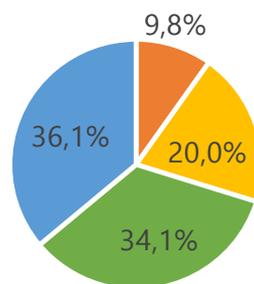
Es nahmen in etwa zwei Drittel Frauen zu Beginn der Behandlung an der Befragung teil, und dementsprechend etwa ein Drittel Männer, wie in *Abbildung 6* zu sehen ist.



■ Frauen ■ Männer

Abbildung 6. Geschlechterverteilung.

Die Altersverteilung ist in *Abbildung 7* dargestellt. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmer waren über 40 Jahre alt.



■ ≤29 ■ 30-39 ■ 40-49 ■ ≥50

Abbildung 7. Altersverteilung.

Der Familienstand ist in *Abbildung 8* abgebildet. Die meisten Teilnehmer waren verheiratet oder ledig. Bezüglich des höchsten Bildungsabschlusses kann man in *Abbildung 9* sehen, dass der Großteil der Teilnehmer eine Berufsschule oder Lehre abgeschlossen hat.

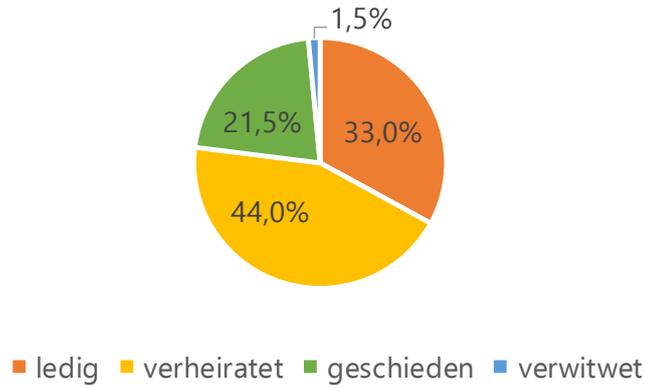


Abbildung 8. Familienstand.

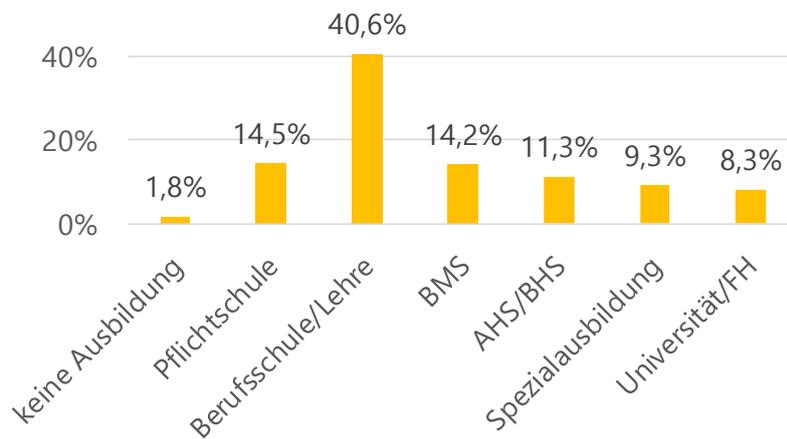


Abbildung 9. Bildungsabschluss.

Fast zwei Drittel der Personen gaben zu Beginn der Behandlung an, keine Arbeit zu haben (Abbildung 10). Ebenfalls fast zwei Drittel gaben an, Medikamente gegen psychische Beschwerden einzunehmen (Abbildung 11).

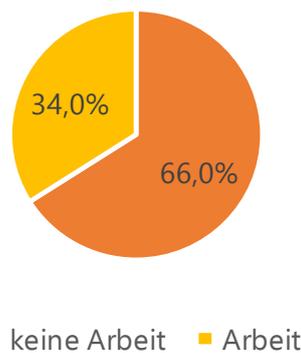


Abbildung 10. Arbeitsverhältnis.

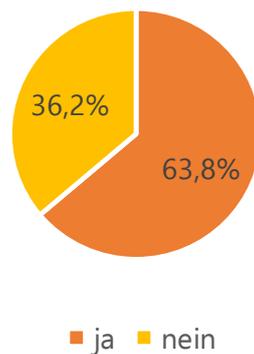


Abbildung 11. Medikamenteneinnahme.

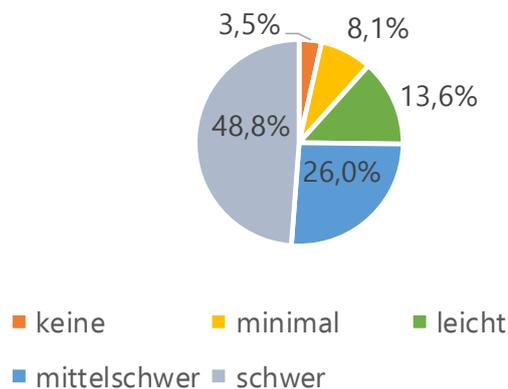


Abbildung 12. Depressionsausprägungen.

Fast die Hälfte der Klienten wies zu Beginn der Behandlung eine schwere Depression auf (Abbildung 12).

9.2. Reliabilitätsanalysen der Untersuchungsinstrumente

Zur Überprüfung der Zuverlässigkeit der verwendeten Untersuchungsinstrumente wurde vor der statistischen Analyse eine Reliabilitätsüberprüfung des BDI-II, BSI und des HAQ in Selbst- und Fremdbeurteilung durchgeführt. In *Tabelle 1* sind die internen Konsistenzen der überprüften Untersuchungsinstrumente dargestellt. In allen überprüften Untersuchungsinstrumenten und Subskalen liegen gute bis sehr gute interne Konsistenzen vor. Das niedrigste Cronbach's Alpha liegt bei .73 in der Skala Beziehungszufriedenheit des HAQ in der Fremdbeurteilung.

Tabelle 1. Interne Konsistenzen der überprüften Untersuchungsinstrumente.

Skalen	N	α
BDI-II	653	.91
BSI		
Somatisierung	651	.84
Zwanghaftigkeit	655	.85
Unsicherheit	636	.81
Depressivität	658	.87
Ängstlichkeit	656	.86
Aggressivität	654	.77
Phobische Angst	655	.85
Paranoide Störung	659	.82
Psychotizismus	653	.77
GSI	609	.97
HAQ Selbstbeurteilung		
HAQ Erfolgswufriedenheit	135	.84
HAQ Beziehungswufriedenheit	135	.90
HAQ Gesamt	134	.91
HAQ Fremdbeurteilung		
HAQ Erfolgswufriedenheit	64	.81
HAQ Beziehungswufriedenheit	64	.73
HAQ Gesamt	64	.86

9.3. Hypothesenprüfung

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der durchgeführten statistischen Analysen präsentiert und die zuvor dargestellten Fragestellungen und Hypothesen dementsprechend beantwortet. Die Hypothesen können im vorangegangenen Kapitel nachgelesen werden, da hier nur die Fragestellungen nochmals angeführt werden.

9.3.1. Unterschiede in der Verteilung der Klienten zu den Behandlungen in soziodemographischen, arbeitsbezogenen und krankheitsspezifischen Variablen

Gibt es Unterschiede in den soziodemographischen, arbeitsbezogenen und krankheitsspezifischen Variablen zwischen Klienten, die einer klinisch-psychologischen Behandlung, oder jenen, die einer Psychotherapie zugeordnet wurden?

Die Überprüfung der Zuteilung zu den Behandlungsarten wurde für alle Personen durchgeführt, die zu Beginn der Behandlung die Fragebögen zugestellt hatten. Hierfür wurden χ^2 -Tests und t -Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

In *Tabelle 2* sind die Ergebnisse der t -Tests und in *Tabelle 3* die Ergebnisse der χ^2 -Tests für kategoriale Variablen dargestellt. Für die Anzahl der Komorbiditäten wurden alle F-Diagnosen als auch die Diagnose Burnout (Z.73) miteinbezogen.

