

N. Peseschkian, H. Kick, H. Scheurer, J. Krömker, K. Tritt und Th. Loew

## Positive Psychotherapie: Ein kurzzeitpsychotherapeutisches Verfahren unter Einbeziehung computergestützter Qualitätssicherung

**Zusammenfassung** In den letzten Jahren haben die Forderungen nach einer Qualitätssicherung im Bereich der Psychotherapie von Seiten der Kostenträger zugenommen. Demnach sollte Psychotherapie effektiv und ökonomisch sein.

Die von Dr. N. Peseschkian Ende der 60er Jahre begründete Positive Psychotherapie versucht, diesem Anspruch gerecht zu werden. Die Positive Psychotherapie ist eine Kurzzeitpsychotherapieform unter einem transkulturellen und interdisziplinären Gesichtspunkt und wird den tiefenpsychologisch fundierten Verfahren zugeordnet.

Im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie zur Positiven Psychotherapie, die der Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF), unter der Leitung von Dr. Peseschkian, in Zusammenarbeit mit der Universität Erlangen durchgeführt hat, fanden sich beeindruckende Ergebnisse:

Insbesondere im Bereich des Erlebens und Verhaltens (VEV) fand sich eine Effektstärke von 1.24, was für eine deutliche Befindlichkeitsverbesserung der Patienten ( $n = 402$ ) spricht.

Auf der Basis der in der Studie verwendeten Testbatterie wurde zudem eine erweiterungsfähige Software entwickelt, die eine kontinuierliche Qualitätssicherung ermöglicht.

**Schlüsselwörter:** Positive Psychotherapie, Qualitätssicherung, Wirksamkeitsstudie, Kurzzeitpsychotherapie.

### **Positive Psychotherapy: a form of short-term psychotherapy with quality assurance**

**Abstract** Positive Psychotherapy is a form of short-term psychotherapy based on a in-depth psychological approach, resulting from cross-cultural psychotherapy. It is prepared to integrate other models of therapy into its theory. Some central elements of the study are discussed in this paper.

The presentation of psychotherapy and family therapy needs a development of methods which are at the same time economical and efficient. Under the direction of Dr. N. Peseschkian, the Wiesbaden Institute for Psychotherapy and Family Therapy for Postgraduates (WIPF) and in a cooperation with the University of Erlangen-Nürnberg a study of the effects of Positive Psychotherapy with 402 patients have been started in 1995. The results of this study are impressive: In particular the effect size of the VEV of 1.24 shows a good development of the patients well-being. The average treatment duration for the study which is 30,5 hours. The main results correspond to the future standards of a modern psychotherapy.

A user-friendly software program has been developed for clinics and practice on the basis of applied methodological instruments for investigation of the effectivity study. The program also offers the option to integrate further specific tests when they are needed and makes a current analysis of therapy-effects possible

**Keywords:** Positive Psychotherapy, quality assurance, effectivity, short-term-psychotherapy.

### **La psychothérapie positive: Une méthode de thérapie brève incluant une gestion de qualité par ordinateur**

**Résumé** Au cours de ces dernières années, les demandes de garantie de qualité formulées par les instances remboursant les traitements psychothérapeutiques n'ont fait qu'augmenter. Dans la situation actuelle, les exigences posées à une psychothérapie moderne peuvent être formulées comme suit: elle doit

être brève, efficace et transparente, donc vérifiable au niveau méthodique comme au niveau théorique.

La psychothérapie positive élaborée par N. Peseschkian à la fin des années soixante tente de satisfaire à ces exigences. Elle est une forme de psychothérapie de brève durée, centrée sur les ressources et placée

sous le signe d'une approche transculturelle et interdisciplinaire; on la classe dans la catégorie des méthodes basées sur la psychologie des profondeurs. La perspective transculturelle et plus particulièrement interdisciplinaire qui la caractérise permet d'intégrer des formes de traitement empruntées à la psychanalyse, à la psychologie des profondeurs, à la thérapie du comportement, à la thérapie de groupe, à l'hypnothérapie et à la pharmacothérapie, ainsi qu'à la physiothérapie. La démarche se fonde sur une conception théorique dynamique, appliquant un "modèle en cinq étapes" (1. observation/distanciation; 2. établissement d'un inventaire; 3. encouragement dans le contexte situationnel; 4. verbalisation et 5. élargissement des objectifs).

Le noyau théorique de la psychothérapie positive est constitué d'un recensement des contenus conflictuels à partir de la question suivante: "Quels sont les éléments communs à tous les êtres humains et quels sont ceux qui les différencient?". La notion de contenu conflictuel est en rapport avec deux "capacités fondamentales" qui sont considérées comme innées: une "capacité à l'amour" et une "capacité à la cognition". Sur cette base, l'être humain acquiert tout au long de son développement des "capacités actuelles" individuelles, qui toutefois appartiennent toutes aux deux grandes catégories indiquées plus haut. Selon Peseschkian, des conflits naissent entre autres d'une disparité entre les manifestations individuelles de ces deux capacités. C'est au niveau des capacités actuelles que se situent ce que Peseschkian appelle les "microtraumatismes". En effet, ces derniers correspondent à des blessures psychiques relativement limitées mais durables, portant atteintes aux valeurs individuelles définies par les capacités actuelles. Ils provoquent une disposition psychique à des conflits spécifiques.

