Psychotherapeut 2015 · 60:45–52
DOI 10.1007/s00278-014-1086-9
Online publiziert: 22. Oktober 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Ulrich Elbing[1] · Gudrun Jecht-Hennig[2] · Christoph Seidenfus[3] · Edit Rottler[4] · Jörn von Wietersheim[4]

[1] Institut für Kunsttherapie-Forschung, Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen
[2] Psychotherapeutische Praxis, Nürnberg
[3] Institut TA AT WORK, München und Schliersee
[4] Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm

Transaktionsanalyse

Pilotstudie zu spezifischen Elementen und Wirksamkeit

Die Transaktionsanalyse (TA) ist eine Form der „social psychiatry" und die TA-Therapiegruppe ihr genuiner Ort. Das Austauschgeschehen in der Therapiegruppe sowie auch in den Einzelsitzungen stellt die Bühne sowohl für die Inszenierung der Lebensdramen der Patienten als auch für deren therapeutische Veränderung dar. Als Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung wurden die 8 Basistechniken der Befragung, Spezifizierung, Konfrontation, Erklärung, Illustration, Bestätigung, Deutung und Kristallisation konzeptualisiert. Das Konzept dieser Basistechniken bildet auch für die Therapiedokumentation ein System, mit dessen Hilfe therapeutische Interventionen sowohl erfasst als auch geplant werden können.

Hintergrund und Fragestellung

Die Transaktionsanalyse (TA) als Methode der humanistischen Psychotherapie ist durch die Entwicklung vielfältiger praxisnaher Modelle und Methoden gekennzeichnet, die auch in der deutschsprachigen Fachliteratur systematisch aufgearbeitet worden sind (Clarkson 1996; Hennig u. Pelz 2007; Schlegel 1995). Die Erforschung der TA und ihrer Konzepte hat jedoch mit dieser Entwicklung bisher nicht Schritt gehalten. Zur Wirksamkeit der TA liegen international recherchierte systematische Übersichtsarbeiten vor (Elbing 2007; Ohlsson 2010). Sie geben Hinweise, dass die Methoden der TA wirksam sind; jedoch existieren bislang noch nicht genügend viele, im Sinne der „Evidence-based-medicine"(EBM)-Kriterien methodisch gut durchgeführte Studien. Übereinstimmend wird daher auf den Bedarf an weiteren Studien zur Wirksamkeit der TA hingewiesen.

Der psychoanalytisch ausgebildete Psychiater und Begründer der TA Eric Berne (2005) begriff seine Methode als „social psychiatry" und die Therapiegruppe als ihren genuinen Ort. Das Austauschgeschehen in der Therapiegruppe war für ihn die Bühne sowohl für die Inszenierung der Lebensdramen seiner Patienten als auch für deren therapeutische Veränderung. Seine Methode nannte er „transactional analysis". Transaction ist hier mit Interaktion im Sinne einer konkreten, beobachtbaren Kommunikationseinheit zu übersetzen. Der Begriff Transactional analysis, den er als Weiterführung der „psychoanalysis" und Grundlage der Arbeit mit seinen Patienten sah, beinhaltet damit einen doppelten Wortsinn: Analyse (verstehende Diagnose) *von* Interaktionen und Analyse (Heilverfahren wie Psychoanalyse) *durch* Interaktionen in der Gruppentherapie. Konsequenterweise sind für Berne damit die konkreten Interaktionen auch der eigentliche Ort psychischer Störungen – „transactional analysis" als „social psychiatry". Hiervon ausgehend hat sich die TA entwickelt und ausdifferenziert. Transaktionsanalyse versteht sich zum einen als ein Persönlichkeitskonzept, das innere Prozesse des Einzelnen, seine lebensgeschichtliche Entwicklung und seine Einbindung in eine jeweilige Gruppe verstehbar macht und kontextangemessen positiven Einfluss darauf nimmt. Zum anderen ist sie ein Kommunikationskonzept zu Beschreibung, Erklärung und Gestaltung zwischenmenschlicher Kommunikation (Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse 2013).

In der hier vorgelegten Studie sollen TA-Schlüsselkonzepte zur Beschreibung von Interventionen und Veränderungen bei den Patienten beispielhaft aufgezeigt werden. Um den heuristischen Nutzen von TA-Schlüsselkonzepten darstellen und diskutieren zu können, werden die hier verwendeten in der Folge kurz skizziert.

Ein zentrales Schlüsselkonzept der TA ist das Konzept der Ich-Zustände („ego states"). Berne hat dieses Konzept von seinen Lehranalytikern Paul Federn und Edoardo Weiss aufgegriffen und weiterentwickelt (Berne 1989). Berne definiert einen Ich-Zustand als „eine zusammengehörige Gruppe von Gefühlen, Haltungen und Verhaltensmustern" (Berne 1989, S. 67). Im kommunikativen Austausch werden die Ich-Zustände der beteiligten Personen durch ihre spezifische Weise erlebbar, mit der sie in Erscheinung treten und wirksam werden. Unterschieden werden Erwachsenen-, Eltern- und Kind-Ich-Zustände. Bei Eltern-Ich-Zuständen kann zudem eine fürsorgliche oder eine

kritische Weise der Austauschgestaltung im Vordergrund stehen; Kind-Ich-Zustände können unbefangen und frei oder angepasst bzw. rebellisch in Erscheinung treten. Die spontane Rückmeldung „jetzt bist du wie deine Mutter/dein Vater" kann z. B. ein Hinweis darauf sein, dass die angesprochene Person einen Eltern-Ich-Zustand aktualisiert hat.

Zu den Grundannahmen der TA gehört, dass eine Person grundsätzlich in der Lage ist zu wählen, wie bzw. über welchen Ich-Zustand sie mit einer anderen Person in Beziehung treten möchte (Konzept der Autonomie; Berne 1989). Unter Autonomie versteht Berne die Freisetzung oder Wiedergewinnung von Bewusstheit, Spontaneität und Intimität. Die bewusste Wahrnehmung sowohl der eigenen Beziehungsbedürfnisse als auch eines Beziehungsangebots und der damit verbundenen Ich-Zustände ermöglicht es, aus Wiederholungsdynamiken herauszutreten und die Kommunikation mit einem anderen Ich-Zustand bewusst zu gestalten (Bewusstheit). Zum Beispiel kann die oben genannte spontane Rückmeldung Bewusstheit über einen aktualisierten Eltern-Ich-Zustand anregen und ermöglicht so die Entscheidung in der Situation selbst, die Kommunikation in anderer Weise fortzuführen (Spontaneität) und dies authentisch und ohne Nebenabsichten zu tun (Intimität). Dieser Vorgang ist gleichbedeutend mit der Aktualisierung eines anderen Ich-Zustands. Damit ist das TA-Konzept der Ich-Zustände auch von Interesse für die Diagnose und die Interventionsgestaltung.

Ein weiteres Schlüsselkonzept der TA ist der unbewusste Lebensplan oder das Skript, der Hintergrund für die psychologischen Spiele. Mit dem Konzept der Spiele entwickelte Berne (2001) eine mikroanalytische Prozessbeschreibung repetitiver kommunikativer Muster, die sich auch als Operationalisierung von Abwehrmechanismen oder Reinszenierungen bzw. Übertragungsangeboten begreifen lassen (Berne 2001). Berne definiert ein Spiel als einen Austauschprozess mit „einem (imaginären) Schalthebel, einer Verwirrung und einem abschließenden Lohn bzw. Spielgewinn" (Berne 1987, S. 509). Die Gesetzmäßigkeiten, denen ein psychologisches Spiel unterliegt, hat Berne (1987) als Folge von 6 Spielzügen beschrieben: Das Spiel beginnt mit einem manipulativen, un- oder vorbewussten Eröffnungszug aus einem Eltern- oder Kind-Ich-Zustand, der wie eine gut getarnte Falle mit einem verlockenden Köder funktioniert. Folgende Schritte lassen sich dabei beobachten: 1) Die Aufforderung zum Mitspielen erfolgt nonverbal durch die Art und Weise, wie ein Spieler den Kontakt herstellt; 2) Bereitschaft und das unbewusste Interesse der angesprochenen Person, auf das Angebot einzugehen; 3) die erwartungskonforme soziale Reaktion der angesprochenen Person; 4) Wechsel in einen anderen Ich-Zustand; 5) Überraschung und Verwirrung aufseiten der anderen Person; 6) Abschluss der Reinszenierung mit der Aktivierung von biografisch erworbenen Gefühlen von Scham oder Schuld. Diese 6 Spielzüge fasst Berne in der Spielformel G zusammen; hierbei steht G für das englische Wort „game" (Spiel). In der deutschen Übersetzung lässt sie sich in Anlehnung an Stewart u. Joines (1990, S. 337) zusammen mit einem Beispiel wie folgt darstellen:

Attraktive Falle („Herr Doktor, ich habe schon alles probiert und nichts hat mir geholfen" – flehend-erwartungsvoller Blick) + (Mit-)Spielinteresse (narzisstisches Bedürfnis, dankbar bewundert zu werden): harmlose Reaktion („Vielleicht sollten wir's mal so probieren …" – es folgen Vorschläge zur Problemlösung) → Rollenwechsel (mit klagendem Vorwurf: „Das habe ich doch alles schon versucht …") → Verwirrung (auf gute Vorschläge folgen Zurückweisung und Kritik statt der erwarteten/erhofften Dankbarkeit und Bewunderung) → Reaktivierung unangenehmer, biografisch erworbener Gefühle („Ich bin ein hoffnungsloser Fall…" und: „Ich habe mich doch so bemüht …").

Spezifische Charakteristiken der jeweiligen repetitiven Kommunikationsmuster bezeichnete Berne teilweise mit Kurztiteln. Das Spielangebot „Ja, aber" wird mit einem Hilfeersuchen eröffnet, um mit der Entwertung oder Zurückweisung der Hilfsangebote zu enden (s. oben). Die Spielangebote „überlastet", „Holzbein" und „blöd" beinhalten Appelle an überbehütendes Verhalten bzw. an den Verzicht auf die Konfrontation mit eigener Verantwortung. „Herr/Frau Dokor, Sie sind wundervoll" beginnt idealisierend-unterwürfig, um später in aggressive Entidealisierung oder in eine negative Übertragung umzuschlagen. „Hab ich dich erwischt, du Schweinehund", fokussiert diesen Aspekt und bildet somit ein Gegenstück zu „wundervoll".

Das Spielkonzept lässt sich somit als Instrument zur Erfassung der therapeutischen Dynamik einsetzen, die Spiele können sich auch während des Therapieprozesses verändern.

Als Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung konzeptualisierte Berne (1985; Berne 2001) schließlich die 8 Basistechniken der Befragung, Spezifizierung, Konfrontation, Erklärung, Illustration, Bestätigung, Deutung und Kristallisation. Die Spezifizierung entspricht dem zusammenfassenden Spiegeln der Gesprächstherapie. Eine Illustration ist eine Anekdote oder eine Beispielgeschichte, mit der die Wirkung einer Konfrontation vertieft werden kann. Eine Bestätigung ist der Hinweis auf ähnliche Verhaltensmuster wie diejenigen, die zuvor mit einer Konfrontation aufgedeckt wurden. Eine Kristallisation stellt den Patienten die Entscheidung vor Augen, die durch die vorhergehende Therapie ermöglicht wurde.

Das Konzept der Basistechniken stellt auch für die Therapiedokumentation ein System dar, mit dessen Hilfe die therapeutischen Interventionen sowohl erfasst als auch geplant werden können.

Ziele der hier vorgelegten Untersuchung waren zum einen, im Rahmen einer Pilotstudie die Verteilung TA-spezifischer Konstrukte wie Ich-Zustand, Basistechniken und Spielangebote im Therapieverlauf zu untersuchen. Weiterhin sollten die Wirksamkeit und die Effektivität der Therapie im Rahmen einer naturalistischen, versorgungsnahen Studie überprüft werden.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Design

In einer Pilotuntersuchung wollten 3 ausgebildete TA-Therapeutinnen Teile ihrer Klientel hinsichtlich der Wirksamkeit

der von ihnen durchgeführten Therapien, aber auch hinsichtlich einiger TA-spezifischer Elemente näher untersuchen. Zwei der Therapeutinnen arbeiteten in eigener Praxis, eine weitere in einer Suchtberatungsstelle. Daten wurden zum Aufnahmezeitpunkt (T0) und dann regelmäßig alle 6 Monate, bis der Patient die Therapie beendet hat (T1–T3), erfasst. Der letzte Erhebungszeitpunkt war nach 18 Monaten. Die Patienten wurden konsekutiv in die Studie aufgenommen; es musste sich um Patienten handeln, bei denen eine TA durchgeführt wurde. Die Therapien waren zeitlich nicht begrenzt. Die Daten wurden im Zeitraum von 01.01.1997 bis 31.12.1998 erhoben. Da die Patienten konsekutiv aufgenommen wurden, ist die Anzahl der vorliegenden Datensätze unterschiedlich. Mehrere Therapien wurden nicht bis zum Ende dokumentiert. Die Therapien fanden in der Regel mit einem Termin pro Woche statt.

Die Daten der Patienten wurden im Rahmen der sonst üblichen Basisdokumentation erhoben. Die Patienten wurden über die Studie aufgeklärt und erklärten sich einverstanden. Auch die Therapeuten erklärten sich einverstanden, an der Studie teilzunehmen und die eingesetzten Instrumente zu den vorgesehenen Zeitpunkten auszufüllen. Die Auswertungen erfolgten in anonymisierter Form.

Erhebungsinstrumente

Zu Beginn der Studien wurde die Diagnose dokumentiert und soziodemografischen Daten der Patienten erhoben. An allen Zeitpunkten wurden die folgenden Fragebogen eingesetzt:

- Symptom-Checklist-90R (SCL-90R; Franke 1995) und
- Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV; Zielke u. Kopf-Mehnert 1978).

Im VEV werden 42 Veränderungsitems vorgegeben, die zwischen den Polen „Spannung, Unsicherheit, Pessimismus" und „Entspannung, Gelassenheit, Optimismus" differenzieren. Errechnet wird ein Gesamtwert für die Veränderung. Die Abweichung gegenüber einer erwarteten Nichtveränderung (z. B. einer Kont-

Zusammenfassung · Abstract

Psychotherapeut 2015 · 60:45–52 DOI 10.1007/s00278-014-1086-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Ulrich Elbing · Gudrun Jecht-Hennig · Christoph Seidenfus · Edit Rottler · Jörn von Wietersheim

Transaktionsanalyse. Pilotstudie zu spezifischen Elementen und Wirksamkeit

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Transaktionsanalyse (TA) als Methode der humanistischen Psychotherapie ist durch die Entwicklung vielfältiger praxisnaher Modelle und Methoden gekennzeichnet. Bedarf besteht dagegen an methodisch guten Studien zu ihrer Anwendung. Die Ergebnisse der hier vorgestellten Pilotstudie dienen der Planung einer Studie zur Transaktionsanalyse in der ambulanten Versorgung.

Ziel der Arbeit. Es wurden TA-spezifische Konstrukte im Therapieverlauf untersucht und die Effektivität von TA-Psychotherapie untersucht.

Material und Methoden. In einer naturalistischen, versorgungsnahen Studie wurden insgesamt 17 Patienten von 3 Therapeutinnen in eigener Praxis bzw. in einer Suchtberatungsstelle konsekutiv behandelt. Erfasst wurden Daten mithilfe der Symptom-Checklist (SCL-90R), des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV) sowie TA-spezifische Angaben zu Diagnostik und therapeutischer Interaktion bei Aufnahme (T0) und jeweils alle 6 Monate (T1–T3).

Ergebnisse. Die Patienten berichteten im VEV an den Zeitpunkten T1–T3 deutliche Verbesserungen. Im Global Severity Index (GSI) finden sich deutliche Veränderungen über die Zeit und entsprechend zufriedenstellende Effektstärken. Die erhobenen TA-Konzepte zeigen erwartungskonforme Veränderungen im Interaktionsverhalten der Patienten und in der Interventionsplanung der Therapeutinnen.

Diskussion. Trotz geringer Fallzahl und großer Drop-out-Rate ergibt die Pilotstudie Hinweise, dass die TA vermutlich ähnlich hohe Wirksamkeiten erzielt wie andere, etabliertere psychotherapeutische Verfahren. Die TA-spezifischen Dokumentationsbogen erwiesen sich als geeignet, die mit ihnen dargestellten Prozesse waren plausibel und bildeten den Therapieverlauf gut ab. Insofern ermutigen diese Ergebnisse zu weiterer Forschung mit diesem Verfahren.

Schlüsselwörter

Psychotherapie · Forschung · Naturalistische Studie · Versorgungsforschung · Ambulante Behandlung

Transactional analysis. Pilot study on specific elements and effectiveness

Abstract

Background. Transactional analysis (TA) is a form of humanistic psychotherapy which includes a wide range of practical concepts; however, there is an ongoing need for well-designed research studies on the use and effectiveness in this psychotherapy form. The results of this pilot study will serve to design further studies about TA within the field of outpatient care.

Aim. The objectives of this study were to investigate TA-specific concepts during psychotherapy and to test the efficacy of TA-based psychotherapy.

Material and methods. In a naturalistic design 17 consecutive outpatients were treated by 3 transactional analysts in their practices as well in a counseling practice for addiction. Data were collected using the symptom checklist (SCL-90R), the questionnaire on alterations in experience and behavior (VEV, Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens) and rating scales with TA terms addressing diagnostic and interactional issues. Measurement points were located at treatment onset (T0) and at 6-month intervals (T1–T3).

Results. The outpatients reported notable improvements at T1–T3. The global severity index (GSI) indicated clear changes over time and satisfactory effect sizes. The TA concepts displayed the expected changes in the interactional behavior of the outpatients and in the intervention planning of therapists.

Conclusion. Despite the low number of patients and a high drop-out rate, the results of this pilot study give indications about the possible effectiveness of TA which is comparable with other established forms of psychotherapy. The specific TA rating scales were able to give a plausible picture of the therapeutic process and progress. The results encourage further research about TA psychotherapy.

Keywords

Psychotherapy · Research · Naturalistic trial · Health care research · Ambulatory care

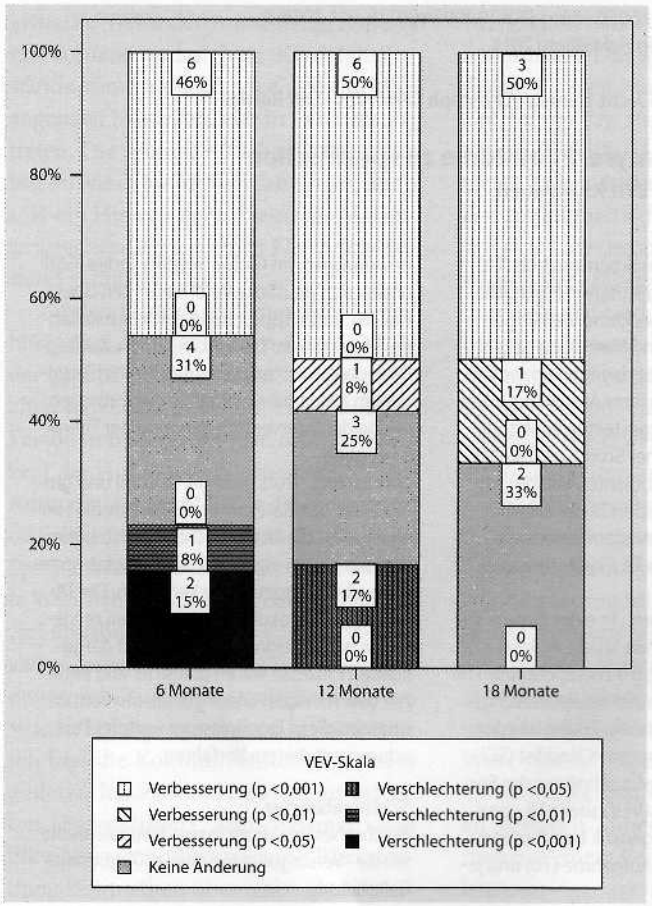

Abb. 1 ◄ Veränderungen im Erleben und Verhalten *(VEV)* an den 3 Zeitpunkten

rollgruppe) kann auf Signifikanz getestet werden.

Zusätzlich wurden TA-spezifische Dokumentationsbogen entwickelt. Diese wurden „item"-weise ausgewertet. Es wurde erfasst, welche der Ich-Zustände (angepasste und freie Kind-Ich-Zustände, Erwachsenen-Ich-Zustände, fürsorgliche und kritische Eltern-Ich-Zustände) von Patienten im Referenzzeitraum am häufigsten genutzt wurden (Dusay 1991). Weiter konnten die Therapeuten angeben, welche Ich-Zustände sie selber nutzen wollten (Eltern-, Erwachsenen- und Kind-Ich-Zustände). Zudem wurde erhoben, welche Spiele der Patient in der nächsten Zeit vermutlich anbieten würde, und welche der Basistechniken die Therapeuten verwenden wollten.

Patientenstichprobe

Insgesamt wurden die Daten von 17 Patienten erfasst. Elf waren weiblich, 6 männlich; das Alter betrug zwischen 30 und 64 Jahre, Mittelwert 39 Jahre. Hauptdiagnosen waren Angststörungen (6 Patienten), depressive Störungen (5 Patienten), Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (4 Patienten), somatoforme Störung (ein Patient) und Persönlichkeitsstörung (ein Patient). Elf Patienten hatten eine weitere Diagnose; dies waren überwiegend Angst- und depressive Störungen. Von 17 Patienten lagen Werte von T0 vor, 15 von T1, 11 von T2 und 7 von T3.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programmpaket SPSS für Windows (Version 21) durchgeführt. Mithilfe von Effektstärken wurde das Ausmaß der Veränderungen im Global Severity Index (GSI) bestimmt. Die Auswertungen des VEV erfolgten aufgrund der kleinen und heterogenen Stichprobe auf individueller Ebene. Für jeden Probanden wurde ein Veränderungswert berechnet, der auf Signifikanz gegenüber einer gesunden, sich nicht verändernden Population getestet wurde.

Ergebnisse

Ergebnisse der standardisierten Fragebogen

In ◘ **Abb. 1** sind die Angaben der Patienten im VEV dargestellt. Es zeigt sich, dass die Patienten an den 3 Folgezeitpunkten deutliche Verbesserung berichten (zu T1 bei 46% der Patienten, T2 58% und T3 57%). Zu berücksichtigen sind hier aber die unterschiedlichen Größen der Stichproben an den 3 Zeitpunkten.

In ◘ **Abb. 2** sind die Veränderungen des GSI über die verschiedenen Zeitpunkte dargestellt. In die Analysen gingen jeweils die Patienten ein, von denen zu den vorgegebenen Intervallen Daten vorlagen; daher ist das N jeweils unterschiedlich. Es zeigen sich deutliche Veränderungen über die Zeit und entsprechend zufriedenstellende Effektstärken. Es ist davon auszugehen, dass bei den Patienten, bei denen nur Daten von 2 Messzeitpunkten (ein halbes Jahr) vorlagen, die Therapien oft noch nicht abgeschlossen waren. Insofern sind die Effektstärken hier deutlich geringer als bei den Patienten, bei denen Daten von mehr Erhebungszeitpunkten vorhanden waren.

Transaktionsanalysenspezifische Auswertungen

Die jeweils dominierende Gruppe von Ich-Zuständen zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt kumulativ für alle Patienten stellt ◘ **Abb. 3** dar. Die Patientengruppe zeigt insgesamt eine deutliche Verminderung angepasster Kind-Ich-Zustände bei Zunahme von Erwachsenen-Ich-Zuständen. Fürsorgliche Eltern-Ich-Zustände treten dominierend an keinem Messzeitpunkt auf, und im dominanten Auftreten der übrigen Ich-Zustand-Gruppen (freies Kind-Ich, kritisches Eltern-Ich) finden sich keine deutlichen Veränderungen.

Die Planung, welche Ich-Zustände die Therapeuten im therapeutischen Austausch zur Wirkung bringen wollen, zeigt eine sehr deutliche Dominanz von Erwachsenen-Ich-Zuständen, die im Laufe der Therapie zunehmend durch Eltern-Ich-Zustände ergänzt werden (◘ **Abb. 4**).

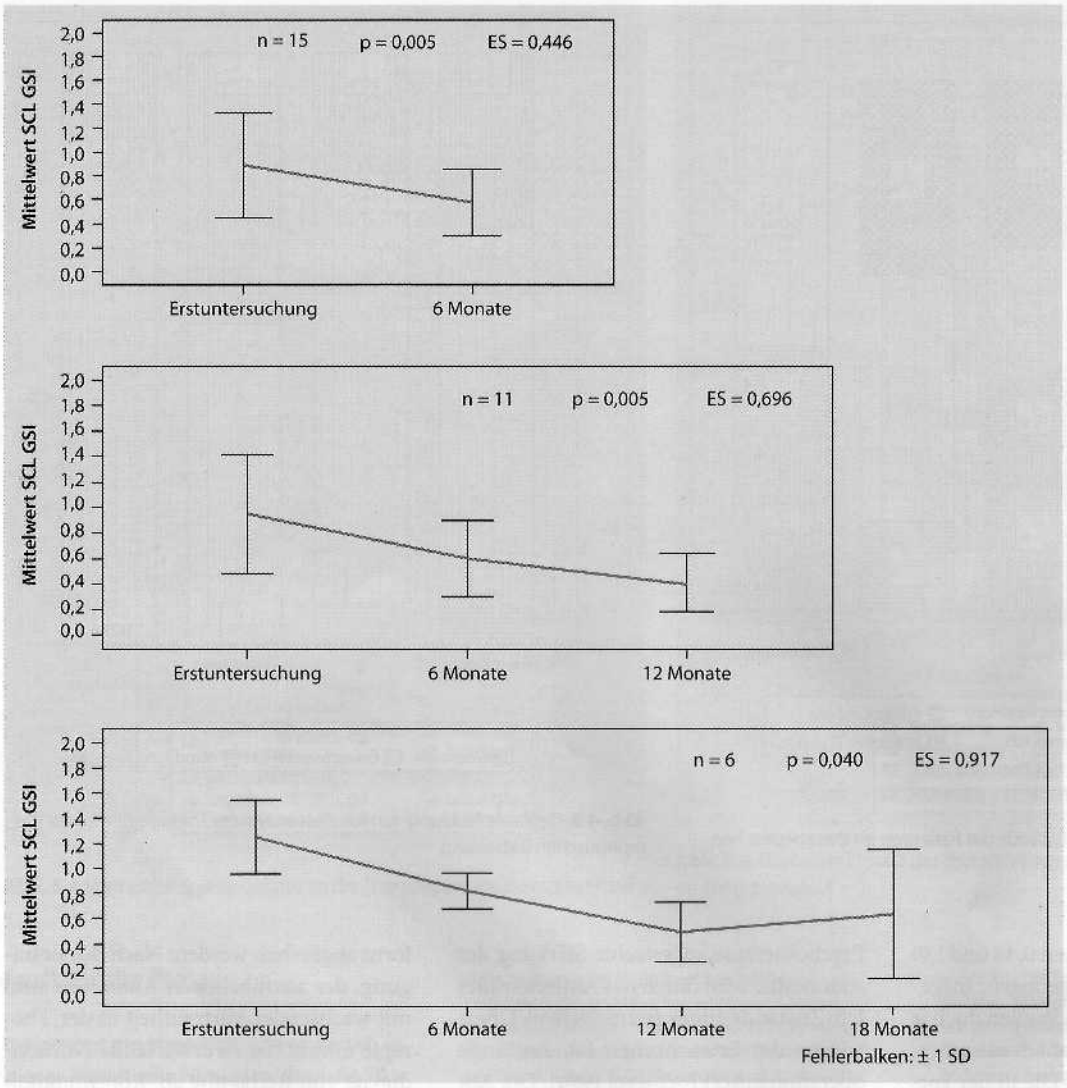

Abb. 2 ◄ Veränderungen des Global Severity Index *(GSI)* und deren Effektstärken *(ES)* über die Messintervalle. *SCL* Symptom-Checkliste, *SD* Standardabweichung

Die von den Therapeuten erwarteten Spielangebote sind in ◘ **Abb. 5** ersichtlich. Es stellt sich eine große Vielfalt dar. Mit eher geringeren Schwankungen über die Messzeitpunkte hinweg erwarten die Therapeuten die Spielangebote „Ja, aber" und „Kick me". Die beiden Spielangebote „Holzbein" und „überlastet" sind inhaltlich sehr ähnlich. Zusammen ergeben sie einen hohen Sockel von ca. 40% der erwarteten Spielangebote ab dem 2. Messzeitpunkt. Auffällige Maxima werden bei den Spielangeboten „Herr/Frau Doktor, Sie sind wunderbar" nach 12 Monaten und „Jetzt habe ich dich erwischt" nach 18 Monaten erwartet. Gleichzeitig erwarten die Therapeuten das Spielangebot „Herr/Frau Doktor, Sie sind wunderbar" nach 18 Monaten nicht mehr.

Der geplante Einsatz der therapeutischen Basistechniken (◘ **Abb. 6**) macht eine rasche Abnahme von Befragung zugunsten von Bestätigung und Erklärung deutlich. Außer zu Beginn ist der Anteil von Konfrontation an den geplanten therapeutischen Interventionen relativ konstant; dagegen ist die Kristallisierung als geplante Intervention nur einmal in der letzten Erhebung bei fortgeschrittener Therapie notiert.

Diskussion

In dieser Pilotstudie sollte zum einen geprüft werden, ob mithilfe von TA-Verfahren ähnlich große Effektstärken wie in anderen naturalistischen Studien erreicht werden. Zum anderen sollten wesentliche TA-Konzepte in der therapeutischen Praxis dokumentiert sowie im Quer- und Längsschnitt ausgewertet werden. Die Anlage als naturalistische Pilotstudie ist mit mehreren Einschränkungen verknüpft: So ist die Stichprobe sehr heterogen und klein; es waren auch nur 3 Therapeuten, die Therapien in diesem Projekt durchführten. Dennoch liegen die aus den GSI-Werten berechneten Effektenstärken in ähnlicher Höhe wie die aus anderen naturalistischen Studien. Wittmann et al. (2011) berichteten im Rahmen des Modellvorhabens der Techniker Krankenkasse mit 587 Patienten Effektstärken (Therapiebeginn bis Therapieende) von 0,95 im BSI (Kurzform der SCL-90R); Scheidt et al. (1999) untersuchten die Psychotherapien in 40 psychotherapeutischen Facharztpraxen und von 719 Patienten. Aus den von ihnen berichteten GSI-Werten lässt sich eine Effektstärke von 0,37 berechnen. Von Wietersheim et al. (2003) untersuchten die Wirksamkeit der Katathym-imaginativen Therapie und berich-

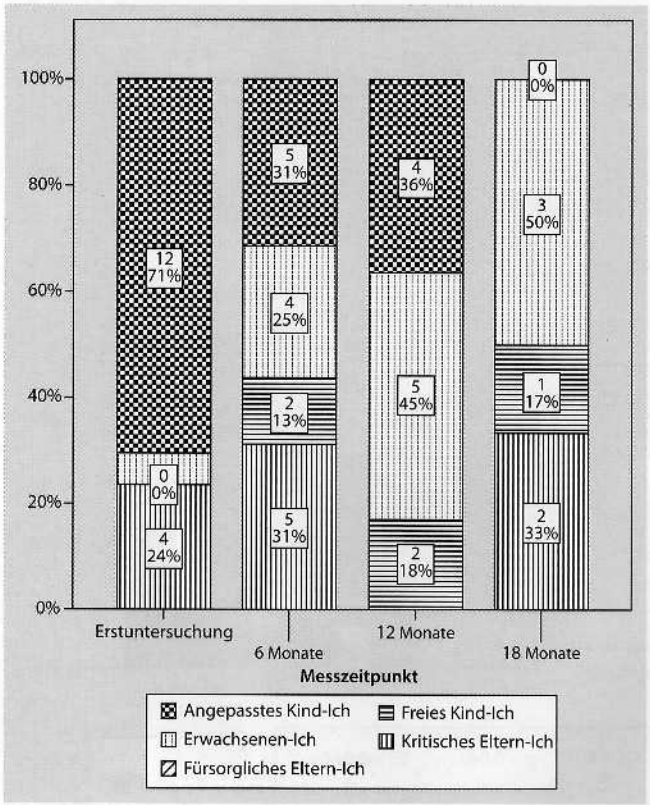

Abb. 3 ▲ Dominierende Ich-Zustände der Patienten im therapeutischen Kontakt

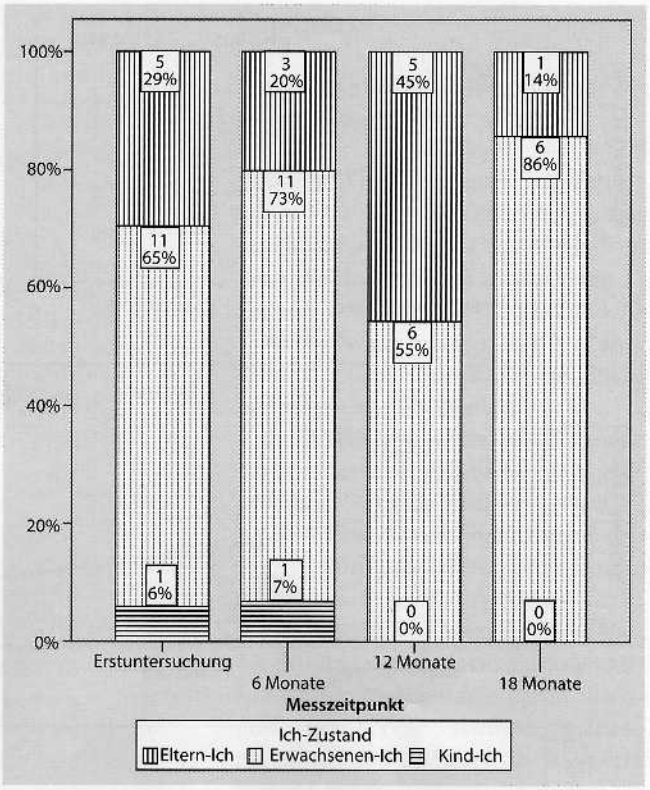

Abb. 4 ▲ Geplante Nutzung von Ich-Zuständen der Therapeuten in der therapeutischen Beziehung

teten Effektstärken zwischen 0,48 und 1,01 in unterschiedlichen Fragebogen. Insgesamt finden sich in diesen Studien doch je nach Fragebogeninstrument etwas unterschiedliche Effektstärken. Die in der vorgelegten Pilotstudie ermittelten Werte (je nach Messzeitpunkt) zwischen 0,45 und 0,92 passen in ihrer Höhe gut zu den Werten der anderen Studien. Wie auch in der TK-Studie zeigte sich bei längerer Therapie eine höhere Effektstärke.

Der VEV wurde ebenfalls in der Studie von Scheidt et al. (1999) verwendet. Hier wurden 61% signifikante Verbesserungen zum Therapieende von den Patienten berichtet. Dies deckt sich gut mit den Werten aus der Pilotstudie mit 58%igen Verbesserungen zum Zeitpunkt 12 Monate und 67%igen Verbesserungen zum Zeitpunkt 18 Monate nach Therapiebeginn.

Das fehlende Auftreten freier Kind-Ich-Zustände in der Eingangsuntersuchung sowie das Fehlen fürsorglicher Eltern-Ich-Zustände gegenüber dem Therapeuten lassen sich als rollenkonformes und somit zu erwartendes Verhalten bei Patienten verstehen. Die mit der TA-Psychotherapie angestrebte Stärkung der Autonomie wird durch das Auftreten aller Ich-Zustände unter freundlichem Überwiegen der Erwachsenen-Ich-Zustände operationalisiert (Schlegel 1995). Die Abnahme von angepassten Kind-Ich-Zuständen und das Zunehmen von Erwachsenen-Ich-Zuständen über die Zeitpunkte sind somit aus TA-Sicht bei positiven Therapieverläufen zu erwarten und lassen auf positive Ich-Stärkung schließen. Die Planung, welche Ich-Zustände die Therapeuten im therapeutischen Austausch zur Wirkung bringen wollen, zeigt eine sehr deutliche Bevorzugung von Erwachsenen-Ich-Zuständen, die im Laufe der Therapie zunehmend durch Eltern-Ich-Zustände ergänzt werden soll (◘ **Abb. 4**). Der Befund zu den erwarteten Spielen (◘ **Abb. 5**) lässt die durchgängige Erwartung der Therapeuten vermuten, dass die Überidealisierung in den fortgeschrittenen Therapien von über 18 Monaten kippt und einer aggressiven Entidealisierung Platz macht. Die Verschiebung der Gewichte in den geplanten Interventionen (◘ **Abb. 6**) kann als erwartungskonform angesehen werden: Nach der Befragung, der ausführlichen Anamnese und mit wachsender Vertrautheit in der Therapie nimmt die zu erwartende Notwendigkeit von Befragung ab. Konfrontation ist in der Anfangsphase während der Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht als häufige Intervention zu erwarten. Die Intervention der Kristallisierung benötigt zu ihrem Einsatz das Prozesswissen der vorangegangenen Therapie; deshalb ist sie als geplante Intervention zu einem frühen Zeitpunkt nicht zu erwarten. Nachdem die TA von jeher der Realitätsvermittlung durch gute Information einen hohen Stellenwert gibt, ist ein substanzieller Anteil an Erklärung nach der Phase des Kennenlernens ebenfalls erwartungskonform. Die Daten können dahin interpretiert werden, dass die teilnehmenden Therapeutinnen gut ausgebildete und erfahrene Kolleginnen waren, die wussten, wann welche Intervention sinnvoll eingesetzt werden kann.

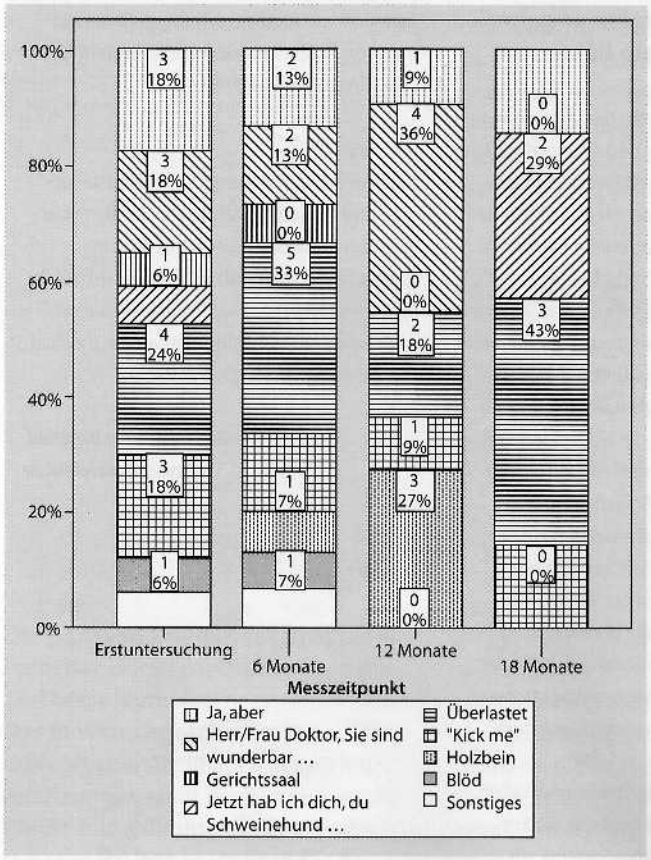

Abb. 5 ▲ Vermutete Spielangebote an die Therapeuten im Therapieverlauf

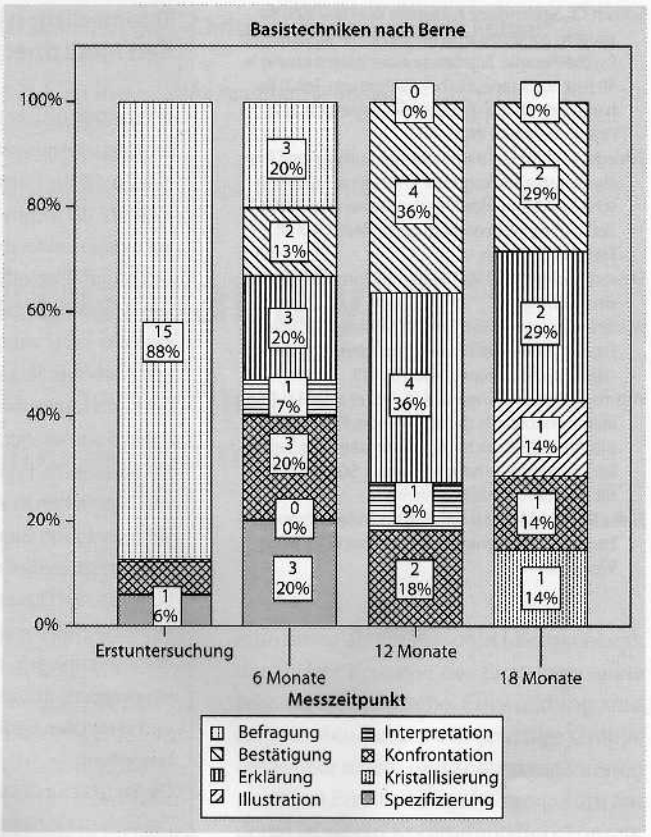

Abb. 6 ▲ Geplanter Einsatz der therapeutischen Basistechniken nach Berne im Therapieverlauf

Fazit für die Praxis

Insgesamt ergeben sich, wie erwartet, in dieser Pilotstudie Hinweise, dass die TA vermutlich ähnlich hohe Wirksamkeiten erzielt wie andere etabliertere psychotherapeutische Verfahren. Die TA-spezifischen Dokumentationsbogen erwiesen sich als geeignet, die mit ihnen dargestellten Prozesse waren plausibel und bildeten den Therapieverlauf gut ab. Insofern ermutigen diese Ergebnisse zu weiterer Forschung mit diesem Verfahren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jörn von Wietersheim
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm
Albert-Einstein-Allee 23, 89070 Ulm
joern.vonwietersheim@uniklinik-ulm.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Ulrich Elbing, Gudrun Jecht-Hennig, Christoph Seidenfus, Edit Rottler und Jörn von Wietersheim geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (2012a) Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach §11 PsychThG auf „Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung des Verfahrens Humanistische Psychotherapie". http://www.aghpt.de/images/aghpt-antrag an den wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf. Zugegriffen: 12. Sept. 2013

Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (2012b) Studien zur Wirksamkeit Humanistischer Psychotherapie. http://www.aghpt.de/images/aghpt-antrag an den wbp_(2)_studien-tabelle_2012-10-12.pdf. Zugegriffen: 12. Sept. 2013

Berne E (1966) Principles of group treatment. Oxford University Press, New York

Berne E (1985) Grundlegende therapeutische Techniken. Z Trans Anal Theor Prax 2:67–87

Berne E (1987) Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag" gesagt haben? Psychologie des menschlichen Verhaltens (15. – 17. Tausend). Fischer, Frankfurt a. M.

Berne E (1989) Transactional analysis in psychotherapy, 11. Aufl. Ballantine, New York

Berne E (2001) Die Transaktions-Analyse in der Psychotherapie. Junfermann, Paderborn

Berne E (2005) Grundlagen der Gruppenbehandlung: Gedanken zur Gruppentherapie & Interventionstechniken. Junfermann, Paderborn

Clarkson P (1996) Transaktionsanalytische Psychotherapie. Herder, Freiburg

Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse (2013) Transaktionsanalyse. http://www.dgta.de/transaktionsanalyse.php. Zugegriffen: 12. Sept. 2013

Dusay JM (1991) Egograms and the „constancy hypothesis". Trans Anal J 2:27–41

Elbing U (2007) A search for transactional analysis studies according to evidence based medicine (EBM) criteria. EATA Newsletter N 90:14–15

Franke G (1995) SCL-90-R, die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis, deutsche Version, Manual. Beltz, Göttingen

Hennig G, Pelz G (2007) Transaktionsanalyse: Lehrbuch für Therapie und Beratung, 2. Aufl. Junfermann, Paderborn

Kritz J (2011) „Humanistische Psychotherapie" als Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen Begriffs. Psychotherapeutenjournal 10:332–338

Ohlsson T (2010) Scientific evidence base for transactional analysis in the year 2010. Annex 2 – the psychotherapy list: references to research on transactional analysis psychotherapy effects 1963–2010. Int J Trans Anal Res 1:24–29

Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W et al (1999) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen, Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. Psychotherapeut 44:83–93

Schlegel L (1995) Die transaktionale Analyse: eine Psychotherapie, die kognitive und tiefenpsychologische Gesichtspunkte kreativ miteinander verbindet. UTB für Wissenschaft; große Reihe, 4. Aufl. Francke, Tübingen

Stewart I, Joines V (1990) Die Transaktionsanalyse. Herder, Freiburg

Wietersheim J von, Wilke E, Röser M, Meder G (2003) Ergebnisse der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Psychotherapeut 48:173–178

Wittmann WW, Steffanowski A, Kriz D et al (2011) Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie. Abschlussbericht Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V. Universität Trier, Universität Mannheim

Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Beltz, Weinheim

Telemedizin ist vielen angehenden Medizinern ein Rätsel

Telemedizin gewinnt in der Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung, doch wie eine Studie der Universität Bielefeld zeigte, fühlt sich die Mehrheit der Medizinstudenten auf diesem Gebiet unzureichend informiert. Der Begriff Telemedizin steht für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie soll zukünftig die Qualität der Behandlung verbessern, Kosten reduzieren und die Autonomie der Nutzerinnen und Nutzer steigern. Ein Beispiel für den Einsatz von Telemedizin ist die Speicherung und Vernetzung von Gesundheitsdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte. Weitere Beispiele sind Diagnosen per Videokonferenz oder E-Mail sowie die Überwachung des Insulinspiegels, des Blutdrucks oder der Herzfrequenz mit speziellen elektronischen und vernetzten Geräten in der häuslichen Umgebung.

Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld begleitet die Entwicklung telemedizinischer Systeme vor allem mit Blick auf deren Bedarfsgerechtigkeit und die Akzeptanz. In einer aktuellen Studie wurden deutschlandweit 524 Studierende der Humanmedizin zu ihren Einstellungen zur Telemedizin befragt. Dabei gaben 80% der befragten Medizinstudenten an, dass sie sich im Rahmen ihres Studiums gar nicht oder unzureichend über Telemedizin informiert fühlen. Gleichzeitig gaben ebenfalls 80% der Befragten an, dass sie davon ausgehen, dass Telemedizin in Zukunft an Bedeutung gewinnt.

Christoph Dockweiler, einer der Autoren der Studie, betont, dass sich Telemedizin nur dann durchsetzen kann, wenn die Ärzte die Behandlungsmöglichkeiten, die Diagnose- und Therapieeffizienz, die die Telemedizin ermöglicht, positiv einschätzen. Die Einschätzung wird jedoch vom Grad der Informiertheit beeinflusst, und für viele angehende Ärzte und Ärztinnen ist die Telemedizin noch eine Blackbox. Das Studium als wichtigste Informationsquelle in der Ausbildung scheint den Informationsbedarf der Mediziner bisher nicht angemessen zu decken. Daher fordern die Autoren der Studie, zukünftig mehr in die Aufklärung über die Potenziale, aber auch die Grenzen neuer Technik zu investieren. Dies gilt nicht nur für die zukünftigen Generationen von Ärztinnen und Ärzten, sondern für alle Nutzerinnen und Nutzer.

Literatur:

Dockweiler C, Hornberg C (2013) Einstellungen und Wissensbestände von Studierenden der Humanmedizin zur Telemedizin in Deutschland. In: Duesberg F (Hrsg.) e-Health 2014 – Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. medical future verlag, Solingen, S 250-254

Quelle: Universität Bielefeld, www.uni-bielefeld.de