Tabelle 2. t -Tests für die Überprüfung der Zuteilung zu den Behandlungsarten nach Alter, Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag sowie den Skalenwerten.

	klinisch- psychologische Behandlung		Psychotherapie		t	df	p	d
	n	M (SD)	n	M (SD)				
Alter	394	44.55 (9.61)	181	43.34 (10.08)	1.388	573	.166	-0.12
Komorbiditäten	220	1.64 (0.80)	80	1.41 (0.61)	2.572	183.450	.011	-0.30
Leistung	137	6.80 (2.40)	60	6.42 (2.37)	1.044	195	.298	-0.16
Alltag	385	6.25 (2.29)	173	6.32 (2.38)	-0.336	556	.737	0.03
BDI-II	386	27.65 (11.11)	178	27.54 (10.98)	0.111	562	.912	-0.01
BSI								
Somatisierung	385	66.57 (10.85)	179	66.02 (11.54)	0.546	562	.586	-0.05
Zwanghaftigkeit	387	68.06 (9.95)	179	67.81 (10.06)	0.282	564	.778	-0.03
Unsicherheit	375	65.61 (11.93)	172	66.72 (11.54)	-1.026	545	.306	0.09
Depressivität	390	68.69 (9.90)	180	69.44 (8.66)	-0.882	568	.378	0.08
Ängstlichkeit	389	67.50 (11.07)	179	67.52 (11.45)	-0.016	566	.988	0.00
Aggressivität	387	62.78 (11.60)	178	63.67 (11.07)	-0.868	563	.386	0.08
Phobische Angst	387	66.44 (12.51)	179	66.99 (11.87)	-0.495	564	.620	0.05
Paranoides Denken	390	65.96 (11.09)	180	66.87 (9.35)	-1.020	407.757	.308	0.09
Psychotizismus	386	66.13 (11.51)	179	66.88 (11.32)	-0.725	563	.469	0.07
GSI	387	71.28 (10.18)	179	71.69 (9.73)	-0.459	564	.647	0.04
GAF	218	55.14 (11.43)	80	50.80 (10.95)	2.939	296	.004	-0.38

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Behandlungsgruppen zu Beginn der Behandlung in keiner der überprüften Variablen signifikant voneinander unterscheiden, mit der Ausnahme der Anzahl der Komorbiditäten ($t(183.450) = 2.572$; $p = .011$) und der Werte der GAF-Skala ($t(296) = 2.939$; $p = .004$), die mit $d = -.030$ und $d = -0.38$ einen kleinen

Ergebnisdarstellung

Effekt aufzeigen. Die Klienten der klinisch-psychologischen Behandlung zeigten zu Beginn höhere Werte (M (SD) = 1.64 (0.80); M (SD) = 55.14 (11.43)) als die Klienten der Psychotherapie (M (SD) = 1.41 (0.61); M (SD) = 50.80 (10.95)). Die Nullhypothesen werden für alle Variablen bis auf die der Anzahl

Tabelle 3. χ^2 -Tests für die Überprüfung der Zuteilung zu den Behandlungsansätzen nach Geschlecht, Berufstätigkeit, Medikamenteneinnahme, Familien- und Ausbildungsstand.

	klinisch-psychologische Behandlung				Psychotherapie				χ^2	df	p						
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen									
n	142	257	66	116	0.025	1	.875										
erwartet	142.8	256.2	65.2	116.8													
stand.																	
Residuen	-0.1	0.1	0.1	-0.1													
	Arbeit+	Arbeit-	Arbeit+	Arbeit-	0.124	1	.725										
n	139	258	61	121													
erwartet	137.1	259.9	62.9	119.1													
stand.																	
Residuen	0.2	-0.1	-0.2	0.2													
	M+	M-	M+	M-	1.647	1	.199										
n	255	137	104	71													
erwartet	248.2	143.8	110.8	64.2													
stand.																	
Residuen	0.4	-0.6	-0.6	0.8													
	F_L	F_V	F_G	F_W	F_L	F_V	F_G	F_W	7.328	3	.062						
n	122	188	83	3	65	69	42	5									
erwartet	128.3	176.4	85.8	5.5	58.7	80.6	39.2	2.5									
stand.																	
Residuen	-0.6	0.9	-0.3	-1.1	0.8	-1.3	0.4	1.6									
	A_K	A_P	A_L	A_B	A_A	A_S	A_U	A_K	A_P	A_L	A_B	A_A	A_S	A_U	3.641	6	.725
n	7	62	153	60	50	37	28	3	29	74	23	17	16	19			
erwartet	6.962	5.155	9.57	4.46	3.636	3.32	3.1	3.1	28.5	71.1	26	21	16.6	14.7			
stand.																	
Residuen	0.1	-0.1	-0.2	0.4	0.6	0.1	-0.8	-0.1	0.1	0.3	-0.6	-0.9	-0.1	1.1			

Anmerkungen. M: Medikation, F: Familienstand, L: ledig, V: verheiratet, G: geschieden, W: verwitwet, A: Ausbildungsgrad, K: kein Abschluss, P: Pflichtschule, L: Berufsschule/Lehre, B: berufsbildende mittlere Schule, A: AHS/BHS, S: Kurzstudium/Spezialausbildung, U: Universität/FH.

der Komorbiditäten und der GAF-Skala beibehalten. Im Falle der Komorbiditäten und der GAF-Skala werden die Alternativhypothesen angenommen.

9.3.2. Auswirkungen der Behandlungen auf die Beschäftigungssituation

Gibt es eine Veränderung der Beschäftigungssituation von t_1 zu t_2 bei Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben?

Zur Überprüfung, ob die Behandlungen Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation der Klienten hatten, wurde der Chi-Quadrat-Test nach McNemar anhand der vorliegenden Daten zu Beginn und Abschluss der Behandlung berechnet.

Tabelle 4. Chi-Quadrat-Test nach McNemar zur Überprüfung der Auswirkungen der Behandlungen auf die Beschäftigungssituation.

	t_1	t_2		Gesamt	p
		Arbeit+	Arbeit-		
Klinisch-psychologische Behandlung	Arbeit+	24	9	33	.267
	Arbeit-	4	49	53	
Psychotherapie	Arbeit+	14	5	19	1.000
	Arbeit-	5	27	32	
Gesamt		47	90	137	

Die Ergebnisse zeigen, dass es weder bei der klinisch-psychologischen Behandlung noch bei der Psychotherapie zu einer signifikanten Veränderung der Beschäftigungssituation der Klienten kam (*Tabelle 4*). Die Alternativhypothesen werden verworfen, und die Nullhypothesen beibehalten.

9.3.3. Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg bzw. der Therapeut-Klienten-Beziehung und Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Behandlungen

Gibt es einen Unterschied in der Therapeut-Klienten-Beziehung zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben?

Gibt es einen Unterschied in der Therapeut-Klienten-Beziehung zwischen Behandelnden, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie angeboten haben?

Für die Überprüfung, ob es Unterschiede der Therapeut-Klienten-Beziehung bei Klienten und Behandelnden zwischen den Behandlungsarten gab, wurden *t*-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 5* angeführt.

Tabelle 5. t-Tests für die Überprüfung der Unterschiede in der Therapeut-Klienten-Beziehung zwischen den Behandlungsarten bei Klienten und Behandelnden.

	klinisch- psychologische Behandlung		Psychotherapie		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>				
HAQ-EZ-Selbst	83	23.06 (4.60)	50	23.36 (3.67)	-0.392	131	.696	0.07
HAQ-BZ-Selbst	83	32.18 (4.24)	50	31.98 (3.88)	0.273	131	.785	-0.05
HAQ-Selbst	83	55.24 (8.06)	49	55.18 (6.98)	0.041	130	.967	-0.01
HAQ-EZ-Fremd	42	25.07 (3.00)	12	24.92 (3.23)	0.155	52	.877	-0.05
HAQ-BZ-Fremd	42	32.45 (2.97)	12	32.75 (1.91)	-0.327	52	.745	0.11
HAQ-Fremd	42	57.52 (5.55)	12	57.67 (4.33)	-0.082	52	.935	0.03

Anmerkungen. EZ: Erfolgszufriedenheit, BZ: Beziehungszufriedenheit.

Es zeigte sich, dass keine signifikanten Unterschiede der Therapeut-Klienten-Beziehung gefunden werden konnten. Für diese Hypothesen werden deshalb die Alternativhypothesen verworfen und die Nullhypothesen beibehalten.

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Klienten und der Wirksamkeit der Behandlung?

Zur Überprüfung dieser Fragestellung wurden Korrelationen nach Pearson gerechnet. Aufgrund der geringen Stichprobengröße der klinisch-psychologischen Behandlung in der GAF-Skala wurde hier eine Spearman-Korrelation berechnet. Für die Psychotherapie wurde in der GAF-Skala keine Auswertung vorgenommen, da die Stichprobe mit *n* = 4 zu klein war, um repräsentative Ergebnisse darstellen zu können. Die Korrelationskoeffizienten befinden sich in *Tabelle 6*, wobei die fett markierten

Koeffizienten diejenigen sind, die einen signifikanten Effekt aufweisen. Bei der klinisch-psychologischen Behandlung wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erfolgsszufriedenheit und den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität und Paranoides Denken gefunden. Diese Zusammenhänge wiesen einen kleinen Effekt auf ($r = .223$ bis $r = .245$). Des Weiteren wurden signifikante Zusammenhänge der Erfolgsszufriedenheit und dem HAQ-Gesamtwert mit dem BDI-II gefunden, wobei diese einen mittelgroßen Effekt aufwiesen ($r = .431$ und $r = .343$). Es wurde kein signifikanter Zusammenhang der Beziehungsszufriedenheit mit den Werten des BDI-II, BSI und der GAF-Skala gefunden.

Bei den Klienten der Psychotherapie waren alle Zusammenhänge der Erfolgsszufriedenheit signifikant. Einen kleinen Effekt wies der Zusammenhang mit Psychotizismus auf, alle anderen Effekte waren mittelgroß ($r = .296$ bis $r = .460$). Die Gesamtskala des HAQ zeigte signifikante Zusammenhänge mit mittlerem Effekt mit dem BDI-II, den Skalen Somatisierung, Unsicherheit, Depressivität, Paranoides Denken und dem GSI ($r = .303$ bis $r = .414$). Auch bei den Klienten der Psychotherapie wurde kein signifikanter Zusammenhang der Beziehungsszufriedenheit mit den Werten des BDI-II und des BSI gefunden.

Tabelle 6. Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang der HAQ-Skalen mit den Veränderungen der BDI-II-, BSI- und GAF-Werte.

Differenzen	klinisch-psychologische Behandlung			Psychotherapie		
	HAQ-EZ	HAQ-BZ	HAQ	HAQ-EZ	HAQ-BZ	HAQ
BDI-II	.431 $p < .001$ n = 74	.182 $p = .120$ n = 74	.343 $p = .003$ n = 74	.365 $p = .011$ n = 48	.195 $p = .184$ n = 48	.303 $p = .038$ n = 47
BSI						
Somatisierung	.113 $p = .325$ n = 78	-.215 $p = .059$ n = 78	.045 $p = .698$ n = 78	.346 $p = .015$ n = 49	.222 $p = .125$ n = 49	.329 $p = .022$ n = 48
Zwanghaftigkeit	.245 $p = .031$ n = 78	.045 $p = .698$ n = 78	.162 $p = .157$ n = 78	.384 $p = .006$ n = 50	.115 $p = .425$ n = 50	.267 $p = .063$ n = 49

Ergebnisdarstellung

	-.040	-.106	-.080	.333	.234	.331
Unsicherheit	$p = .738$	$p = .373$	$p = .502$	$p = .021$	$p = .110$	$p = .023$
	n = 72	n = 72	n = 72	n = 48	n = 48	n = 47
	.223	.074	.166	.460	.242	.414
Depressivität	$p = .045$	$p = .510$	$p = .139$	$p = .001$	$p = .091$	$p = .003$
	n = 81	n = 81	n = 81	n = 50	n = 50	n = 49
	.195	-.028	.094	.365	.104	.256
Ängstlichkeit	$p = .088$	$p = .805$	$p = .411$	$p = .010$	$p = .479$	$p = .079$
	n = 78	n = 78	n = 78	n = 49	n = 49	n = 48
	.132	-.049	.048	.303	-.024	.152
Aggressivität	$p = .246$	$p = .668$	$p = .673$	$p = .037$	$p = .869$	$p = .308$
	n = 79	n = 79	n = 79	n = 48	n = 48	n = 47
	.108	-.081	.018	.310	.116	.242
Phobische Angst	$p = .348$	$p = .483$	$p = .878$	$p = .029$	$p = .423$	$p = .093$
	n = 78	n = 78	n = 78	n = 50	n = 50	n = 49
	.242	.005	.140	.411	.204	.352
Paranoides Denken	$p = .029$	$p = .967$	$p = .214$	$p = .003$	$p = .159$	$p = .014$
	n = 81	n = 81	n = 81	n = 49	n = 49	n = 48
	-.012	-.184	-.105	.296	.093	.216
Psychotizismus	$p = .919$	$p = .105$	$p = .359$	$p = .039$	$p = .525$	$p = .140$
	n = 79	n = 79	n = 79	n = 49	n = 49	n = 48
	.194	-.121	.045	.453	.123	.319
GSI	$p = .089$	$p = .291$	$p = .698$	$p = .001$	$p = .401$	$p = .027$
	n = 78	n = 78	n = 78	n = 49	n = 49	n = 48
GAF	.220	.286	.241			
	$p = .366$	$p = .236$	$p = .321$			
	n = 19	n = 19	n = 19			

Anmerkungen. EZ: Erfolgszufriedenheit, BZ: Beziehungszufriedenheit.

9.3.4. Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen

Gibt es einen Gruppeneffekt zwischen Klienten, die eine klinisch-psychologische Behandlung oder eine Psychotherapie erhalten haben, hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

Gibt es einen Zeiteffekt zwischen den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

Gibt es eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Prä/Post-Werten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

Zur Überprüfung, ob es unterschiedliche Wirksamkeiten der beiden Behandlungsarten gab, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungen gerechnet. Die Ergebnisse in *Tabelle 7* zeigen, dass es in allen Variablen einen hoch signifikanten Zeiteffekt gab (alle $p < .001$). Das heißt, dass sich die Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu Beginn der Behandlung signifikant von denjenigen zum Abschluss der Behandlung unterscheiden haben und zwar dahingehend, dass sich nach den Behandlungen durchwegs eine Verbesserung der Symptomatik zeigte. Diese Ergebnisse zeigten alle einen großen Effekt ($\eta_p^2 = .188$ bis $\eta_p^2 = .505$). Für die Hypothese bezüglich des Zeiteffekts der Werte werden die Nullhypothesen in allen Variablen verworfen und die Alternativhypothesen angenommen.

