

Der Fragebogen zur Erhebung von Psychotherapieverläufen (FEP)

Wolfgang Lutz (fepqs@uni-trier.de)

Ziel des „Fragebogens zur Erhebung von Psychotherapieverläufen“ (FEP; Lutz, Schürch, Stulz, Schöttke, Rogner & Wiedl, submitted) ist eine multidimensionale, theoretisch fundierte und veränderungssensitive Erhebung des Therapieverlaufs, welche gleichzeitig ökonomisch ist. Entsprechend werden im FEP drei zentrale klinisch-therapeutische Konzeptualisierungen therapeutischer Veränderungen abgebildet: das Phasenmodell therapeutischer Veränderung (Howard, Lueger, Maling, & Martinovich, 1993), das interpersonale Kreismodell (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villasenor, 1988) und das Inkongruenzkonzept (Grawe, 1998) .

Das Phasenmodell

Ein Konzept therapeutischer Veränderungen, das in Bezug auf die Entwicklung von schulenübergreifenden Messinstrumenten im Bereich der Psychotherapie an Bedeutung gewonnen hat, ist das Phasenmodell therapeutischer Veränderungen. Dieses Modell beschreibt eine Abfolge unterschiedlicher Veränderungsbereiche bzw. Phasen im Verlauf des Genesungsprozesses in Psychotherapien. Dabei werden drei zeitlich aufeinanderfolgende Phasen unterschieden: eine Remoralisierungsphase (Wohlbefinden), eine Remediationsphase (Symptomatik) und eine Rehabilitationsphase (Funktionsfähigkeit/interpersonale Probleme). In der ersten Phase der Behandlung, der Remoralisierungsphase, verbessert sich das subjektive Wohlbefinden des Patienten. Positive Erwartungen und Hoffnungen ermöglichen es dem Patienten, sich frühzeitig in der Therapie besser zu fühlen und die Demoralisierung, welche ihn in die Therapie gebracht hat, zu überwinden. Für manche Patienten mag dies genügen, um eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu aktivieren. Sie sind dadurch in der Lage, die Probleme, die sie in die Therapie brachten, selbständig zu lösen. Andere Patienten werden dagegen danach in eine zweite Phase der Therapie einsteigen oder die Therapie gleich in der zweiten Phase beginnen, der Remediationsphase. In dieser Phase wird das eigentliche Problem, die Symptomatik, angegangen. Die Verbesserung der Symptomatik und/oder eine Lösung aktueller Lebensprobleme, wegen derer die Patientin oder der Patient die Therapie ursprünglich aufgesucht hat, sind Ziel dieser zweiten Therapiephase. Ein Teil der Patienten wird danach in die sogenannte Rehabilitationsphase übergehen. Als globales Ziel dieser Phase kann die Wiederherstellung und/oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, das Verlernen alter dysfunktionaler Muster, kognitiver Schemata und Verhaltensweisen, sowie das Erlernen neuer Rollen bzw. eine Verbesserung interpersonaler Probleme gesehen werden.

Die drei Phasen des Phasenmodells werden im FEP durch 40 Fragen repräsentiert, die sich wiederum zu vier theoretischen Skalen zusammenfassen lassen: Die Skala *Wohlbefinden* (7 Items) bildet die Veränderungen in der „Remoralisierungsphase“ ab. Gemäss Phasenmodell handelt es sich hier um Fragen des subjektiven Wohlbefindens, bei denen Verbesserungen relativ frühzeitig im Therapieverlauf erwartet werden.

Veränderungen in der Remediationsphase werden von der Skala *Beschwerden* erfasst, welche 11 Items zu typischen Symptomen insbesondere der Angst- und affektiven Störungen enthält. Diese beiden Störungsgruppen haben die höchste Prävalenz in der Bevölkerung und entsprechend auch in den Behandlungseinrichtungen, für welche der Fragebogen gedacht ist. Aus diesem Grund wurden die Fragen auf die entsprechenden Symptome beschränkt, um diese häufigen Beschwerden gut abbilden zu können. Für die beiden Symptomgruppen können optional zwei Subskalen (Ängstlichkeit und Depressivität) berechnet werden.