Peschkian résume sa théorie en neuf thèses fondamentales; l'article présente celles-ci plus en détail.

Compte tenu des exigences posées aux méthodes modernes de psychothérapie, les résultats d'une étude

consacrée à l'efficacité de la "psychothérapie positive" sont présentés; le travail a été effectué par le 'Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF)', en collaboration avec l'Université d'Erlangen. L'enquête s'est intéressée à 402 patients souffrant de troubles de types névrotique et psychosomatique, pour la plupart chroniques. Des mesures pré-post ont été effectuées sur un échantillon de 110 patients, en utilisant une batterie de tests correspondant aux standards internationaux. Un groupe de réserve (n = 54) a servi de contrôle, avec un autre groupe comportant 17 patients dont le diagnostic a été formulé sur une base purement somatique et qui n'ont pas suivi de traitement psychothérapeutique. Une enquête rétrospective a été en outre menée auprès des patients (n = 231) qui avaient terminé un traitement selon la méthode de la psychothérapie positive. De ceux-ci un premier groupe (n = 84 patients) a été étudié 3-10 mois après la fin de la thérapie. Un second groupe (n = 91) après une période de 10 mois à 4 ans et un troisième (n = 46) 4-5 ans après la fin du traitement.

C'est au niveau du vécu et du comportement ('Erleben und Verhaltens', VEV) que les résultats sont particulièrement impressionnants (quotient d'efficacité 1.24). A titre de comparaison, les métaanalyses portant sur l'efficacité des traitements utilisant des méthodes de types behavioro-cognitif et dynamico-humaniste ont produit des quotients allant de 1.08 (Shapiro et Shapiro, 1993) à 0.64 (Smith et al., 1980). Concernant les symptômes (SCL 90-R) nous obtenons un chiffre de 0.48, ce qui correspond à une amélioration moyenne. Compte tenu de ces résultats, il est légitime de considérer que du point de vue de son efficacité, la psychothérapie positive ne le cède en rien aux méthodes établies.

Pour tenir compte d'aspects économiques, il faut ajouter qu'en moyenne la durée des traitements menés selon cette méthode est de 30.5 séances.

Une première version d'un logiciel a été développée sur la base de la batterie de tests utilisée pour l'enquête; il permet un contrôle de qualité continu.

## Einleitung

Lange Zeit legte die Betrachtung der psychotherapeutischen Szene, die große Zahl an unterschiedlichen Richtungen und Schulen, den Gedanken nahe, bei Psychotherapie handle es sich um eine Religion bzw. Ideologie. Grabenkämpfe, gegenseitige Entwertungen, Inanspruchnahmen der alleinigen richtigen Therapie bestimmten im allgemeinen die Atmosphäre. Nun ist es ja gerade aus psychologischer Sicht interessant, wie es zu solchen dogmatischen Positionen kommen konnte. Stellt man bei der Antwort auf diese Frage großzügig die defizitären Aspekte in den Hintergrund und betrachtet die Ressourcen der dogmatischen Positionierung, so kann man sagen: Diese einzelnen therapeutischen Ansätze scheinen auf jeden Fall in unterschiedlichen oder

ähnlichen Bereichen zu Erfolg zu führen und somit überzeugend, im Sinne ihres Zieles, zu wirken.

So gibt es auch immer wieder vereinzelte Ansätze, die Ressourcen der einzelnen Schulen, d.h. ihre individuellen Stärken, unter einen Hut zu bekommen. Im Sinne einer Metatheorie der Psychotherapie scheiterte dieses Anliegen immer wieder an der vermeintlichen Widersprüchlichkeit der theoretischen Konzeptionen, sofern es welche gab, und am den Verfahren zu Grunde liegenden Menschenbild. Grawe et al. (1994) kritisierte diesbezüglich bei den traditionellen Sichtweisen der psychodynamischen und der Verhaltens-theoretischen Therapie, daß diese nicht mehr zeitgemäß seien und sich nicht dem gewandelten Menschenbild angepaßt hätten. Diese Kritik ist sicher nicht als Aufforderung zu verstehen, die traditionellen Ansätze zu verwerfen, son-

dern vielmehr, wie Balint es formuliert, „das Alte in einem neuen Licht zu sehen“.

Anfang der 90er Jahre hat sich das psychotherapeutische Klima verändert. Mit den Krankenkassen und auch den kassenärztlichen Vereinigungen hat sich nun eine weitere Fraktion mit einer sehr zeitgemäßen Frage in den Zwist der Schulen eingeschaltet: Der Frage nach der Effektivität des jeweiligen therapeutischen Handelns.

Im Hintergrund dieser Frage steht für die Kostenträger, in Zeiten einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen, das Anliegen einer Kostensenkung auf dem Wege der Qualitätssicherung. Für die psychotherapeutischen Verfahren bedeutet dies die Herstellung von Transparenz in der geleisteten Arbeit. Dabei steht nicht nur allein der Erfolg der Arbeit im Mittelpunkt, sondern auch die Anzahl der hierfür benötigten Sitzungen.

Die Anforderungen der Qualitätssicherung an ein modernes psychotherapeutisches Verfahren ließen sich wie folgt formulieren: *Moderne Psychotherapie sollte kurz, effektiv und transparent, also methodisch und theoretisch überprüfbar sein.*

Der von Dr. med Nossrat Peseschkian Ende der 60er Jahre begründete Ansatz der *Positiven Psychotherapie* hat sich in den letzten 30 Jahren zu einem bewährten psychotherapeutischen Verfahren entwickelt, welches diesen Anforderungen zu entsprechen sucht. Die Positive Psychotherapie stellt eine ressourcenorientierte Kurzzeitpsychotherapieform unter einem transkulturellen und interdisziplinären Gesichtspunkt dar, die dem tiefenpsychologisch fundierten Verfahren zugeordnet ist. Gerade die Vielseitigkeit des Verfahrens durch die transkulturelle und interdisziplinäre Perspektive hat dazu geführt, daß in den letzten Jahren eine große Zahl an Fachgesellschaften sowohl im europäischen als auch im außereuropäischen Raum gegründet worden sind.

Im Sinne der oben angesprochenen Problematik ist es ein Anliegen der Positiven Psychotherapie, verschiedene theoretische Therapiekonzepte im Sinne einer Metatheorie zu integrieren.

Auf der Basis ihrer transkulturellen und insbesondere interdisziplinären Ausrichtung schien es möglich, sowohl psychoanalytische, tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, gruppentherapeutische, hypnotherapeutische, medikamentöse als auch physiotherapeutische Behandlungsformen mit in diesen Ansatz einzubringen. Den Weg dazu bereitet eine dynamische theoretische Konzeption, die den individuellen Bedingungen des Klienten angepaßt ist.

Das therapeutische Vorgehen wird dabei begleitet durch eine permanente Software-gestützte Qualitätssicherung auf der Basis einer bewährten Meßbatterie.

Im folgenden soll nun die theoretische Konzeption der Positiven Psychotherapie in ihren Grundzügen, wobei wir auch auf das Konfliktmodell der Positiven Psychotherapie eingehen, erläutert werden. Darauf folgt die Beschreibung einer umfangreichen Wirksamkeitsstudie zur Positiven Psychotherapie und der, einer computergestützten Qualitätssicherung zugrunde liegenden Software, die im Auftrag des Wiesbadener Weiterbildungskreises unter der Leitung von Dr. Peseschkian entwickelt wird.

## Positive Psychotherapie – theoretische Grundpositionen

Der Begriff der „Positiven“ Psychotherapie leitet sich von dem lateinischen „positum“ ab und bedeutet soviel wie das Tatsächliche, das Vorgegebene. Tatsächlich und vorgegeben sind nicht nur die Störungen und Konflikte z.B. in einer Familie, sondern auch die Fähigkeiten, mit diesen Konflikten umzugehen. Für die Positive Psychotherapie heißt das, den Menschen darin zu unterstützen, diese Fähigkeiten als kurative Ressourcen für sich selbst zu nutzen.

Für die Positive Psychotherapie ist Krankheit nicht nur ein Merkmal eines einzelnen Menschen, sondern auch Charakteristikum der Beziehungsqualitäten innerhalb der Familie und Gesellschaft. Familie bildet den sozialen Kontext, bestimmt und prägt die Regeln, unter denen das Individuum heranwächst. Die Gesellschaft wiederum verhält sich auf der Makroebene ähnlich zur Familie: Sie definiert den kulturellen und gesetzlichen Rahmen, in dem sich die Familie formiert.

Für die Positive Psychotherapie bedeutet die transkulturelle Perspektive, daß jeder Mensch innerhalb der Kultursphäre steht, in der er aufgewachsen ist. Ebenso hat jeder von uns seine eigene Erziehungssphäre und damit seine eigene transkulturelle Problematik im Umgang mit seinen Mitmenschen.

Somit führt die transkulturelle Perspektive zu einer inhaltlichen Fragestellung: Ausgehend von der Frage „Was haben alle Menschen gemeinsam (das Bewußtsein der Gemeinsamkeit und Einheit) und wodurch unterscheiden sie sich (das Bewußtsein der Individualität und Einzigartigkeit)?“ wurde im Rahmen des Konzepts zur Positiven Psychotherapie ein Inventar von grundlegenden Konflikthaltungen erarbeitet, die im Individuum ebenso wirksam sind wie in der Familie und der Gesellschaft.

Diese Konflikthaltungen erklärt Peseschkian auf der Basis einer Sozialisationstheorie, wonach jeder Mensch über zwei angeborene *Grundfähigkeiten* verfügt:

- *Liebesfähigkeit* (Emotionalität) und
- *Erkenntnisfähigkeit* (Kognition).

Diese beiden Fähigkeiten werden im Laufe der Entwicklung differenziert und helfen bei der psychosozialen Entwicklung. Im weiteren Entwicklungsverlauf werden aus den Grundfähigkeiten die beiden *Aktualfähigkeiten* (Tabelle 1). Hierbei unterscheidet Peseschkian in seinem Katalog zwischen der emotional orientierten Kategorie, der *Liebesfähigkeit* (primäre Aktualfähigkeiten), welche die Begriffe Liebe, Vorbild, Geduld, Zeit u.a. umfaßt, und der leistungsorientierten psychosozialen Kategorie, der *Erkenntnisfähigkeit* (sekundäre Aktualfähigkeiten). Die Erkenntnisfähigkeit läßt sich über die Begriffe Pünktlichkeit, Sauberkeit, Ordnung, Gehorsam u.a. beschreiben (Tabelle 1).

Das spezifische Zusammenwirken von Aktual- und Grundkonflikten wird in der Positiven Psychotherapie beschrieben als Gewichtung der äußeren Ereignisse durch Fähigkeiten, Werthaltungen, Konzepte und Konfliktbereitschaften, die vor dem Hintergrund biologisch-lebensgeschichtlicher Gegebenheiten zu einer

**Tabelle 1.** Inventar der sekundären und primären Fähigkeiten

Sekundäre Fähigkeiten	Primäre Fähigkeiten
Pünktlichkeit	Liebe (Emotionalität)
Sauberkeit	Vorbild
Ordnung	Geduld
Gehorsam	Zeit
Höflichkeit	Kontakt
Ehrlichkeit/Offenheit	Sexualität
Treue	Vertrauen
Gerechtigkeit	Zutrauen
Fleiß/Leistung	Hoffnung
Sparsamkeit	Glaube/Religion
Zuverlässigkeit	Zweifel
Genauigkeit	Gewißheit
Gewissenhaftigkeit	Einheit

affektiven Besetzung und somit zu sogenannten *Aktualkonflikten* führen.

Als Resultate können Verhaltensbereitschaften und Verhaltensweisen mit ihren affektiven und emotionalen Komponenten entstehen, welche in die von Peseschkian als Schlüsselkonflikt bezeichnete Dichotomie „*Höflichkeit – Ehrlichkeit*“ einmünden.

„*Höflichkeit*“ beinhaltet nach Peseschkian die Fähigkeit, sich anzupassen, einzuordnen, ja zu sagen, mit dem Preis des Triebverzichts und der emotionalen Reaktion der Angst.

„*Ehrlichkeit*“ ist die Fähigkeit, offen Bedürfnisse durchzusetzen, zu sich selber zu stehen und sich selbst zu behaupten. Sie beinhaltet das Begleitrisiko der Aggression.

Dieser Schlüsselkonflikt bildet die zentrale Schaltstelle, in der sich die weitere Richtung der Konfliktverarbeitung entscheidet.

Auf gnr Basis dieser Begriffe, die Peseschkian im Laufe seiner langjährigen Erfahrung herausarbeiten konnte, lassen sich individuelle und zwischenmenschliche Konflikte, Krankheiten und Störungen beschreiben und auch operationalisieren. Für diesen Zweck wurden das *Differenzierungsanalytische Inventar* (DAI), welches in seiner Kurzform auch Bestandteil des therapeutischen Erstinterviews ist, und das *Wiesbadener Inventar für Positive Psychotherapie und Familientherapie* (WIPPF) entwickelt. Beide Inventare sind Teil der umfangreichen Testbatterie, die in der später noch zu beschreibenden Studie zum Einsatz gekommen ist.

Für die oben beschriebenen Aktualkonflikte sind aber nicht nur „*Life-events*“ von Bedeutung, sondern auch die von Peseschkian (1980) formulierten *Mikrotraumen*.

Beispiel: „Ich bin enttäuscht über die Untreue meines Partners; er trifft sich ständig mit anderen Frauen und außerdem ist er immer unpünktlich, wenn wir uns treffen.“

Die berichtete Person hat in ihrer Kindheit das Gefühl der Liebe und des Vertrauens (primäre Fähigkeiten) erworben und dies in ihr Selbstbild integriert. Durch häufige Störungen werden die entwickelten sekundären

Fähigkeiten, Treue und Pünktlichkeit, durch die Untreue und die Unpünktlichkeit beeinträchtigt, was zur Folge hat, daß es zu Konflikten kommt.

Die Bedeutung solcher „*Kleinigkeiten*“ wird in den meisten psychotherapeutischen Schulen übersehen, oder in den theoretischen Konzepten nicht berücksichtigt. Frühe schwere traumatische Erlebnisse als Ursachen späterer Störungen stehen hier im Zentrum der Aufmerksamkeit.

Die von Peseschkian formulierte Theorie der *Mikrotraumen*, als kleine zeitübergreifende seelische Verletzungen der durch die Aktualfähigkeiten bestimmten individuellen Werte, füllt die theoretische Lücke aus. Aus den Mikrotraumen formen sich schließlich dispositionelle Bereitschaften für bestimmte Konflikte, im Sinne des steten Tropfens, der den Stein höhlt.

Für die psychotherapeutische Arbeit wurde auf der Grundlage der theoretischen Konzeption ein *fünfstufiges Rahmenmodell der Positiven Psychotherapie* entwickelt, welches sich den situativen, individuellen therapeutischen Erfordernissen des Klienten anzupassen erlaubt. Ein Umstand, den das Modell durch die Integrationsfähigkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Techniken, also sowohl psychoanalytische, tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, gruppentherapeutische, hypnotherapeutische, medikamentöse als auch physiotherapeutische Behandlungsformen, zuläßt.

Die fünf Stufen der 1. *Beobachtung/Distanzierung*, 2. *Inventarisierung*, 3. *Situative Ermutigung*, 4. *Verbalisierung* und 5. *Zielerweiterung* stehen dabei in einer dynamischen Wechselbeziehung zueinander.

In der Therapie werden die fünf Stufen aus der Sicht des Therapeuten folgendermaßen angewandt: Die ersten Therapiesitzungen enthalten bereits die ersten beiden Stufen des differenzierungsanalytischen Vorgehens. Zunächst füllt der Therapeut mit dem Patienten den Fragebogen des „*Erstinterviews*“ aus. In der Stufe der *Beobachtung/Distanzierung* schreibt der Patient aufgrund seiner persönlichen Beobachtungen möglichst genau auf, in welchen Situationen die Problematik besonders hervortritt und welchen sie unterbleibt. In der zweiten Stufe der *Inventarisierung* füllt der Therapeut zusammen mit dem Klienten den bereits erwähnten DAI aus, der die Aktualfähigkeiten erfaßt. Dieser Schritt kann aber auch Teil des Erstinterviews sein.

Während der ersten beiden Stufen befaßt sich der Therapeut schon mit einer positiven Umdeutung der geschilderten Probleme, um die „*vorteilhaften*“ Bedeutungen der Probleme zu erfassen. Dieses Vorgehen stützt in der dritten Stufe der situativen Ermutigung die Möglichkeit, die positiven Eigenschaften und Ressourcen des Patienten herauszuarbeiten.

In der vierten Stufe *verbalisiert* der Therapeut die noch nicht thematisierten Konflikte. Die Therapie erfährt in dieser Phase eine Erweiterung durch die Konfrontation und direkte Bearbeitung der bisher unausgesprochenen Probleme.

Die abschließende fünfte Stufe der *Zielerweiterung* ermutigt den Patienten, sich nicht nur auf seine Probleme und Symptome zu beziehen, sondern die Fähigkeiten der „*gesunden*“ Bereiche zu berücksichtigen und zu mobilisieren.

Die theoretischen Grundpositionen der Positiven Psychotherapie lassen sich abschließend zu neun Thesen zusammenfassen und ergänzen:

1. *Die Positive Psychotherapie berücksichtigt die positiven Aspekte jeder Krankheit:* Über die Aktivierung der individuellen Fähigkeiten des Patienten (Ressourcen) verläßt der Patient seine Patientenrolle und wird zum Therapeuten seiner selbst im Sinne einer Fähigkeit zur Selbsthilfe.
2. *Die Mikrotraumentheorie berücksichtigt Konfliktinhalte und Konfliktdynamik:* Ausgehend von der Frage „Was haben alle Menschen gemeinsam und wodurch unterscheiden sie sich?“ beschreibt die Positive Psychotherapie ein Inventar von Konflikthalten (Aktual- und Grundfähigkeiten).
3. *Das transkulturelle Denken ist Grundlage der Positiven Psychotherapie:* Sie bezieht die Vielfalt der individuell, familiär und kulturell determinierten Erscheinungsformen ein und fördert eine Einheit in der Mannigfaltigkeit.
4. *Konzepte, Mythologien und orientalische Geschichten werden gezielt in die therapeutische Situation einbezogen:* Geschichten unterstützen den Abbau innerer Widerstände und erleichtern die Durchführung der Selbsthilfe, welche die Psychotherapeutischen Maßnahmen ergänzt.
5. *Jeder Mensch ist einzigartig:* Die Therapie wird den Bedürfnissen des Patienten angepaßt.
6. *Familienmitglieder als Individuen und gesellschaftliche Faktoren als Rahmenbedingungen* werden in den therapeutischen Prozeß mit einbezogen.
7. *Die Begriffe der Positiven Psychotherapie sind allgemeinverständlich:* Sprachbarrieren sind ausgeräumt und eröffnen eine Chancengleichheit in der Psychotherapie.
8. *Die Positive Psychotherapie bietet ein Grundkonzept für den Umgang mit allen Krankheiten und Störungen;* sie beinhaltet drei Schwerpunkte: Prophylaxe, eigentliche Therapie und Nachsorge (universale Anwendbarkeit).
9. *Die Positive Psychotherapie bietet durch ihr inhaltliches Vorgehen ein Konzept, innerhalb dessen sich die verschiedenen Methoden und Fachrichtungen sinnvoll ergänzen können* (metatheoretischer und metapraktischer Aspekt).

### Die Studie

Im folgenden sollen die Ergebnisse einer Effektivitätsstudie bezüglich der Wirksamkeit der „Positiven Psychotherapie“ präsentiert werden, die der Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF) in Zusammenarbeit mit der Universität Erlangen durchgeführt hat. Einbezogen wurden 402 Patienten mit neurotischen und psychosomatischen, überwiegend chronischen Krankheitsbildern. Eine erste Stichprobe mit Prä- und Postmessung unter Einbeziehung einer umfangreichen Testbatterie, entsprechend internationalem Standard, umfaßt n = 110 Patienten (Tabelle 2).

Der durchschnittliche Behandlungsumfang betrug 30,5 Stunden (Sitzungen). Als Kontrollgruppe herange-

zogen wurde eine Wartegruppe (n = 54 Patienten). Eine weitere Kontrollgruppe (n = 17 Patienten) bestand aus Patienten mit rein somatischen Diagnosen, die keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen. Des weiteren wurde eine retrospektive Erhebung bei den weiteren mit Positiver Psychotherapie behandelten Patienten (n = 231) nach Therapieabschluß durchgeführt. Die erste Katamnese-Gruppe (n = 84 Patienten) wurde 3 bis 10 Monate nach Therapieabschluß, die zweite Katamnese-Gruppe (n = 91 Patienten) nach 10 Monaten bis 4 Jahren und die dritte Katamnese-Gruppe (n = 46 Patienten) 4 bis 5 Jahre nach Beendigung der Therapie untersucht (Tabelle 3).

Bei den Katamnese-Gruppen wurden die gleichen Instrumentarien angewandt, wie sie bei der Postmessung der prospektiv untersuchten Gruppen herangezogen wurden. Einbezogen wurden Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsvariablen, interpersonellen und situationalen Variablen.

Die Ergebnisse der *Symptom Check List* (SCL 90-R) und insbesondere des *Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens* (VEV) konnten die teilweise hohe Effektstärke der Positiven Psychotherapie bei relativ geringer Stundenzahl belegen und gleichzeitig zeigen, daß die Therapieeffekte auch in den Katamnese-Gruppen stabil sind und sich auch 4 bis 5 Jahre nach Abschluß der Therapie nachweisen lassen.

Beim SCL 90-R erbrachte die nach der Formel von Rahlfs (1994) berechnete Effektivitätsstärke auf der Basis des Vergleichs der Prä-Post-Differenzen zwischen Therapie- und Kontrollgruppe einen Wert von  $e = 0.48$ , was als mittelstarker Effekt angesehen werden kann. Der jedoch im Vergleich zu der aus dem VEV resultierenden Effekt-

**Tabelle 2.** Meßinstrumente

Symptomatik	Symptom Check List (SCL 90-R; Derogatis, 1977)
Persönlichkeitsstruktur	Gießen Test (GT, Beckmann et al., 1983)
Energieverteilung/ Konfliktverarbeitung	Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF; Peseschkian und Deidenbach, 1988)
Interpersonelle Problematik	Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Horowitz et al., 1994)
Kontrollüberzeugungen	IPC-Fragebogen zur Kontrollüberzeugung (Krapfen, 1981)
Veränderung des Verhaltens	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV; Zielke und Kopf-Mehnert, 1976)
Therapeutische Beziehung	Bielefelder Klientenerfahrungsfragebogen (BIKEB; Höger, 1993)
Therapieziele	Arbeitsauftrag (goal attainment scaling) (unveröffentl. Eigenentwicklung)
Bewertung durch den Therapeuten	BIKEB-Th (Fremdbeurteilung)
Evaluation des Therapieeffekt durch den Patienten	Selbstbeurteilung (unveröffentl. Eigenentwicklung)

**Tabelle 3.** Untersuchungsdesign

	Stichproben (n = 402)	Design		
		Prä-Test	Therapie	Post-Test
A Verlaufsuntersuchung				
Kontrollgruppen	1. Patienten mit PPT (n = 110)	X	X	X
	2. Patienten mit psych. Diagnosen (n = 54)	X		X
	3. Patienten mit psychosom. Diagnosen (n = 17)	X		X
B Einmalige Katamnese				
	1. Katamnese-Gruppe I (n = 84)	3–10 Monate		
	2. Katamnese-Gruppe II (n = 91)	10 Monate–4 Jahre		
	3. Katamnese-Gruppe III (n = 46)	4–5 Jahre		

stärke relativ niedrige Wert könnte auf die überwiegende Zahl chronischer Beschwerden zurückzuführen sein. Wie die Abb. 1 zeigt, weisen Patienten mit der prospektiven Gruppe mit Behandlung in der Skala GSI der SCL-90-R wesentlich weniger körperliche und psychische Symptome auf als die Kontrollgruppe (Abb. 1).

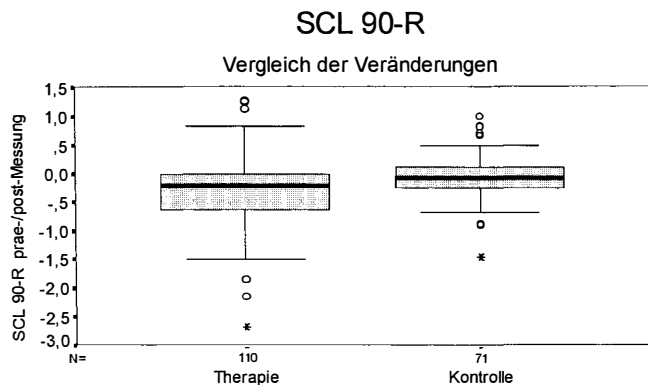
Der Vergleich zwischen prospektiver Patientengruppe und Kontrollgruppe beim VEV ergab wiederum einen signifikanten Unterschied zugunsten einer positiveren Veränderung bei der prospektiven Patientengruppe. Die auf dieser Basis errechnete Effektstärke beträgt  $e = 1.24$

und ist als hoher Effekt zu bezeichnen.<sup>1</sup> Die prospektive Patientengruppe zeigt demnach zum Ende der Therapie stärkere positive Veränderungen als die Kontrollgruppe (Abb. 2). Außerdem weist der Vergleich zwischen den beiden genannten Gruppen auf eine zeitliche Stabilität der nachgewiesenen Effekte auch fünf Jahre nach Beendigung der Therapie hin.

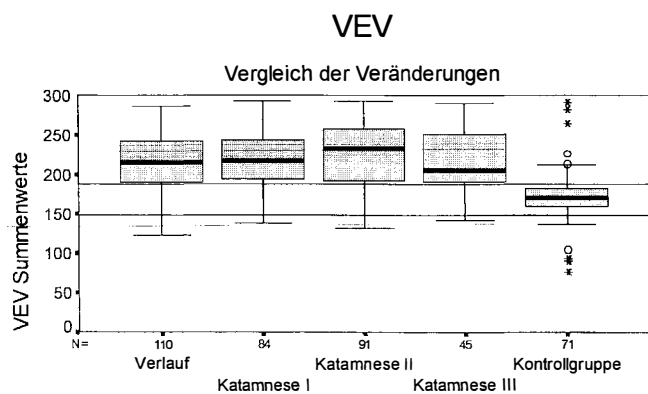
Die mittlere Therapiedauer der 344 Patienten, die mit Positiver Psychotherapie behandelt worden waren, ist mit 30,5 Sitzungen bemerkenswert niedrig.

Abschließend sollen an dieser Stelle noch, in gebotener Kürze, die Ergebnisse einiger anderer verwendeter Verfahren dargestellt werden: Beim Gießen-Test, der die Persönlichkeitsstruktur erfassen soll, fanden sich lediglich auf der Skala „Soziale Resonanz“ signifikante Ergebnisse und ein mittelstarker Effekt von 0.39. Der die interpersonelle Problematik erfassende IIP-C wies auf der Skala „I“ (Internalität) einen leichten Effekt von 0.28 auf. Die Ergebnisse des IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugung zeigten keinerlei Effekte im Vergleich der Prä-Post-Differenzen zwischen den Untersuchungsgruppen.

Die abschließende Befragung der Patienten nach Therapieabschluß über die Erreichung des Therapiezieles (Goal attainment scaling) erbrachte wiederum ermutigende Ergebnisse: Aus der prospektiven Patientengruppe gaben 83,0% der Patienten an, ihre Therapieziele (primäres Ziel und untergeordnete Ziele) fast oder ganz (Werte +1 bis +3) erreicht zu haben. Bei der Katamnesegruppe I äußerten sich 82,7%, bei Katamnesegruppe II 85,2% und bei Katamnesegruppe III gar 97,5% der Patienten in diesem Sinne.



**Abb. 1.** Symptomatik der prospektiven Patientengruppe mit Therapie vs. Kontrollgruppe (Skala GSI der SCL 90-R; n = 181). Im Boxplot wird die Verteilung durch Minimum, Maximum, Median sowie 25%- und 75%-Quartil repräsentiert



**Abb. 2.** Vergleichende Darstellung der Veränderung der Befindlichkeit zwischen prospektiver Patientengruppe und Katamnesegruppen einerseits und Kontrollgruppe andererseits (VEV; n = 402)

**Software**

Die Bearbeitung des umfangreichen Datenmaterials hat den Bedarf einer computergestützten Auswertungsmöglichkeit gezeigt, die als Softwarepaket alle im Rahmen der Positiven Psychotherapie verwendeten Tests in einem Programm vereint und die Möglichkeit offen läßt, spezifische Tests je nach Bedarf zusätzlich zu integrieren. Für die vorliegende Studie und deren Auswertung wurde ein solches Programm entwickelt, das

<sup>1</sup> Einschränkung sollte erwähnt werden, daß der VEV gelegentlich von kritischer Seite, wegen seiner Itemformulierungen und seiner spezifischen Struktur, als ein zu Überzeichnungen neigendes Instrument gesehen wird.

zu einer Ökonomisierung geführt hat und noch weiterentwickelt werden soll.

Die Software mit dem Titel „*Qualitätssicherung Positive Psychotherapie (QSPP)*“<sup>2</sup> integriert alle für die Effektivitätsstudie verwendeten Testverfahren (siehe Studienteil) und ist zusätzlich ergänzungsfähig. Die als benutzerfreundliche Windows-Oberfläche konzipierte Software erlaubt eine fortlaufende Diagnostik mit der Möglichkeit, Testergebnisse augenblicklich zu visualisieren und ist leicht in die Praxis-Software zu integrieren. Die Ergebnisse werden als Charts mit integriertem Normbereich präsentiert und verfügen über Interpretationshilfen, die sich inhaltlich an den testeigenen Handanweisungen orientieren.

Computergestützte Qualitätssicherung ermöglicht auf diesem Wege nicht nur eine ständig aktuelle Transparenz der Effektivität der eigenen Arbeit, sondern auch effizienteren Umgang mit Patientendaten. Ziel ist es weiterhin, auf der Basis der unterstützenden Software Hilfestellungen in der Supervision und Gedankenaustausch in Qualitätszirkeln zu ermöglichen.

### Fazit

Einleitend stellten wir fest, daß die Anforderungen an ein modernes psychotherapeutisches Verfahren sich folgendermaßen formulieren ließen: Moderne Psychotherapie sollte kurz, effektiv und transparent, also methodisch und theoretisch überprüfbar, sein.

Die von Dr. N. Peseschkian Ende der 60er Jahre begründete Positive Psychotherapie versucht diesen Anforderungen zu entsprechen: Eine in diesem Sinne durchgeführte Wirksamkeitsstudie zur Positiven Psychotherapie erbrachte in den Bereichen des Erlebens und Verhalten (VEV) eine als hoch zu bezeichnende Effektstärke von  $e = 1.24$ . Im Bereich der Symptomatik (SCL 90-R) wurde, trotz vorwiegend chronischer psychosomatischer Beschwerden der Probanden, ein mittelstarker Effekt von  $e = 0.48$  erzielt. Die durchschnittliche, in der Untersuchung gefundene Therapiedauer ist mit 30,5 Stunden als niedrig zu bewerten. In Kombination mit der von Peseschkian angestrebten Integration von Therapie und computergestützter Qualitätssicherung zu einem Arbeitsprozeß, entsprechen die Ergebnisse den Anforderungen an ein modernes psychotherapeutisches Verfahren.

<sup>2</sup> Der Wirksamkeitsnachweis der positiven Psychotherapie im Rahmen der Qualitätssicherung – Computergestützte Qualitätssicherung – wurde mit dem **Richard-Merten-Preis 1997** ausgezeichnet. Dieser Preis wird jährlich durch das Kuratorium der Richard-Merten-Preis Stiftung herausragenden Arbeiten auf dem Gebiet der medizinischen Qualitätssicherung verliehen.

Mit der Positiven Psychotherapie liegt somit nicht nur ein Verfahren vor, das interdisziplinär und transkulturell ökonomisch zu arbeiten erlaubt, sondern auch über eine, den diagnostischen Erfordernissen angepaßte Software die Grundlage für eine permanente Qualitätssicherung bietet. Durch den Einsatz der entsprechenden Software können Diagnostik und Effektivität der Behandlung des einzelnen Patienten unter Routinebedingungen dokumentiert werden. Es sind dies eben die Voraussetzungen für eine Verbesserung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung.

### Literatur

- Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1983) Der Gießen-Test. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Derogatis LR (1977) SCL90-R, administration scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. John Hopkins University School of Medicine
- Franke G (1994) SCL 90-R, die Symptom Checkliste von Derogatis (Deutsche Version). Beltz, Weinheim Basel
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H (1990) Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. Z Klin Psychologie 19/4: 294–315
- Grawe K, Donanti R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Höger D (1993) Entwicklung und Überprüfung des Bielefelder Klientenerfahrungsbogens (BIKEB). Unveröffentlichter Forschungsbericht, Universität Bielefeld
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (1994) Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (Deutsche Version) (IIP-D). Testzentrale, Göttingen Bern
- Krampe G (1981) IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC). Testzentrale, Göttingen Bern
- Peschkian N (1980) Positive Familientherapie. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt
- Peschkian N, Deidenbach H (1988) Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Peschkian N (1994) Positive Psychotherapie. Theorie und Praxis einer neuen Methode. Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt
- Peschkian N, Tritt K, Werner B, Scheurer H, Müller K, Krömker J (1998) Unveröffentlichter Bericht
- Rahlf's VW (1994) Relevanzmaße: neue Biometrie nach GCP. IDV, Gauting
- Shapiro D, Shapiro D (1983) Comparative therapy outcome research: methodological implications of meta-analysis. J Consult Clin Psychol 51: 42–53
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1976) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Testzentrale, Göttingen Bern

**Korrespondenz:** Prof. Dr. Hermes A. Kick, Schwetzingen Straße 28, D-68165 Mannheim, Bundesrepublik Deutschland, Fax 0621/44 99 41.

Dr. med. Nossrat Peseschkian, Leiter des Wiesbadener Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Familientherapie, An den Quellen 1, D-65183 Wiesbaden; Prof. Dr. med. Hermes A. Kick, apl. Professor für Psychiatrie, Universität Heidelberg; Dr. phil. Heinz Scheurer, Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg; Dipl.-Psych. Joachim Krömker, Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg; Dr. rer. Soc. Dipl.-Psych. Karin Tritt, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Erlangen-Nürnberg; PD Dr. med. Th. Loew, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Erlangen-Nürnberg.