Tabelle 7. Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Überprüfung der Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen.

	klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie		F	df	p	η_p^2
	t ₁	t ₂	t ₁	t ₂				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
BDI-II	25.92 (10.94)	16.19 (11.72)	26.18 (10.73)	14.94 (9.49)				
(n _K = 77; n _P = 49)								
Zeit					126.558	1	< .001	.505
Behandlung*Zeit					0.663	1	.417	.005
Behandlung					0.080	1	.778	.001
BSI								
Somatisierung	65.72 (11.02)	60.42 (11.69)	63.96 (11.91)	58.74 (12.50)				
(n _K = 81; n _P = 50)								
Zeit					35.422	1	< .001	.215
Behandlung*Zeit					0.002	1	.966	.000
Behandlung					0.811	1	.369	.006
Zwanghaftigkeit	65.07 (11.20)	58.70 (12.61)	65.47 (10.55)	58.55 (10.66)				
(n _K = 81; n _P = 51)								
Zeit					60.481	1	< .001	.318
Behandlung*Zeit					0.104	1	.748	.001
Behandlung					0.004	1	.948	.000
Unsicherheit	62.19 (12.46)	57.19 (11.20)	65.39 (10.28)	58.51 (9.02)				
(n _K = 74; n _P = 49)								
Zeit					49.301	1	< .001	.289
Behandlung*Zeit					1.232	1	.269	.010
Behandlung					1.496	1	.224	.012

Ergebnisdarstellung

Depressivität	66.68 (10.29)	60.27 (12.16)	69.04 (8.29)	61.29 (10.22)				
(n _K = 84; n _P = 51)								
Zeit					80.220	1	< .001	.376
Behandlung*Zeit					0.720	1	.398	.005
Behandlung					0.987	1	.322	.007
Ängstlichkeit	65.28 (12.11)	61.22 (10.80)	67.80 (9.19)	61.96 (9.24)				
(n _K = 81; n _P = 50)								
Zeit					51.973	1	< .001	.287
Behandlung*Zeit					1.676	1	.198	.013
Behandlung					.824	1	.366	.006
Aggressivität	60.01 (12.25)	55.45 (11.30)	61.92 (11.93)	55.86 (11.15)				
(n _K = 82; n _P = 49)								
Zeit					29.924	1	< .001	.188
Behandlung*Zeit					0.597	1	.441	.005
Behandlung					0.380	1	.539	.003
Phobische Angst	65.33 (12.47)	60.46 (13.15)	64.45 (10.00)	57.43 (11.50)				
(n _K = 81; n _P = 51)								
Zeit					39.681	1	< .001	.234
Behandlung*Zeit					1.288	1	.259	.010
Behandlung					1.014	1	.316	.008
Paranoides Denken	64.76 (10.37)	60.05 (11.37)	65.32 (9.38)	58.76 (11.01)				
(n _K = 84; n _P = 50)								
Zeit					48.454	1	< .001	.269
Behandlung*Zeit					1.299	1	.257	.010
Behandlung					0.045	1	.832	.000
Psychotizismus	63.60 (11.85)	59.45 (11.78)	65.72 (10.73)	60.20 (9.67)				
(n _K = 82; n _P = 50)								
Zeit					28.620	1	< .001	.180
Behandlung*Zeit					0.578	1	.448	.004
Behandlung					0.634	1	.427	.005
GSI	69.00 (11.46)	61.40 (14.31)	70.86 (9.40)	61.48 (11.91)				
(n _K = 81; n _P = 50)								
Zeit					86.865	1	< .001	.402
Behandlung*Zeit					0.949	1	.332	.007
Behandlung					0.239	1	.626	.002
GAF	52.00 (10.49)	66.52 (12.05)	50.80 (15.29)	64.40 (13.48)				
(n _K = 33; n _P = 10)								
Zeit					37.241	1	< .001	.476
Behandlung*Zeit					0.039	1	.844	.001
Behandlung					0.202	1	.656	.005

In keiner der untersuchten Variablen wurde ein Gruppenunterschied zwischen den Behandlungsansätzen und auch keine Wechselwirkung zwischen dem jeweiligen Behandlungsansatz und der Zeit gefunden. Die Nullhypothesen werden beibehalten.

9.3.5. Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen in zwei Kohorten

Gibt es einen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t_1 ?

Gibt es einen Unterschied zwischen den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t_1 ?

Gibt es eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zu t_1 ?

Zur Überprüfung der Frage, ob es zu Beginn der Behandlung zwischen den Kohorten und den Behandlungsarten einen Unterschied bezüglich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala gab, wurden zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Für das BDI-II und die GAF-Skala wurde dies univariat durchgeführt und für die Skalen des BSI multivariat.

Die Ergebnisse in *Tabelle 8* und *Tabelle 9* zeigen, dass es in der Skala Zwanghaftigkeit eine signifikante Wechselwirkung mit kleinem Effekt gab ($p = .035$; $\eta_p^2 = .004$). Für die Skala Zwanghaftigkeit wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen.

In der Gesamtskala des BSI zeigte sich ein signifikanter Kohortenunterschied mit kleinem Effekt ($p = .049$; $\eta_p^2 = .004$). Dies bedeutet, dass sich die Kohorten in den Werten des GSI zu Behandlungsbeginn signifikant voneinander unterschieden haben. Für den GSI-Wert wird die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Einen signifikanten Behandlungsunterschied gab es in den Skalen Unsicherheit, Depressivität, phobische Angst, Psychotizismus und der Gesamtskala mit kleinem bis mittlerem Effekt ($p = .004$ bis $p = .030$; $\eta_p^2 = .000$ bis $\eta_p^2 = .008$). Die Werte

der oben genannten Skalen unterschieden sich zu Behandlungsbeginn zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie. Für diese Skalen werden die Nullhypothesen bezüglich der Behandlungsunterschiede verworfen und die Alternativhypothesen angenommen.

Tabelle 8. Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Werten des BSI.

	klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie		F	df	p	η_p^2
	Kohorte 1 (n = 354)	Kohorte 2 (n = 369)	Kohorte 1 (n = 121)	Kohorte 2 (n = 170)				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
BSI								
Somatisierung	66.16 (11.46)	66.42 (10.83)	67.51 (11.09)	65.94 (11.33)				
Kohorte					0.701	1	.402	.001
Behandlung*Kohorte					1.365	1	.243	.001
Behandlung					0.314	1	.575	.000
Zwanghaftigkeit	67.87 (10.21)	68.06 (9.96)	70.66 (9.33)	67.89 (9.92)				
Kohorte					3.397	1	.066	.003
Behandlung*Kohorte					4.470	1	.035	.004
Behandlung					3.525	1	.061	.003
Unsicherheit	66.16 (10.84)	65.49 (11.95)	68.30 (10.78)	66.81 (11.49)				
Kohorte					1.836	1	.176	.002
Behandlung*Kohorte					0.260	1	.610	.005
Behandlung					4.717	1	.030	.000
Depressivität	68.78 (9.00)	68.63 (9.89)	71.39 (8.92)	69.54 (8.62)				
Kohorte					2.391	1	.122	.002
Behandlung*Kohorte					1.704	1	.192	.002
Behandlung					7.315	1	.007	.007
Ängstlichkeit	67.03 (11.67)	67.35 (11.04)	69.53 (10.92)	67.56 (11.55)				
Kohorte					1.082	1	.299	.001
Behandlung*Kohorte					2.065	1	.151	.002
Behandlung					2.902	1	.089	.003
Aggressivität	62.72 (10.81)	62.90 (11.61)	64.69 (10.21)	63.74 (10.97)				
Kohorte					0.250	1	.617	.000
Behandlung*Kohorte					0.525	1	.469	.001
Behandlung					3.256	1	.071	.003
Phobische Angst	65.52 (12.49)	66.30 (12.53)	69.72 (11.98)	67.14 (11.89)				
Kohorte					1.086	1	.298	.001
Behandlung*Kohorte					3.743	1	.053	.004
Behandlung					8.476	1	.004	.008

Ergebnisdarstellung

Paranoides Denken	66.41 (9.81)	66.01 (11.15)	68.02 (9.26)	67.05 (9.43)				
Kohorte					0.911	1	.911	.001
Behandlung*Kohorte					0.154	1	.694	.000
Behandlung					3.437	1	.064	.003
Psychotizismus	66.22 (10.70)	66.03 (11.53)	69.42 (10.80)	67.16 (11.19)				
Kohorte					2.474	1	.116	.002
Behandlung*Kohorte					1.774	1	.183	.002
Behandlung					7.737	1	.006	.008
GSI	71.49 (9.44)	71.24 (10.23)	74.21 (8.53)	71.79 (9.62)				
Kohorte					3.892	1	.049	.004
Behandlung*Kohorte					2.584	1	.108	.003
Behandlung					5.831	1	.016	.006
Gesamt								
Kohorte					0.744	10	.683	.007
Behandlung*Kohorte					1.317	10	.216	.013
Behandlung					0.782	10	.647	.008

Tabelle 9. Zweifaktorielle univariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Werten des BDI-II und der GAF-Skala.

	klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie		F	df	p	η_p^2
	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 1	Kohorte 2				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
BDI-II	27.33 (10.43)	27.65 (11.11)	30.85 (11.15)	27.65 (10.91)				
($n_{K1} = 353$; $n_{K2} = 386$; $n_{P1} = 119$; $n_{P2} = 177$)								
Kohorte					3.609	1	.058	.003
Behandlung*Kohorte					5.404	1	.020	.005
Behandlung					5.400	1	.020	.005
GAF	52.98 (11.53)	55.14 (11.43)	50.41 (11.79)	50.80 (10.95)				
($n_{K1} = 284$; $n_{K2} = 218$; $n_{P1} = 85$; $n_{P2} = 80$)								
Kohorte					1.535	1	.216	.002
Behandlung*Kohorte					0.744	1	.389	.001
Behandlung					11.210	1	.001	.017

Im BDI-II gab es sowohl eine signifikante Wechselwirkung als auch einen signifikanten Behandlungsunterschied mit kleinem Effekt ($p = .020$; $\eta_p^2 = .005$). In der GAF-Skala gab es einen signifikanten Behandlungsunterschied mit kleinem Effekt ($p = .001$; $\eta_p^2 = .017$). Hierfür werden die Nullhypothesen verworfen und die Alternativhypothesen angenommen.

Gibt es einen Unterschied zwischen der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

Gibt es einen Unterschied zwischen den Kohorten hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

Gibt es eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten hinsichtlich der Differenzen der Prä/Post-Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala?

Zur Überprüfung dieser Fragestellung wurden ebenfalls univariate und multivariate zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet, allerdings wurden hier die Differenzen der BDI-II-, BSI- und GAF-Werte verwendet. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 10* und *Tabelle 11* dargestellt. Es wurde ein signifikanter Kohortenunterschied in den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Aggressivität, Psychotizismus und der Gesamtskala mit kleinem Effekt ($p = .003$ bis $p = .046$; $\eta_p^2 = .015$ bis $\eta_p^2 = .033$) gefunden und in der Skala Ängstlichkeit mit mittlerem Effekt ($p \leq .001$; $\eta_p^2 = .060$). Des Weiteren wurde ein Kohorteneffekt über alle Skalen des BSI gefunden ($p = .008$; $\eta_p^2 = .087$). Somit wird für die Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Aggressivität, Psychotizismus, Ängstlichkeit und GSI die Nullhypothese bezüglich der Kohorten verworfen und die Alternativhypothese angenommen.

Bei der univariaten Überprüfung wurde ein signifikanter Kohortenunterschied mit kleinem Effekt der Differenzen des BDI-II gefunden ($p = .005$; $\eta_p^2 = .029$). Daher wird für diesen Wert die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen. Aufgrund sehr geringer Stichproben für Kohorte 2 in den Differenzen der GAF-Werte (klinisch-psychologische Behandlung $n = 15$; Psychotherapie $n = 3$) wurde hierfür keine Analyse durchgeführt, da die Ergebnisse nicht repräsentativ wären.

Ergebnisdarstellung

Tabelle 10. Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Differenzen des BSI.

Differenzen	klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie		F	df	p	η_p^2
	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 1	Kohorte 2				
	(n = 128)	(n = 67)	(n = 67)	(n = 46)				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
BSI								
Somatisierung	6.66 (9.60)	5.06 (10.26)	7.93 (9.82)	4.57 (8.84)				
Kohorte					3.346	1	.069	.012
Behandlung*Kohorte					0.420	1	.517	.002
Behandlung					0.081	1	.776	.000
Zwanghaftigkeit	8.99 (11.92)	5.67 (9.04)	9.62 (8.87)	5.80 (8.35)				
Kohorte					5.963	1	.015	.022
Behandlung*Kohorte					0.029	1	.865	.000
Behandlung					0.068	1	.795	.000
Unsicherheit	8.88 (11.01)	4.10 (8.74)	6.31 (12.50)	6.59 (7.87)				
Kohorte					2.473	1	.117	.009
Behandlung*Kohorte					0.029	1	.079	.012
Behandlung					0.001	1	.975	.000
Depressivität	10.76 (11.72)	6.09 (9.13)	10.93 (12.38)	6.67 (7.20)				
Kohorte					9.078	1	.003	.033
Behandlung*Kohorte					0.019	1	.890	.000
Behandlung					0.065	1	.798	.000
Ängstlichkeit	9.54 (13.27)	3.39 (7.67)	12.17 (10.62)	5.74 (6.60)				
Kohorte					17.013	1	< .001	.060
Behandlung*Kohorte					0.009	1	.926	.000
Behandlung					2.669	1	.104	.010
Aggressivität	7.31 (12.24)	3.97 (10.72)	9.45 (12.99)	6.09 (10.41)				
Kohorte					4.182	1	.042	.015
Behandlung*Kohorte					0.000	1	.995	.000
Behandlung					1.683	1	.196	.006
Phobische Angst	7.34 (11.29)	4.63 (10.20)	6.62 (13.34)	6.59 (10.00)				
Kohorte					0.773	1	.380	.003
Behandlung*Kohorte					0.735	1	.392	.003
Behandlung					0.156	1	.693	.001
Paranoides Denken	6.87 (9.84)	3.69 (8.43)	7.59 (11.19)	6.00 (8.53)				
Kohorte					3.221	1	.074	.012
Behandlung*Kohorte					0.360	1	.549	.001
Behandlung					1.304	1	.255	.005
Psychotizismus	7.17 (10.47)	3.73 (8.66)	7.48 (13.47)	5.02 (10.83)				
Kohorte					4.013	1	.046	.015
Behandlung*Kohorte					0.111	1	.740	.000
Behandlung					0.295	1	.587	.001

Ergebnisdarstellung

GSI	11.21 (12.78)	7.06 (9.62)	11.45 (11.88)	8.39 (8.09)				
Kohorte					5.185	1	.024	.019
Behandlung*Kohorte					0.119	1	.730	.001
Behandlung					0.246	1	.621	.000
Gesamt								
Kohorte					2.454	10	.008	.087
Behandlung*Kohorte					0.760	10	.668	.029
Behandlung					0.740	10	.686	.028

Tabelle 11. Zweifaktorielle univariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Differenzen des BDI-II.

Differenzen	klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie		F	df	p	η_p^2
	Kohorte 1	Kohorte 2	Kohorte 1	Kohorte 2				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
BDI-II	12.96 (11.29)	9.18 (10.26)	16.38 (13.74)	11.31 (10.33)				
(n _{K1} = 128; n _{K2} = 72; n _{P1} = 29; n _{P2} = 48)								
Kohorte					8.171	1	.005	.029
Behandlung*Kohorte					0.173	1	.678	.001
Behandlung					3.216	1	.074	.012

10. Diskussion

Heutzutage treten psychische Belastungen und Störungen immer häufiger auf und verursachen auf diese Weise Probleme im Arbeitsleben der Betroffenen und Kosten für das Gesundheitssystem (Gustavsson et al., 2011, zitiert nach OECD, 2015, S. 22; Olesen et al., 2013). Daher ist es notwendig, Betroffenen Unterstützung zu bieten, um frühzeitig eingreifen und somit Arbeitsverluste vermeiden zu können. Das Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie an Personen mit psychischen Problemen im Arbeitskontext zu untersuchen. Ein weiteres Ziel war es zu überprüfen, ob die Behandlungen eine Veränderung der Beschäftigungssituation herbeiführen können und ob die subjektive Einschätzung der Therapeut-Klienten-Beziehung Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Behandlungen hat. Im Folgenden sollen die Ergebnisse dieser Studie zusammengefasst und in Bezug zu bereits vorhandener Literatur gesetzt werden. Es werden Kritikpunkte und Limitationen aufgezeigt sowie ein Ausblick für zukünftige Forschung gegeben.

10.1. Zusammenfassung und Interpretation

Anhand der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe war bereits zu erkennen, dass ein Großteil der Klienten zu Beginn der Behandlung Medikamente aufgrund psychischer Beschwerden einnahm (63.8%) und fast drei Viertel der Klienten eine mittelschwere bis schwere Depression aufwiesen (74.7%). Dies zeigte bereits, dass es sich um eine in hohem Maße psychisch belastete Stichprobe handelte.

Die erste Fragestellung untersuchte die Vergleichbarkeit der Behandlungsgruppen bezüglich soziodemographischer (Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Familienstand, subjektive Einschätzung der Auswirkungen der psychischen Belastungen auf die alltägliche Leistung), arbeitsbezogener (subjektive Einschätzung der Auswirkungen der psychischen Belastungen auf die arbeitsbezogene Leistung, Arbeitsverhältnis) und

krankheitsspezifischer Variablen (Anzahl der Komorbiditäten, Medikamenteneinnahme, Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala).

Es zeigte sich, dass sich die Behandlungsgruppen nur in der Anzahl der Komorbiditäten und den Werten der GAF-Skala signifikant voneinander unterscheiden haben. Die Klienten der klinisch-psychologischen Behandlung zeigten eine größere Anzahl der Diagnosen und höhere Werte in der GAF-Skala als die Klienten der Psychotherapie. Diese Ergebnisse liegen im Gegensatz zu den Ergebnissen der Pilotstudie, in der die Klienten der Psychotherapie höhere Werte in einigen Skalen des BSI aufwiesen (Alfons, 2015). Grundsätzlich kann für die vorliegende Studie davon ausgegangen werden, dass die Behandlungsgruppen sich kaum voneinander unterscheiden. Damit hatten die Klienten einen ähnlichen Ausgangspunkt bei Beginn der Behandlung.

Die zweite Fragestellung beschäftigte sich mit möglichen Auswirkungen der Behandlungen auf die Beschäftigungssituation der Klienten. Es wurde weder in der Gruppe der klinisch-psychologischen Behandlung noch in der Gruppe der Psychotherapie eine Veränderung der Beschäftigungssituation festgestellt. Dies kann möglicherweise auf die teils kleinen Besetzungen der einzelnen Zellen zurückzuführen sein und teils darauf, dass die Anzahl der Klienten, die zu beiden Erhebungszeitpunkten Arbeit hatten und diejenigen, die zu beiden Erhebungszeitpunkten keine Arbeit hatten gegenläufig waren. Die Ergebnisse gehen mit der Literatur konform, da auch in anderen Studien keine direkten Effekte der Behandlungen auf die Arbeitssituation gefunden werden konnten, sondern nur Langzeiteffekte und Einflüsse auf das Verhalten rund um die Arbeitssuche (Fournier et al., 2015; Himle et al., 2014). Um derartige Ergebnisse finden zu können, müssten weitere Erhebungen nach Beendigung der Therapie vorgenommen werden und weitere arbeitsbezogene Variablen abgefragt werden, wie zum Beispiel das Arbeitssuchverhalten, die Anzahl der Bewerbungsgespräche und die eigene Einschätzung der Chancen.

Im Zuge der dritten Fragestellung wurden Unterschiede zwischen den Behandlungsarten hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg und der

Therapeut-Klienten-Beziehung untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Gruppen in den Werten des HAQ, sowohl in der Selbstbeurteilung der Klienten als auch in der Fremdbeurteilung der Behandelnden, nicht voneinander unterscheiden haben. Das bedeutet, dass sowohl die Klienten als auch die Behandelnden in beiden Behandlungsarten die Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit ähnlich einschätzten. Des Weiteren wurde in dieser Fragestellung untersucht, ob die Einschätzung der Therapeut-Klienten-Beziehung die Wirksamkeit der Behandlungen beeinflusst. Dies wurde anhand von Zusammenhängen zwischen den HAQ-Skalen und den Prä/Post-Differenzen der BDI-II-, BSI- und GAF-Werte überprüft. Besonders bei den Klienten der Psychotherapie konnten signifikante Zusammenhänge mit der Skala Erfolgswzufriedenheit gefunden werden. Hier waren alle berechneten Zusammenhänge signifikant. Der Zusammenhang mit der GAF-Skala wurde aufgrund einer zu kleinen Stichprobe nicht berechnet. Auch für die Klienten der klinisch-psychologischen Behandlung zeigten sich mit der Skala Erfolgswzufriedenheit einige signifikante Zusammenhänge, nämlich mit den Werten des BDI-II, den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität und paranoides Denken. Für die Skala Beziehungswzufriedenheit wurde in keiner der beiden Behandlungsgruppen ein signifikanter Zusammenhang mit den untersuchten Werten gefunden. Diese Ergebnisse stimmen überein mit der Tendenz in der Studie von Webb et al. (2011), die zeigte, dass die Beziehung zwischen Therapeut und Klient einen geringeren Einfluss auf die Wirksamkeit der Therapie hatte als die Einschätzung der gemeinsamen Erwartungen und Ziele. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen dies noch deutlicher, da hier die Beziehungswzufriedenheit keinen signifikanten Zusammenhang mit der Wirksamkeit beider Therapieformen hat, sondern nur die Einschätzung des erlebten Erfolges durch die Therapie. Dies lässt vermuten, dass die Therapeut-Klienten-Beziehung möglicherweise weniger Einfluss auf die Wirksamkeit der Therapie hat als die Zufriedenheit der Klienten mit den Therapieerfolgen.

Die vierte Fragestellung befasste sich mit der Frage nach der Wirksamkeit der klinisch-psychologischen Behandlung und der Psychotherapie bezüglich der Werte des BDI-II, BSI und der GAF-Skala. Es wurde überprüft, ob es einen Unterschied zwischen den Behandlungsarten gab, ob sich die Werte im Laufe der Therapie veränderten und ob es eine Wechselwirkung der Behandlungsarten und den Prä/Post-Werten gab.

Für alle untersuchten Variablen gab es einen signifikanten Zeiteffekt, aber weder einen signifikanten Behandlungseffekt noch eine Wechselwirkung zwischen den Behandlungsarten und der Zeit. Dadurch konnte gezeigt werden, dass sowohl die klinisch-psychologische Behandlung als auch die Psychotherapie signifikante Verbesserungen der psychischen Belastung der Klienten hervorbrachten. Es konnten keine Unterschiede der Wirksamkeit der beiden Behandlungsarten festgestellt werden, was darauf hindeutet, dass beide Behandlungen gleichermaßen dazu geeignet sind, Klienten zu helfen und ihre Symptomatik zu lindern. Somit konnte in der Studie die Wirksamkeit der klinisch-psychologischen Behandlung in Österreich, die Effektivität dieser Behandlungsform nachgewiesen werden, wie auch bereits in der Pilotstudie (Alfons, 2015).

Die fünfte Fragestellung untersuchte einerseits Unterschiede in den Werten des BDI-II, BSI und der GAF-Skala zum ersten Zeitpunkt zwischen den Behandlungsarten als auch den Kohorten als auch Unterschiede bezüglich der Differenzen der Werte, um Unterschiede der Effektivität überprüfen zu können.

Die Ergebnisse des ersten Teils dieser Fragestellung zeigten, dass sich die Werte des GSI zwischen den Kohorten zu Behandlungsbeginn voneinander unterschieden, und zwar dahingehend, dass Kohorte 1 höhere Werte aufzeigte. In allen anderen Skalen wurde kein Unterschied der Werte zwischen den Kohorten festgestellt, was darauf hindeutet, dass die Klienten beider Kohorten zu Beginn der Behandlung eine ähnliche Ausgangslage hatten. Allerdings wurde gefunden, dass sich die Behandlungsgruppen in den Skalen Unsicherheit, Depressivität, phobische Angst, Psychotizismus, GSI und in den Werten des BDI-II signifikant voneinander unterschieden. Die Klienten der

Psychotherapie wiesen in diesen Skalen höhere Werte auf als die Klienten der klinisch-psychologischen Behandlung. Besonders in Kohorte 1 ist zu erkennen, dass die Werte der Psychotherapie-Klienten höher waren. Wechselwirkungen zwischen den Behandlungsarten und den Kohorten wurden in der Skala Zwanghaftigkeit und den Werten des BDI-II gefunden. Hier gab es sowohl einen Unterschied zwischen den Kohorten als auch zwischen den Behandlungsarten.

Im zweiten Teil der Fragestellung wurde weder ein Behandlungseffekt noch eine Wechselwirkung in Bezug auf die Differenzen der Werte gefunden. Das bedeutet, dass die beiden Behandlungsarten keinen Unterschied in der Wirksamkeit aufwiesen. Allerdings wurden mehrere Kohorteneffekte gefunden, nämlich in den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Psychotizismus, GSI, über alle Skalen des BSI hinweg und im BDI-II. Die Kohorten unterschieden sich in diesen Skalen so, dass Kohorte 1 höhere Mittelwerte der Differenzen aufwies als Kohorte 2. Dies deutet darauf hin, dass die Unterschiede der Werte zwischen dem Behandlungsbeginn und dem Abschluss in der ersten Kohorte in diesen Skalen größer waren. Da im ersten Teil dieser Fragestellung kaum Unterschiede in den Ausgangswerten zwischen den Kohorten gefunden wurden, kann davon ausgegangen werden, dass die Behandlungen in Kohorte 1 eine größere Verbesserung der Symptomatik hervorriefen.

10.2. Limitationen und Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie müssen aufgrund einiger Einschränkungen kritisch betrachtet werden. Ein Kritikpunkt liegt in der Erhebungsmethode, da die Fragebögen von den Behandelnden ausgegeben und erst zu Hause von den Klienten ausgefüllt wurden und somit die Vorgabe und Durchführung nicht überprüft werden konnten. Da es offensichtliche Fälle gab, bei denen die Abschlussfragebögen zu früh ausgefüllt wurden, die deswegen aus der Analyse ausgeschlossen werden mussten, kann nicht definitiv ausgeschlossen werden, dass alle solche Fälle erkannt wurden. Da die Selbstbeurteilungen per Post zugeschickt worden sind, kann nicht ausgeschlossen

werden, dass Klienten die Fragebögen in mehreren Teilen, möglicherweise an mehreren Tagen ausgefüllt haben. Des Weiteren wurden für mehrere Fragestellungen alle vier Datenquellen benötigt, die kaum vorhanden waren, da die Fremdbeurteilungen insgesamt sehr wenig ausgefüllt wurden. Außerdem wurden die Fragebögen nicht unter denselben Bedingungen ausgeführt und konnten daher nicht auf mögliche Störvariablen kontrolliert werden.

Wie oben bereits erwähnt gab es teilweise sehr geringe Stichprobengrößen, vor allem in der Fremdbeurteilung, aber zusätzlich gab es auch sehr unterschiedliche Stichprobengrößen zwischen den Gruppen, da nur etwa ein Drittel der Klienten Psychotherapie erhielt.

Der Vergleich der Wirksamkeit zweier Behandlungsarten könnte dahingehend kritisiert werden, dass es vor allem in der Psychotherapie verschiedene Spezialisierungen und Therapierichtungen gibt, die nicht erhoben wurden und somit keine Rückschlüsse darauf gezogen werden konnten, welche Arten der Psychotherapie möglicherweise hilfreicher sind bei Problemen im Kontext Arbeit. Zusätzlich könnte eine Kontrollgruppe hilfreich sein, um zu untersuchen, ob es allein durch eine vergangene Zeitspanne zu einer Besserung der Symptome kommen kann und inwieweit sich die Verbesserungen durch erfolgte Behandlungen durch mögliche Veränderungen in einer Kontrollgruppe voneinander unterscheiden.

Aufgrund der fehlenden Möglichkeiten und Ressourcen für diese Studie wurde eine Prä/Poststudie durchgeführt, die darin kritisiert werden kann, dass es nicht möglich ist, langfristige Veränderungen der Symptomatik, der Arbeitssituation oder der Lebenssituation und eingeschätzten Zufriedenheit mit der Behandlung zu überprüfen. Vor allem in Bezug auf die Veränderung des Arbeitsverhältnisses deutet die vorhandene Literatur darauf hin, dass Behandlungen für Depressionen und Angststörungen längerfristige Effekte erzielen, in dem Sinne, dass erst einige Zeit nach erfolgter Behandlung mehr Klienten ein aufrechtes Arbeitsverhältnis haben als direkt nach der Behandlung (Fournier et al., 2015; Himle et al., 2014).

Für weitere Evaluierungen des Projektes „fit2work“ und die Wirksamkeit der klinisch-psychologischen Behandlung wäre demnach zu überlegen, eine weitere Unterteilung der verschiedenen Psychotherapieschulen vorzunehmen und diese in Vergleich mit klinisch-psychologischer Behandlung zu setzen. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass die Ausbildung zum Klinischen Psychologen in Österreich verändert wurde und es daher zu überprüfen gilt, ob sich die Effektivität der Behandlung unterscheidet. Da sich die Ausgangslage der Klienten, die zu klinisch-psychologischer Behandlung oder Psychotherapie zugewiesen wurden, kaum voneinander unterschied, wäre in Zukunft ein randomisiertes Design zu empfehlen, um zu untersuchen, ob sich die Behandlungsarten für verschiedenste Themenbereiche gleichermaßen eignen.

10.3. Fazit

Trotz der oben genannten Limitationen zeigt diese Studie eindeutige Erkenntnisse auf, dass die klinisch-psychologische Behandlung in der Form, in der sie in Österreich durchgeführt wird, der Psychotherapie in keiner Weise nachsteht und ebenso wirksam und effektiv auf Klienten wirkt. Diese Erkenntnisse wiederum sind besonders wichtig für gesundheitspolitische Entscheidungen und Veränderungen, da psychische Belastungen große Kosten verursachen, aber durchaus behandelt werden können. Wünschenswert wäre es, wenn die klinisch-psychologische Behandlung von Seiten der Sozialversicherungsträger denselben Stellenwert und Klinische Psychologen dieselbe finanzielle Unterstützung erhalten würden, indem eine von der Versicherung bezahlte klinisch-psychologische Behandlung ermöglicht wird.

Literaturverzeichnis

- Alfons, M. (2015). *Klinisch-psychologische Behandlung und Psychotherapie von psychischen Störungen im Kontext von Arbeitsbelastung* (Diplomarbeit). Universität Wien, Wien.
- American Psychiatric Association, Falkai, P., & Döpfner, M. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Arnou, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., ... Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 627–638.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22*, 309–328.
<https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bassler, M. (2003). Helping Alliance Questionnaire (HAQ). In *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., & Perrez, M. (Hrsg.) (2005). *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Baumann, U., & Perrez, M. (Hrsg.) (2011). *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Bednar, W., Kierein, M., & Lanske, P. (2011). Psychotherapie – wenn die Seele Hilfe braucht. Zugriff am 24. 10. 2017. Verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/2/6/CH1452/CMS1148314652459/psychotherapie30102012.pdf>
- Bednar, W., Kierein, M., & Steiger-Hirsch, U. (2013). Klinisch Psychologie - wenn's allein nicht weitergeht. Zugriff am 24. 10. 2017. Verfügbar unter

http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/9/3/CH1452/CMS1143467815161/kpl_broschuere_2013.pdf

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen. (2015). *Klinisch-psychologische Behandlung*. Zugriff am 24. 10. 2017. Verfügbar unter https://www.boep.or.at/download/55dc5bc3646135653a000002/Infoblatt_KliPsy_Behandlung_2015_07_15_end.pdf

Bortz, J., & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.

Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice. (n.d.-a). *fit2work*. Zugriff am 21. 6. 2017. Verfügbar unter <https://www.sozialministeriumservice.at//site/Arbeitsmarktprojekte/fit2work/>

Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice. (n.d.-b). *fit2work Personenberatung*. Zugriff am 21. 6. 2017. Verfügbar unter <https://www.sozialministeriumservice.at//site/Arbeitsmarktprojekte/fit2work/Personenberatung/>

Bundeskanzleramt Österreich. (2017). Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013). Zugriff am 24. 10. 2017. Verfügbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2014). *Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Methoden - Stand vom 04.12.2014*. Zugriff am 24. 10. 2017. Verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/5/CH1452/CMS1143559577254/patienteninformation_psychotherapiemethoden_20141204.pdf

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (n.d.-a). Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen – Suche. Zugriff am 24.10.2017. Verfügbar unter <http://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (n.d.-b). PsychotherapeutInnenliste – Suche. Zugriff am 24.10.2017. Verfügbar unter <http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom*. Berlin: Springer.
- Cocker, F., Nicholson, J. M., Graves, N., Oldenburg, B., Palmer, A. J., Martin, A., ... Sanderson, K. (2014). Depression in working adults: Comparing the costs and health outcomes of working when ill. *PLOS ONE*, *9*, e105430. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105430>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- de Beer, L. T., Pienaar, J., & Rothmann, S. (2016). Work overload, burnout, and psychological ill-health symptoms: a three-wave mediation model of the employee health impairment process. *Anxiety, Stress, & Coping*, *29*, 387–399.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 499–512.
- Dilling, H., & Mombour, W. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (M. H. Schmidt, Ed.) (9. Auflage). Bern: Huber.
- fit2work.at. (2014). Homepage fit2work. Zugriff am 24. 10. 2017. Verfügbar unter <http://www.fit2work.at/home/>
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J., Shelton, R. C., & Hollon, S. D. (2015). Gains in employment status following antidepressant medication or cognitive therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, *206*, 332–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.133694>
- Franke, G. H. (1997). Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *6*, 159–166.

- Franke, G. H. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – deutsche Version: Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18. aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*, 718–779.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *BDI-II; Beck Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., ... Holdwick, D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1858–1863.
- Himle, J. A., Bybee, D., Steinberger, E., Laviolette, W. T., Weaver, A., Vlnka, S., ... O'Donnell, L. A. (2014). Work-related CBT versus vocational services as usual for unemployed persons with social anxiety disorder: A randomized controlled pilot trial. *Behaviour Research and Therapy, 63*, 169–176.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.005>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285–308.
<https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kühner, P. D. C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Nervenarzt, 78*, 651–656.
- Leoni, T. (2015). Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Zugriff am 16. 2. 2017. Verfügbar unter
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.625347&version=1447333953>

- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., & Webb, C. A. (2014). Client characteristics as moderators of the relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 368–373.
- Margraf, J., & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Maslach, C. (1982). *Burnout –The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- OECD. (2015). Mental Health and Work: Austria. Zugriff am 18. 4. 2017. Verfügbar unter http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/mental-health-and-work-austria_9789264228047-en
- Olesen, S. C., Butterworth, P., Leach, L. S., Kelaher, M., & Pirkis, J. (2013). Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry, 13*, 144. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-144>
- Pensionsversicherungsanstalt. (o. J.). fit2work. Zugriff am 24. 10. 2017. Verfügbar unter <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content?contentid=10007.707581&viewmode=content>
- Plaisier, I., Beekman, A. T. F., de Graaf, R., Smit, J. H., Van Dyck, R., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders, 125*, 198–206.
- Prümper, J., Reuter, T., & Jungkunz, C. (2015). Betriebliche Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten in Deutschland und Österreich. *Prävention und Gesundheitsförderung, 10*, 300–307. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0512-3>
- Rabenstein, R., Pintzinger, N., Knogler, V., Kirnbauer, V., Lenz, G., & Schosser, A. (2015). Wirksamkeit eines verhaltenstherapeutisch orientierten Rehabilitationsprogramms – eine Wartelistenkontrollgruppenstudie. *Verhaltenstherapie, 25*, 192–200.

- Rieforth, J. (2014). *Tiefenpsychologie trifft Systemtherapie: Eine besondere Begegnung* (1. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Saß, H., Wittchen, H., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV* (2. verbesserte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, K. J., & Krug, O. T. (2012). *Humanistisch-Existenzielle Therapie*. München: Reinhardt.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit*. Bern: Huber.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 279–283. <https://doi.org/10.1037/a0023252>
- Wintjen, L., & Petermann, F. (2010). Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58*, 243–245.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Woo, J. M., Kim, W., Hwang, T. Y., Frick, K. D., Choi, B. H., Seo, Y. J., ... Park, Y. L. (2011). Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value in Health, 14*, 475–482.
- Xu, H., & Tracey, T. J. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology, 62*, 351–359.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Job-Demand-Control Modell.	18
<i>Abbildung 2.</i> Effort-Reward Imbalance Modell.	19
<i>Abbildung 3.</i> Job Demands-Resources Modell.	27
<i>Abbildung 4.</i> Studiendesign.	34
<i>Abbildung 5.</i> Untersuchungsinstrumente.	37
<i>Abbildung 6.</i> Geschlechterverteilung.	46
<i>Abbildung 7.</i> Altersverteilung.	46
<i>Abbildung 8.</i> Familienstand.	47
<i>Abbildung 9.</i> Bildungsabschluss.	47
<i>Abbildung 10.</i> Arbeitsverhältnis.	47
<i>Abbildung 11.</i> Medikamenteneinnahme.	48
<i>Abbildung 12.</i> Depressionsausprägungen.	48

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i> Interne Konsistenzen der überprüften Untersuchungsinstrumente.	49
<i>Tabelle 2.</i> <i>t</i> -Tests für die Überprüfung der Zuteilung zu den Behandlungsarten nach Alter, Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag sowie den Skalenwerten.	50
<i>Tabelle 3.</i> χ^2 -Tests für die Überprüfung der Zuteilung zu den Behandlungsansätzen nach Geschlecht, Berufstätigkeit, Medikamenteneinnahme, Familien- und Ausbildungsstand.	52
<i>Tabelle 4.</i> Chi-Quadrat-Test nach McNemar zur Überprüfung der Auswirkungen der Behandlungen auf die Beschäftigungssituation.	52
<i>Tabelle 5.</i> <i>t</i> -Tests für die Überprüfung der Unterschiede in der Therapeut-Klienten-Beziehung zwischen den Behandlungsarten bei Klienten und Behandelnden.	53
<i>Tabelle 6.</i> Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang der HAQ-Skalen mit den Veränderungen der BDI-II, BSI und GAF-Werte.	54

- Tabelle 7.* Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für die Überprüfung der Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungen. 56
- Tabelle 8.* Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Werten des BSI. 59
- Tabelle 9.* Zweifaktorielle univariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Werten des BDI-II und der GAF-Skala. 60
- Tabelle 10.* Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Differenzen des BSI. 62
- Tabelle 11.* Zweifaktorielle univariate Varianzanalyse für die Überprüfung der Unterschiede der Wirksamkeit der Behandlungsarten in zwei Kohorten in den Differenzen des BDI-II. 63