Das Interpersonale Kreismodell

Für Patienten, welche die Rehabilitationsphase erreichen, werden zu einem späteren Zeitpunkt im Therapieverlauf Veränderungen auf der Skala *Interpersonale Beziehung* (12 Items) erwartet. Ziel dieser Skala ist es, interpersonale Schwierigkeiten gemäss dem Kreis- bzw.

Circumplexmodell zu erfassen. Die Items können zu den Dimensionen introvertiert/scheu, ausnutzbar/nachgiebig, konkurrierend/unterstützend und selbstunsicher/zurückhaltend zusammengefasst werden, welche sich entsprechend auf dem interpersonalen Kreismodell abbilden lassen.

Das Inkongruenzkonzept

Durch die Skala *Kongruenz* (10 Items) wird das Inkongruenzkonzept (Grawe, 1998) operationalisiert. Es wird erhoben, inwiefern wichtige motivationale Ziele vom Patienten umgesetzt werden können. Dabei wird zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen (motivationale Schemata) unterschieden, die angestrebt werden oder deren Eintreten verhindert werden soll. Neben dem Skalenwert Kongruenz lassen sich deshalb auch die Dimensionen Annäherung und Vermeidung separat berechnen. Die Items zur Kongruenz können nicht eindeutig einer der drei Phasen im Phasenmodell zugeordnet werden. Vielmehr wird angenommen, dass sich einzelne Aspekte der (In-)Kongruenz früh verändern, andere erst im späteren Verlauf.

Dazu gehören Maße zur Erhebung der Inkongruenz bzw. zur Realisierung der wichtigsten motivationalen Ziele der Patienten sowie Maße zu den interpersonalen Problemen. Inkongruenz wird von Grawe (1998) als Ausmaß der Nichtbefriedigung motivationaler Ziele beschrieben. Um eigene Grundbedürfnisse zu befriedigen bzw. sich vor Frustrationen zu schützen, entwickeln Menschen unter dem Einfluss konkreter Lebensbedingungen spezifische motivationale Ziele, die einen zentralen Einfluss auf ihr konkretes Verhalten ausüben. Eine hohe Inkongruenz wird dabei als eine wesentliche Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen angesehen und umgekehrt können psychische Störungen auch Ursachen einer wahrgenommenen Inkongruenz sein. Entsprechend kann die Veränderung der Inkongruenz ebenfalls als ein wichtiges therapeutisches Ziel und untersuchbare Ergebnisdimension von Psychotherapie betrachtet werden.

Daneben werden in zahlreichen Studien auch die interpersonalen Verhaltensweisen als wichtige Ergebnisdimension von Psychotherapie berücksichtigt. Hierbei wird insbesondere das auf Leary (1957) zurückgehende „Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens“ diskutiert. Dieses interpersonale Kreismodell ordnet interpersonale Verhaltensweisen und Probleme in einem zweidimensionalen semantischen Raum an, der durch zwei orthogonal zueinander stehende Achsen definiert wird: eine horizontale Achse mit der Dimension „Affiliation“ und den beiden Polen „Liebe / Zuneigung“ und „Hass / Ablehnung“ und einer vertikale Achse mit der Dimension „Kontrolle“ und den beiden Polen „Dominanz/Autonomie“ und „Submission/Abhängigkeit“. Interpersonale Probleme werden im Phasenmodell konzeptionell auf der Veränderungsstufe „Rehabilitation“ gesehen.

Der FEP erfasst durch seine breite theoretische Fundierung zentraler Dimensionen psychotherapeutischer Veränderungen diese unterschiedlichen Komponenten psychischer Gesundheit bzw. psychischer Belastungen und ist daher therapieschulenübergreifend einsetzbar. Die Erhebung des Status zu verschiedenen Zeitpunkten erlaubt neben der Ergebnismessung auch die Beobachtung im Therapieverlauf.

Referenzen

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.

Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 678-685.

Lutz, W., Schürch, E., Stulz, N., Schöttke, H., Rogner, J., & Wiedl, K. H. (submitted). Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP).