

Christian Korunka, Wolfgang W. Keil und Kristin Haug-Eskevig

Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich

Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht

Zusammenfassung: Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel, die Durchführung ambulanter Klientenzentrierter Psychotherapie in Österreich aus einer praxeologischen Perspektive zu beschreiben. Dazu wurden Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (Mitglieder der ÖGwG) u. a. gebeten, ihre „letzten beiden ordnungsgemäß abgeschlossenen Klientenzentrierten Psychotherapien“ zu beschreiben. Die vorliegenden Daten von 92 TherapeutInnen beziehen sich auf 175 Einzeltherapieprozesse und erlauben die Beschreibung eines weitgehend repräsentativen Bildes klientenzentrierter Praxis.

In Übereinstimmung mit früheren Studien reicht das Spektrum Klientenzentrierter Psychotherapie von kurzen Therapien bis zu längeren therapeutischen Prozessen – wobei ein Großteil der Therapien rund 20–80 Stunden umfasst. Die Klientenzentrierte Psychotherapie kommt dabei – im Sinne eines Breitbandkonzepts – bei sehr unterschiedlichen Störungsbildern, darunter auch zahlreichen schweren Störungen, zum Einsatz. Die Ergebnisse stehen im Wesentlichen mit einer Studie von Eckert (1994) für die BRD in Übereinstimmung. Insgesamt bestätigt die Studie eine gute Verankerung der Klientenzentrierten Psychotherapie in der ambulanten Psychotherapieversorgung in Österreich.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychotherapieforschung, ambulante Psychotherapie

Résumé: *Psychothérapie ambulatoire centrée sur le client en Autriche – Un bilan du point de vue praxéologie.* L'objectif de la présente étude est la description de psychothérapies centrées sur le client ambulatoires en Autriche dans la perspective de l'analyse de la pratique. Pour cela, il a été demandé à des psychothérapeutes centrés sur le client (membres de la ÖGwG) de décrire, entre autres, leurs «deux dernières psychothérapies centrées sur le client» menées à terme. Les données présentées ont été récoltées auprès de 92 thérapeute et concernent 175 processus thérapeutiques individuels. Ceci donne une image largement représentative de la pratique centrée sur le client.

Comme pour les études antérieures, le domaine de la psychothérapie centrée sur le client comprend des thérapies courtes ainsi que des processus thérapeutiques plus longs – la majeure partie des thérapies se situant entre 20 et 80 heures. La psychothérapie centrée sur le client y est utilisée – dans le sens large du concept – pour des problèmes très divers, parmi lesquels de nombreux troubles graves. Les résultats concordent pour l'essentiel avec ceux d'une étude d'Eckert (1994) pour la RFA. Au total, l'étude confirme un bon ancrage de la psychothérapie centrée sur le client dans le domaine des soins psychothérapeutiques ambulatoires en Autriche.

Mots-clés: *Psychothérapie centrée sur le client, recherche en psychothérapie, psychothérapie ambulatoire*

Abstract: *Out-patient client-centred psychotherapy in Austria. State of the art from a practitioner's perspective.* This study aimed at describing the implementation of client-centred psychotherapy in Austria from a practitioner's perspective. Therefore client-centred psychotherapists (members of the ÖGwG) and others were asked to describe their "last properly finalised client-centred psychotherapeutic cases". The data from 92 therapists refer to 175 processes of individual therapy and allow a description of a largely representative picture of client-centred practice. Consistent with earlier studies, the spectrum of client-centred psychotherapy stretches from short-term therapy to longer therapy processes, the larger part of them lasting 20–80 hours. Client-centred therapy is applied – in the sense of a wide ranging concept – for very different disorders, including very severe ones. The results are largely in agreement with a study done by Eckert (1994) in Germany. In all, the study confirms that client-centred psychotherapy is well anchored in out-patient mental health care in Austria.

Keywords: *Client-centred psychotherapy, psychotherapy research, out-patient psychotherapy*

Forschung war für Carl Rogers stets ein wichtiges Anliegen. Er verstand menschliche Erfahrungen – wie etwa in der Psychotherapie – niemals als bloße Anhäufung von rein individuellen, zufälligen und isolierten Ereignissen, sondern als Geschehnisse, die von überindividuellen inneren Ordnungen und Strukturen her geprägt sind. Forschung ist demnach das Bemühen, solche Ordnungen in den subjektiven Erfahrungen zu entdecken und damit deren tieferes Verstehen zu ermöglichen. Weiters besteht Wissenschaft für Rogers dann darin, die entdeckten Zusammenhänge in Theorien einzuordnen. „Ich kann gar nicht umhin, die Bedeutung, die Regelmäßigkeit oder die Gesetzmäßigkeit in jedem großen Erfahrungskomplex zu suchen. [...] Diese spezifische Neugier [...] hat mich dazu gebracht, Theorien zu entwickeln, um die Ordnungsstruktur dessen zu erfassen, was schon Erfahrung ist, und diese Ordnungsmuster neuen und unerforschten Bereichen aufzulegen, um sie weiter zu prüfen.“ (Rogers 1961a, 40) Diese Theorien sollen keinesfalls zu Dogmen erstarrten, sondern als Hypothesen wieder neue Perspektiven eröffnen für weitere Forschung und damit für besser passende Theorien.

Die Österreichische Gesellschaft für klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG) hat im Jahre 2001 eine Untersuchung über die ambulante klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich veranlasst. Im Sinn des Wissenschaftsverständnisses von Rogers wollten wir die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht bloß als mehr oder weniger interessante Statistik ansehen, sondern versuchen, darin über subjektive Mutmaßungen hinaus einige gesicherte Charakteristika bzgl. dieses Faktums zu erfassen und dessen „innere Ordnungen“ zu verstehen. Im Folgenden soll nun ein zusammenfassender Überblick über diese Untersuchung, die dahinter stehenden Anliegen und die dabei gewonnenen Ergebnisse gegeben werden.

1. Das Anliegen der Untersuchung

Die Untersuchung sollte ein repräsentatives Bild über die Verbreitung sowie von einigen inhaltlichen Charakteristika und verschiedenen weiteren Merkmalen und Rahmenbedingungen der klientenzentrierten Psychotherapie¹ in Österreich ermöglichen. Zugleich wollte die ÖGwG dazu beitragen, dass die Tätigkeit (eines Großteils) ihrer Mitglieder in empirisch-wissenschaftlicher Form dokumentiert wird.

Im Rahmen der Untersuchung wurden klientenzentrierte TherapeutInnen hinsichtlich ihrer Therapiepraxis befragt. Sie wurden gebeten, einige Fragen zu ihren letzten beiden einvernehmlich

abgeschlossenen Psychotherapien zu beantworten und einige allgemeine Informationen zu ihrer Therapiepraxis zu geben.

Die Fragestellung wurde z. T. von einer Untersuchung übernommen, die Jochen Eckert² 1994 in Deutschland unter den Mitgliedern der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) durchgeführt hatte, um gesicherte Daten darüber zu bekommen, welche KlientInnen wie lange und mit welcher Behandlungsfrequenz von den klientenzentrierten TherapeutInnen tatsächlich behandelt werden. Die Frage der Dauer von normalen und erfolgreichen klientenzentrierten Psychotherapien stand dabei im Vordergrund des Interesses.

Die Definition eines vollen und abgeschlossenen therapeutischen Prozesses bzw. die Thematik der kunstgerechten Beendigung einer Psychotherapie und der Kriterien dafür bedürfen einer näheren Erörterung. Die Fragestellung bei unserer Untersuchung hat ausdrücklich auf das Kriterium der Übereinstimmung von TherapeutIn und KlientIn Bezug genommen. Vordergrundig geht es dabei darum, dass TherapeutIn und KlientIn darin übereinstimmen, dass in etwa soviel erreicht wurde, dass man die Therapie beenden kann. Den Hintergrund sollte hier aber immer das sich aus dem jeweiligen Therapiekonzept ergebende Verständnis von den Therapiezielen bzw. von den Kriterien eines abgeschlossenen Therapieprozesses bilden. In der klientenzentrierten Therapie stellt die Veränderung des Selbst(konzepts) das generelle Therapieziel dar, das über das Gewährwerden der eigenen Inkongruenzen bzw. über die Klärung und Explikation des eigenen inneren Bezugssystems erreicht werden soll. Die geforderte Übereinstimmung kann somit darin gesehen werden, dass es der Therapeutin/dem Therapeuten gelingt, der Klientin/dem Klienten kontinuierlich kongruent wertschätzend und empathisch zu begegnen, so wie es der Klientin/dem Klienten gelingt, die ihm von der Therapeutin/vom Therapeuten angebotene Beziehung kontinuierlich zu sich selbst einzunehmen.³

Wie für jede Art von Psychotherapie ist es auch für die klientenzentrierte Therapie eine wichtige Fragestellung, für welche Menschen mit welchen Problemen und Störungen sie sich eignet bzw. ob und wie sich die verschiedensten Therapiemotive in das eben dargestellte generelle Therapieziel dieser Richtung integrieren lassen. Dazu können zwei aus dem Therapiekonzept sich ergebende Aspekte festgehalten werden. Die klientenzentrierte Therapie ist einerseits grundsätzlich nicht problem- oder symptomzentriert, sondern personzentriert, andererseits ist sie jedoch nicht als Breitbandverfahren, sondern als Breitbandkonzept⁴ zu verstehen. Das konkrete Vorgehen (das Therapieverfahren) ist demnach immer den Personen (mit ihren Störungen) entsprechend differenziell, die Therapieprinzipien (das Therapiekonzept) bleiben jedoch die

1 Nach dem derzeitigen Stand der gesetzlichen Anerkennung werden TherapeutInnen mit abgeschlossener Ausbildung bei der ÖGwG mit der Zusatzbezeichnung „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und TherapeutInnen mit abgeschlossener Ausbildung in einer der beiden Sektionen der APG bzw. des VRP mit der Zusatzbezeichnung „Personenzentrierte Psychotherapie“ in die Liste des österreichischen Gesundheitsministeriums eingetragen.

2 Vgl. dazu Eckert/Wuchner (1994) und Wuchner/Eckert (1995).

3 In Anlehnung an die Zielformulierungen von Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995).

4 Die Unterscheidung wurde erarbeitet von Höger (1989).

gleichen. Dabei gilt, dass das konkrete Vorgehen zwar einerseits mit den Prinzipien übereinstimmen muss, es sich jedoch andererseits nicht aus ihnen, sondern erst aus der konkreten Situation ableiten lässt. Daraus lässt sich auch folgern, dass die Indikation sich nicht nach „objektiven“ Kriterien (Arten von Störungen z. B.) richtet, sondern „subjektive“ Faktoren, v. a. die Erreichbarkeit einer guten Beziehung zwischen *dieser* Klientin und *dieser* Therapeutin, die wesentlichere Rolle spielen. Zu diesen subjektiven Faktoren ist auch die „Ansprechbarkeit“ der Klientin/des Klienten für das im Therapiekonzept bzw. in der therapeutischen Zielsetzung zum Ausdruck kommende Welt- und Menschenbild zu zählen⁵. Die genauere Erforschung der so verstandenen „Passung“ von KlientInnen und TherapeutInnen übersteigt allerdings bei Weitem den Rahmen unserer Untersuchung. Diese kann lediglich ein erstes Bild von den realen KlientInnen unserer Therapieform liefern, das von eher äußeren Parametern (v. a. den Diagnosen, aber auch Daten wie Geschlecht, Alter, Bildung, therapeutische Vorerfahrung u. a. m.) bestimmt wird.

Die Entwicklung einer klientenzentrierten therapeutischen Beziehung bzw. der Prozess einer Veränderung des Selbst(konzepts) brauchen genügend Zeit und genügend Raum. Aus dem Therapiekonzept ergeben sich somit Folgerungen für das therapeutische Setting. So ist es – jedenfalls bei längerfristigen klientenzentrierten Therapien – üblich, zu Beginn keine Zeitbegrenzung zu setzen bzw. ausdrücklich ein offenes Ende zu vereinbaren. Es war ein Anliegen unserer Untersuchung, dieser Frage und vor allem der Frage der tatsächlichen Dauer von klientenzentrierten Therapien in der Praxis nachzugehen.

Über die Frage der Dauer von normalen klientenzentrierten Psychotherapien hat es bis vor einiger Zeit noch etliche Unklarheiten gegeben. Zur Zeit ihrer Entstehung und darüber hinaus schien die klientenzentrierte Psychotherapie – u. a. in Absetzung zur Psychoanalyse – oberflächlich gesehen wie eine Kurztherapieform aufzutreten. Tausch (1973, 47f) vertritt etwa die Lehrmeinung, dass klientenzentrierte Therapien bei einem „hohen Ausmaß der wesentlichsten Psychotherapeutenvariablen“ im Allgemeinen eine Dauer von 4–20 Kontakten aufweisen. Dem entsprach auch, dass bei der Vielzahl von empirischen Untersuchungen in unserer Richtung zumeist relativ kurze, d. h. etwa 20 Stunden kaum übersteigende Therapieverläufe vertreten waren. Andererseits ist jedoch zu bedenken, dass diese Therapieform nie als dezidierte Kurztherapie mit den dafür nötigen Charakteristika (etwa nach Linster/Rückert (1998): spezifische Indikation, Fokus- bzw. Zielbegrenzung, spezifisches Beziehungsangebot – „Arbeitsorientierung“, vorgängige

Zeitbegrenzung) konzipiert wurde. Im Gegenteil: es braucht ja Zeit, bis in der therapeutischen Beziehung die Grundhaltungen bzw. die sechs „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ einigermaßen kontinuierlich gegeben sein können. Folgerichtig hat Rogers (1954b, 407 orig.) schon aus den ersten umfassenden empirischen Untersuchungen den Schluss gezogen, dass klientenzentrierte Psychotherapie bei kurzer Dauer ihre Wirksamkeit viel weniger entfalten könne als bei längerem Verlauf. Die Praxis scheint dies zu bestätigen. So haben Binder et al. bereits 1979 der Lehrmeinung von Tausch widersprechen können: bei einer kleinen Untersuchung von 180 abgeschlossenen klientenzentrierten Therapien in Deutschland berechneten sie eine durchschnittliche Dauer von 39 Sitzungen bei einer Spanne von 2 bis 240 Sitzungen. Eckert und Wuchner konstatieren 1994 einen weiteren Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsdauer (jedenfalls in Deutschland) auf rund 70 Stunden, verteilt auf etwa 2 Jahre. Eckert (2002, 448f) begründet diesen Trend u. a. mit dem heute deutlich höheren Durchschnittsalter der KlientInnen zu Therapiebeginn sowie mit der Erweiterung der Indikation auf bereits chronisch gewordene Störungen bzw. überhaupt weit über den Bereich der klassischen Neurosen hinaus.

2. Zur Durchführung der Untersuchung

Für die Befragung der TherapeutInnen wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, in dem zunächst eine Reihe von Fragen bezüglich der „letzten zwei ordnungsgemäß abgeschlossenen ambulanten klientenzentrierten Psychotherapien“ gestellt wurden. Eine ordnungsgemäß abgeschlossene Therapie“ wurde dabei definiert als: „Meine Klientin/mein Klient und ich stimmen darin überein, die Behandlung aufgrund des Erreichten abschließen zu können“. Es sollten somit in erster Linie solche Therapieverläufe untersucht werden, die – unabhängig davon, ob es sich um Kurztherapien oder längerfristige Therapien handelt –, einen *vollen und abgeschlossenen therapeutischen Prozess* repräsentieren. Bei der Auswahl und Formulierung der Fragen wurde auf eine Vergleichbarkeit mit der Studie von Eckert (1994) geachtet.

Der Fragebogen wurde Ende Juli 2001 im Rahmen einer Vereinsaussendung an alle Mitglieder der ÖGwG zu diesem Zeitpunkt (n=567)⁶ verschickt. Zur Erhöhung des Rücklaufs diente eine Erinnerung-E-Mail und eine nochmalige Aussendung im Herbst 2001.

5 Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 72) resümieren qualitative Unterschiede bei erfolgreichen Therapien verschiedener Richtungen; demnach legen Gesprächstherapie Klienten (im Vergleich mit Psychoanalyse- und Verhaltenstherapie Klienten) mehr Wert auf bessere Kontakt- und Beziehungsfähigkeit als auf Symptombefreiheit oder „Einsicht“.

6 Zur Problematik, die Anzahl der klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich zu erfassen: die staatliche PsychotherapeutInnenliste enthält 553 klientenzentrierte TherapeutInnen, die ÖGwG zählt 567 (freiwillige) Mitglieder. Von Letzteren sind ca 100 Ausbildungsteilnehmer und einige wenige Nicht-TherapeutInnen; von den Ersteren sind nicht (mehr) alle ÖGwG-Mitglieder und es gibt eine relativ große Zahl, die die ÖGwG-Ausbildung absolviert, aber nicht abgeschlossen hat und daher eingetragene PsychotherapeutInnen ohne den Zusatztitel „klientenzentriert“ sind.

Der Rücklauf betrug $n=92$ (16%). Dieser relativ geringe Wert ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass ein Teil der Mitglieder AusbildungsteilnehmerInnen sind (ca. 100 Personen), und dass angenommen werden kann, dass eine nicht unbeträchtliche Personengruppe die Ausbildung zwar abgeschlossen hat, jedoch nicht therapeutisch praktisch tätig ist.⁷ Aufgrund der genannten Zahlen und Schätzungen ist anzunehmen, dass der Rücklauf, bezogen auf aktiv tätige PsychotherapeutInnen, etwa bei 25–27% liegt.

Von den 92 TherapeutInnen wurden 175 Einzeltherapien mit Erwachsenen und 8 Einzeltherapien mit Kindern/Jugendlichen beschrieben. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden diese 8 Fälle in die folgenden Auswertungen nicht einbezogen.

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien hat Kristin Haug-Eskevig (2002) die Ergebnisse der Untersuchung ausführlich dargestellt. Die Daten der Untersuchung werden außerdem von Ursula Truls (ÖGwG) im Rahmen einer Studie über die Klientenzentrierte Psychotherapie als Kurzzeit- vs. längerfristige Therapie weiter ausgewertet werden.

3. Exkurs: Zur Verbreitung der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie in Österreich

Bevor wir im Detail auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie eingehen, möchten wir in einem Exkurs einen knappen Überblick über die Situation der Klienten- und Personenzentrierten Psychotherapie innerhalb der österreichischen Psychotherapieszene geben, die wesentlich durch eine ziemlich vorbildliche gesetzliche Regelung aus dem Jahre 1990 geprägt wurde. Das Psychotherapiegesetz definiert Psychotherapie als eigenständigen (Zweit-)Beruf, der vorgängige Berufs- und Lebenserfahrung (Mindestalter) voraussetzt. Der Zugang wird dabei ausdrücklich für viele „Quellenberufe“, auch für nicht-akademische Ausbildungsgänge, offen gehalten. Die psychotherapeutische Ausbildung wird durch das Gesetz extensiv normiert; sie ist aufgliedert in ein „Propädeutikum“, das eine allgemeine psychotherapeutische Grundbildung vermittelt, und in ein methodenorientiertes „Fachspezifikum“.

Vor der Gesetzgebung befand sich die nicht-ärztliche Psychotherapie in einem gesellschaftlichen Graubereich und war mehr oder weniger vom möglichen Vorwurf der Kurpfuscherei bedroht.⁸ Dennoch wurde – und das besonders nachdem die humanistischen Richtungen etwa in den 70er Jahren Fuß fassen konnten – Psycho-

therapie in Österreich in einem respektablen Ausmaß betrieben. Wie eine Untersuchung aus den 80er Jahren belegt, hat die Klientenzentrierte Psychotherapie einen großen Anteil daran. Tabelle 1 zeigt, dass die Klientenzentrierten TherapeutInnen damals etwa ein Drittel und seit der gesetzlichen Regelung durchgehend etwa 10% aller PsychotherapeutInnen stellen.

Tabelle 1: Anzahl der PsychotherapeutInnen in Österreich

	1986 ¹		1995 ²		2003 ³	
	N	%	N	%	N	%
Gesamtzahl PsychotherapeutInnen	1.200		3.737		5.502	
Klientenzentrierte Psychotherapie (ÖGwG)	400	33,3%	352	9,4%	553	10,1%
Personenzentrierte Psychotherapie (APG, VRP)	20	1,7%	71	1,9%	182	3,3%
Gesamt	420	35,0%	423	11,3%	735	13,4%

1 Quelle: Jandl-Jäger/Stumm (1988)

2 Eingetragene PsychotherapeutInnen nach Stumm/Brandl-Nebehay/Fehlinger (1996)

3 Quelle: Liste der eingetragenen PsychotherapeutInnen des Gesundheitsministeriums, Stand Februar 2003

Bei der Beurteilung des vorliegenden Zahlenmaterials ist die Einführung des österreichischen Psychotherapiegesetzes im Jahre 1991 zu berücksichtigen. Zahlen vor diesem Datum beruhen auf Schätzungen bzw. den Angaben der jeweiligen Ausbildungsvereine. Die für diese Zeit vorliegenden Zahlen bestätigen den hohen Stellenwert Klienten-/Personenzentrierter Psychotherapie. Seit 1991 kann auf die Datenbank der Eintragungen in die „PsychotherapeutInnenliste“ des österreichischen Gesundheitsministeriums zurückgegriffen werden. Bei der Bewertung dieser Daten ist jedoch einerseits eine gewisse Verzerrung aufgrund der Eintragungspraxis in der ersten Phase der Gesetzeseinführung (zahlreiche Eintragungen von PsychotherapeutInnen ohne Zusatzbezeichnung bzw. ohne abgeschlossene schulenspezifische Ausbildung) und andererseits die „Angebotsorientierung“ (zahlreiche neue Ausbildungen bzw. Ausbildungsrichtungen wurden in den letzten 10 Jahren anerkannt) zu berücksichtigen. Beides ist Ursache für den scheinbaren Rückgang der Klienten-/Personenzentrierten PsychotherapeutInnen auf einen Anteil von rund 10%, der aber insgesamt über die Zeit hinweg eine leichte Tendenz eines Anstieges aufweist. Aufgrund der relativ hohen Anzahl an AusbildungsteilnehmerInnen in den Klienten-/ Personenzentrierten Fachspezifika ist für die Zukunft ein weiterer leichter Anstieg zu erwarten. Langfristig betrachtet positioniert sich die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich als stabil bzw. leicht wachsend – aufgrund der vorliegenden Zahlen knapp hinter den systemischen Schulen – als eine der meist verbreiteten psychotherapeutischen Richtungen in Österreich.

Die folgende Tabelle zeigt die regionale Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich insgesamt und für die Klienten- bzw. Personenzentrierte Psychotherapie.

7 Stumm (1999) schätzt diese Zahl auf ca 15% aller PsychotherapeutInnen.

8 Die Anfänge dieser „Tradition“ können etwa mit dem Gerichtsverfahren gegen Theodor Reik 1926 und Freuds Schrift zur „Frage der Laienanalyse“ datiert werden.

Tabelle 2: Regionale Verteilung psychotherapeutischer Versorgung in Österreich

	PsychotherapeutInnen insgesamt		PsychotherapeutInnen pro 10.000 Einwohner	Anteil Klientenzentrierte Psychotherap.		Anteil Personenzentrierte Psychotherap.	
	N	%		N	%	N	%
Burgenland	61	1,1%	1,8	5	8,2%	4	6,6%
Kärnten	263	4,8%	4,7	26	9,9%	2	0,8%
Niederösterreich	483	8,8%	3,1	33	6,3%	26	5,4%
Oberösterreich	547	9,9%	4	69	12,6%	9	1,7%
Salzburg	541	9,8%	10,5	67	12,4%	—	0,0%
Steiermark	580	10,5%	4,9	76	13,1%	6	1,0%
Tirol	444	8,1%	6,6	111	25,0%	4	0,9%
Vorarlberg	263	4,8%	7,5	26	9,9%	2	0,8%
Wien	2.312	42,0%	15,9	139	6,0%	129	5,6%
unbekannt	8	0,0%	—	1	0,0%	—	0,0%
ÖSTERREICH	5.502	100,0%		553	10,1%	182	3,3%

Quellen: Liste der eingetragenen PsychotherapeutInnen (Stand Februar 2003) und Volkszählung 2001

Betrachtet man die regionale Verteilung der PsychotherapeutInnen insgesamt, so zeigt sich das für die Psychotherapie bekannte Bild des überproportionalen Anteils im städtischen Bereich, dessen Ursachen einerseits in der erhöhten sozialen Akzeptanz der Psychotherapie im städtischen Umfeld und andererseits im in der Regel städtisch angebotenen Ausbildungsangebot liegen. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl sind PsychotherapeutInnen überdurchschnittlich stark in Wien und in Salzburg (hier v. a. in der Stadt Salzburg) und auch noch in Vorarlberg zu finden. Die dazu unterschiedlichen regionalen Verteilungen der Klienten- und Personenzentrierten PsychotherapeutInnen resultieren aus der Struktur der Ausbildungsvereine: Während die ÖGwG traditionell eine starke gesamtösterreichische Ausrichtung (mit Sitz in Linz und Schwerpunkten in Tirol, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark) besitzt, führt die APG ihre Ausbildungen großteils in Wien und Umgebung durch. Gemeinsam hat dies jedoch eine relativ gute regionale Verteilung der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie auf den gesamten österreichischen Raum zur Folge.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich gut in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft verankert ist. Sie ist derzeit – nach den systemischen Schulen – die am meisten verbreitete therapeutische Richtung. Der relative Anteil der Klienten-/Personenzentrierten PsychotherapeutInnen weist eine leicht steigende Tendenz auf. Aufgrund ihrer historisch unterschiedlichen regionalen Positionierungen weisen die Klienten- und Personenzentrierten PsychotherapeutInnen gemeinsam ein gutes regionales Versorgungsangebot auf.

4. Ergebnisse der Studie

In den folgenden Abschnitten werden vorerst Merkmale der TherapeutInnen analysiert und die Frage der Repräsentativität der Erhebung diskutiert, im Hauptteil erfolgt die Beschreibung der klientenzentrierten Therapieprozesse, im Anschluss werden die Ergebnisse mit den Befunden von Eckert (Eckert/Wuchner 1994) verglichen.

4.1. Merkmale der befragten TherapeutInnen

Insgesamt gibt es in Österreich rund doppelt so viele Psychotherapeutinnen als Psychotherapeuten. Stumm (1999, 7) belegt, dass diese Proportion bei den Klienten- und Personenzentrierten TherapeutInnen noch stärker in Richtung Frauenanteil tendiert. Ähnliches wurde beim durchschnittlichen Alter der PsychotherapeutInnen konstatiert. Dieses betrug in der Studie von Stumm (1999) 43,2 Jahre; wobei Klientenzentrierte TherapeutInnen etwas älter waren.

Im Vergleich damit liegt das Alter der 92 in unserer Studie befragten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen zwischen 30 und 65 Jahren (Mittelwert: 47,5; Std.abw.: 8,1); der Anteil der Therapeutinnen beträgt 69,6%. Die Stichprobe kann daher bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung als weitgehend repräsentativ für die österreichischen PsychotherapeutInnen betrachtet werden⁹.

Die Berufserfahrung unserer befragten PsychotherapeutInnen liegt zwischen 2 und 28 Jahren (Mittelwert: 13,2; Std.-abw.: 7,3).

⁹ Die Alters- und Geschlechtsverteilung entspricht ebenfalls weitgehend den ÖGwG-Mitglieder-Daten.

Dieser relativ hohe Wert korrespondiert erwartungsgemäß mit dem Alter der TherapeutInnen, er liegt über den in den einschlägigen Arbeiten erhobenen Werten (vgl. Schaffenberger/Glatz/Frank/Rosian 1997; in der Folge als ÖBIG-Studie zitiert).

Mehr als die Hälfte der TherapeutInnen (52,2%) gibt als „Quellenberuf“ Psychologie an, alle anderen „Quellenberufe“ weisen relativ geringe Anteile auf (z. B. Pädagogik: 14,2%; Sozialarbeit: 6,5%; Medizin: 5,4%). Diese Verteilung stimmt zwar mit den Daten der ÖGwG weitgehend überein, unterscheidet sich aber von der Gesamtverteilung der „Quellenberufe“ österreichischer PsychotherapeutInnen (insbesondere durch den relativ hohen Anteil an PsychologInnen).

Rund $\frac{1}{3}$ der TherapeutInnen verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung in zumindest einer weiteren Therapierichtung, besonders häufig wurden hier systemische Familientherapie und Körpertherapie genannt. Auch dieses Merkmal ist weitgehend erwartungskonform für Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (vgl. Stumm 1999).

Inwieweit die befragten PsychotherapeutInnen in Institutionen bzw. in freier Praxis tätig sind, kann aus den Angaben zu den KlientInnen rückgeschlossen werden; nur 14% der beschriebenen Fälle stammen aus institutionellen Settings. Dieser Anteil stimmt gut mit den vorhandenen Vergleichswerten überein; so schätzt Stumm (1999), dass 15-20% der PsychotherapeutInnen ausschließlich in einer Institution arbeiten; nach dem aktuellen Stand der PsychotherapeutInnenliste des Gesundheitsministeriums (Februar 2003) arbeiten 697 Personen (12,7%) ausschließlich in Institutionen, und jeweils etwas mehr als 40% nur in freier Praxis bzw. in freier Praxis und institutionellen Settings.

Die TherapeutInnen unterscheiden sich stark – bei insgesamt relativ hohen Werten – bezüglich ihrer Arbeitsbelastung; im Mittel werden 16,6 KlientInnenstunden pro Woche abgehalten (Std. abw.: 11,4). Dieser Wert entspricht zwar hinsichtlich der Streuung den Daten der ÖBIG-Studie¹⁰, liegt aber etwas über dem dort angegebenen Mittelwert (14,7).

Interessant dabei ist, dass 81% der befragten TherapeutInnen mit ihrer Arbeitsbelastung zufrieden sind (im Mittel arbeitet diese Gruppe von TherapeutInnen mit 15,4 KlientInnenstunden); 15% geben eine zu hohe Arbeitsbelastung an (Mittelwert: 27,9 KlientInnenstunden), nur 4% eine zu geringe Arbeitsbelastung (Mittelwert: 7,7 KlientInnenstunden).

Ein weiterer Hinweis auf das Ausmaß und die Struktur der Tätigkeit der PsychotherapeutInnen ergibt sich aus ihrem „KlientInnendurchsatz“, definiert analog zur ÖBIG-Studie als die Anzahl der

Erstgespräche sowie der begonnenen und beendeten Psychotherapien pro Jahr. Tabelle 3 stellt die Mittelwerte der ÖBIG-Studie unseren Befunden gegenüber.

Tabelle 3: „KlientInnendurchsatz“ der Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Vergleich zur ÖBIG-Studie

	<i>Erstgespräche/ Jahr (Mittelwert)</i>	<i>Begonnene Therapien/ Jahr (Mittelwert)</i>	<i>Beendete Therapien/ Jahr (Mittelwert)</i>
ÖBIG 1997 – in freier Praxis	17,1	11,1	8,0
ÖBIG 1997 – in Institutionen	44,2	19,7	14,7
ÖGwG 2001 – in freier Praxis	24,3	23,8	10,1
ÖGwG 2001 – in Institutionen	55,6	21,4	16,6

Bei der Beurteilung dieser Angaben ist zu beachten, dass es sich hier um (vermutlich nicht ganz exakte) Schätzungen der befragten TherapeutInnen handelt; in unserer Befragung wurde eine Schätzung für einen konkreten Monat (Mai 2001) verlangt, die hier für den Vergleich mit den ÖBIG-Daten realistisch hochgerechnet wurde (Monatsangaben x 10).

Es fällt jedoch auf, dass der „KlientInnendurchsatz“ insgesamt über den Vergleichswerten liegt; insbesondere die TherapeutInnen in freier Praxis geben hier z. T. wesentliche höhere Werte an.

Daten zum Setting wurden in unserer Befragung nicht erhoben, da sich die erfragten KlientInnendaten nur auf Einzelsettings bezogen. Man kann jedoch plausibel annehmen, dass die Vergleichsdaten der ÖBIG-Studie (1997) im wesentlichen auf die Arbeit der Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen übertragbar sind (68% Einzelsetting, 16% Gruppensetting, 12% Familiensetting, 4% anderes).

Im Mittel nehmen die befragten TherapeutInnen 3,3 Supervisionsstunden pro Monat in Anspruch, wobei besonders häufig 4 Stunden (je eine Einzelstunde pro Woche bzw. 2x2 Gruppenstunden pro Monat) angegeben wurden.

Es kann festgehalten werden, dass die befragten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in wesentlichen Kennwerten als repräsentativ für die österreichischen PsychotherapeutInnen bezeichnet werden können. Dies betrifft insbesondere soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht), und Arbeitsform (freie Praxis bzw. Institution). Bezüglich der „Quellenberufe“ und des relativ hohen Anteils an zusätzlichen Ausbildungen ist die befragte Gruppe repräsentativ für Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen der ÖGwG.

Die Angaben zur Arbeitsbelastung und zum „KlientInnendurchsatz“ deuten darauf hin, dass es sich hier um eine eher überdurchschnittlich psychotherapeutisch tätige Gruppe handelt. Dies ist vermutlich auf ein erhöhtes Interesse und damit eine erhöhte Beteiligung an der Befragung durch stark mit dem TherapeutInnenberuf identifizierte Personen zurückzuführen. Damit in Übereinstimmung steht die vergleichsweise hohe Berufserfahrung der TherapeutInnen und die Angaben zur Zufriedenheit mit der Berufsbelastung.

10 In der ÖBIG-Studie sind folgende Angaben (KlientInnen pro Woche) zu finden: bis 5 (18%), 6-10 (27%), 11-15 (18%), 16-20 (14%), 21-25 (11%), 26-30 (7%), über 30 (5%).

In Hinblick auf die nun folgenden Angaben zu den KlientInnen kann daher angenommen werden, dass diese Angaben ein ausgesprochen gutes und repräsentatives Bild für die klientenzentrierte Therapiepraxis von relativ erfahrenen und gut in der Praxis verankerten TherapeutInnen darstellen.

4.2. Die KlientInnen

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf die Angaben der TherapeutInnen zu ihren „letzten beiden ordnungsgemäß abgeschlossenen ambulanten klientenzentrierten Psychotherapien“ bei Erwachsenen im Einzelsetting (n=175, davon 74% in freier Praxis).

119 der KlientInnen (68%) waren weiblich¹¹. Das Alter der Klientinnen betrug im Mittel 36,9 Jahre (Std. abw.: 11,1), das der Klienten 38,3 Jahre (Std. abw. 9,5). Sowohl Alters- als auch Geschlechtsverteilung decken sich weitgehend mit den vorhandenen Vergleichsdaten (vgl. ÖBIG 1997).

Nicht unerwartet sind die Befunde zur höchsten Ausbildungsstufe der KlientInnen: 22% besitzen einen Hochschul-/Universitätsabschluss, 36% Matura/Abitur, 16% einen Fachschulabschluss, 17% einen Lehrabschluss und nur 7% einen Pflichtschulabschluss. Damit unterscheidet sich das Bildungsniveau der KlientInnen hochsignifikant von der österreichischen Durchschnittsbevölkerung¹². Dementsprechend deuten auch die Angaben der Berufe der KlientInnen auf eine überdurchschnittlich hohe soziale Schicht hin: 18% höhere Angestellte, 6% Selbstständige, 55% Angestellte, und nur 4% Arbeiter und 1,7% Arbeitslose.

Die (Einzel-)KlientInnen der klientenzentrierten PsychotherapeutInnen entsprechen weitgehend den (noch immer) „typischen“ KlientInnen insofern, als der Frauenanteil relativ hoch ist und die Bildung bzw. soziale Schicht als deutlich überdurchschnittlich bezeichnet werden kann.

53% der KlientInnen leben in einer Partnerschaft, 47% leben alleine. Diese Verteilung entspricht in etwa der österreichischen Soziodemografie¹³.

Mehr als 1/3 der KlientInnen (21,7%) besaß bereits Vorerfahrung mit Psychotherapie, die früheren Therapien dauerten im Mittel 15 Monate. Es handelt sich hier um ein typisches Phänomen, mit

vermutlich weiterhin steigender Tendenz (in der Praxisstudie von Brockman/Schlüter/Brodbeck/Eckert (2002) betrug dieser Anteil bspw. mehr als 30%).

Ein Großteil der KlientInnen kam aus Eigeninitiative (68,6%), rund einem Viertel (27,4%) wurde die Psychotherapie (meist von einem praktischen Arzt oder Psychiater) empfohlen. Wenn man bedenkt, dass diese Angaben von den TherapeutInnen nach Abschluss der Therapie gemacht wurden, ist hier jedoch von gewissen Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen auszugehen. Ein bemerkenswertes – aus einer Genderperspektive allerdings nicht unerwartetes – Ergebnis ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen hochsignifikant häufiger aus eigener Initiative eine psychotherapeutische Behandlung beginnen (Eigeninitiative: Frauen 77,3%, Männer 50,0%; Empfehlung/Überweisung: Frauen 21%, Männer 41%; $\chi^2=14,7, p \leq .000$).

Ein Hinweis auf die Krankheitswertigkeit der behandelten Störungen ist bereits aus dem relativ hohen Anteil an KlientInnen, die Psychopharmaka einnahmen (32,6%, davon entfällt der überwiegende Teil auf Antidepressiva), abzuleiten. Dementsprechend hoch ist auch der Anteil an von der Krankenkasse mitfinanzierten Psychotherapien (78,7%), bei denen als Voraussetzung eine entsprechende „Krankheitswertigkeit“ gegeben sein muss.

Die Diagnosen der KlientInnen wurden nach dem ICD-10 erhoben. Die folgende Tabelle fasst die genannten Diagnosen zusammen:

Tabelle 4: Diagnosen/Störungsgruppen der KlientInnen nach ICD-10, gereiht nach der Häufigkeit

Diagnose/Störungsgruppe nach ICD-10	Häufigkeit in %
Neurotische Störungen	45,6
Affektive Störungen	28,1
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	7,6
Persönlichkeitsstörungen	7,7
Schizophrenie	1,8
Sucht und Abhängigkeitserkrankungen	1,2
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend	1,2
Nicht näher bezeichnete Störungen	1,2
Keine Diagnose	5,8

Die Verteilung der Störungsbilder bestätigt nicht nur klientenzentrierte Psychotherapie als Breitbandkonzept aus einer praxeologischen Perspektive, es zeigt auch, dass ein beträchtlicher Anteil an schweren Störungsbildern (je nach Definition rund 1/3) diagnostiziert wurde¹⁴. Auf der Ebene der Einzeldiagnosen ergibt sich folgende Reihung der Häufigkeiten:

11 Ein bemerkenswertes „Nebenergebnis“ ist in der Tatsache zu sehen, dass 74% der Klientinnen die Therapie mit einer Therapeutin durchführen, während 43% der Klienten einen Therapeuten wählen. Dies ist ein signifikantes Ergebnis im Sinne einer leichten Tendenz zu einer „Geschlechtspaarung“ Klientin/Therapeutin bzw. Klient/Therapeut ($\chi^2=5,23, p \leq .05$).

12 Nach den Daten des österreichischen statistischen Jahrbuchs (1991) besaßen 5,2% der österreichischen Bevölkerung einen Hochschul-/Universitätsabschluss, 9,8% Matura/Abitur, 11,4% einen Fachschulabschluss, 32% einen Lehrabschluss und 42% einen Pflichtschulabschluss.

13 Laut Statistik Austria (www.statistik.at.; Daten von 2001) beträgt der Anteil an verheirateten Erwachsenen in Österreich 45,3%.

14 Die Verteilung der Diagnosen bei weiblichen und männlichen KlientInnen unterscheidet sich nicht ($\chi^2=10,01, p=0,26$).

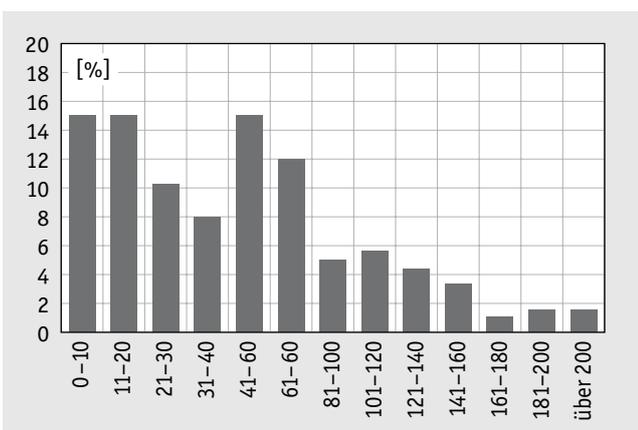
Tabelle 5: Einzeldiagnosen der KlientInnen nach ICD-10, gereiht nach der Häufigkeit

Einzeldiagnose nach ICD-10	Häufigkeit in %
34.1 Dysthymia/Neurotische Depression	13,1
40.0 Agoraphobie	6,9
43.2 Anpassungsstörung	6,9
43.0 Akute Belastungsreaktion	4,6
41.0 Panikstörung	2,9
41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	2,9
50.1. Atypische Anorexia Nervosa	2,3
50.2 Bulimia Nervosa	2,3
60.31 Borderline	1,7

Klientenzentrierte Psychotherapie als Breitbandkonzept bestätigt sich in der Vielfalt der Diagnosen auch im ambulanten Bereich. Die vorliegende Stichprobe umfasst alle wesentlichen psychotherapie-indikativen Störungsbilder und Diagnosen zumindest zu einem wesentlichen Prozentsatz. Entsprechend der Schwere der Störungen findet sich auch ein wesentlicher Anteil an KlientInnen, die Psychopharmaka einnehmen; beim überwiegenden Teil der KlientInnen erfolgt eine Kostenrückverrechnung mit der Krankenkasse.

In Übereinstimmung mit dem klientenzentrierten Konzept wurde am Beginn von rund ¾ der beschriebenen Psychotherapien kein Zeitrahmen bzw. ein offenes Therapieende vereinbart; bei den 25,1% der Fälle, in denen ein Zeitrahmen vereinbart wurde, war dieser von Fall zu Fall sehr verschieden (Mittelwert: 35,3 Stunden, Std. abw.: 50,9).

Die folgende Abbildung fasst die Längen (Stundenumfänge) der beschriebenen Psychotherapien zusammen:

Abb. 1: Verteilung der Stundenumfänge der beschriebenen Klientenzentrierten Psychotherapien

Aus der Abbildung ist die große Streuung der Längen der beschriebenen Psychotherapien erkennbar. Der Mittelwert beträgt 61,1 Stunden, wobei aufgrund der Verteilung der Median von 41 die Daten besser beschreibt (jeweils 50% der Therapien liegen unter

bzw. über 41 Stunden). Die Hälfte der Therapien dauern zwischen 17 und 78 Stunden; ausgesprochen kurze (unter 10 Stunden: 14,7%) bzw. lange (über 120 Stunden: 12,5%) sind relativ selten. Wenn man Psychotherapien unter 30 Stunden als „Kurzzeittherapie“ verstehen will, dann erfüllen rund 40% der beschriebenen Therapien dieses Kriterium. Die Mehrzahl der Klientenzentrierten Psychotherapien zählt jedoch auch in unserer Studie nicht zu dieser Kategorie.

Der überwiegende Anteil (83,4%) der beschriebenen Klientenzentrierten Psychotherapien wurde in einer Behandlungsfrequenz von einer Stunde pro Woche durchgeführt; variable Behandlungsfrequenzen wurden in 12,6% der Fälle vereinbart. Eine „Ausdünnung“ der Behandlungsfrequenz in den letzten Abschnitten der Psychotherapie ist relativ häufig (45%).

Aus den Stundenumfängen und den Behandlungsfrequenzen resultiert eine mittlere Behandlungsdauer von rund 21 Monaten (Median: 16). Die Behandlungsdauer der Hälfte der beschriebenen Psychotherapien liegt in etwa zwischen 5 Monaten und zwei Jahren.

Die Stundenumfänge bzw. die Behandlungsdauer stehen weder mit soziodemografischen Merkmalen der KlientInnen noch mit Merkmalen der TherapeutInnen oder auch der Finanzierungsform (Krankenkasse) in einer signifikanten Beziehung.

Ein interessantes Ergebnis besteht darin, dass KlientInnen, die aus Eigeninitiative eine Therapie in Anspruch nahmen, längere Behandlungszeiten aufweisen, als solche, denen die Therapie angeraten wurde ($F=6,54$, $p \leq .00$). Die Ursache dafür ist vermutlich in der höheren Motivation zur persönlichen Auseinandersetzung bei selbst initiiertem Psychotherapie zu sehen. Dies kann wohl als ein typisches Merkmal einer psychotherapeutischen Orientierung, die in ihrem Selbstverständnis über Symptom- bzw. Lösungsorientierung im engeren Sinne weit hinausgeht, betrachtet werden.

Eine zu erwartende strukturelle Einflussgröße auf die Länge der Psychotherapien ist die Organisationsform: Therapien in freier Praxis weisen längere Behandlungszeiten auf als solche in Institutionen¹⁵, wobei hier eine Wechselwirkung mit dem Schweregrad der behandelten Störungen als Ursache dafür anzunehmen ist.

Erwartungskonform ist der wesentlichste Einflussfaktor auf die Länge der Psychotherapie die Diagnose bzw. die Form der Störung ($F=7,82$, $p \leq .000$). So weisen beispielsweise Persönlichkeitsstörungen eine rund 3x längere Behandlungszeit auf als neurotische Störungen.

Die Befunde zeigen, dass die Längen „typischer“ Klientenzentrierter Psychotherapien sehr unterschiedlich sind. Auf der einen Seite verdient ein wesentlicher Teil der Therapien die Bezeichnung „Kurztherapie“, andererseits finden – insbesondere bei schweren Störungen – auch mehrjährige Therapieprozesse statt. „Typische“ Klientenzentrierte Psychotherapien werden einmal pro Woche abgehalten und dauern zwischen

15 Als „Institutionen“ sind hier sowohl ambulante Beratungsstellen als auch (in den meisten Fällen) stationäre Therapieeinrichtungen zu verstehen.

5 Monaten und zwei Jahren. Die praxeologische Analyse bestätigt den Stellenwert von Motivation und Eigeninitiative der KlientInnen sowie das klientenzentrierte beziehungsorientierte Selbstverständnis, das über eine Symptomorientierung im engeren Sinne weit hinaus geht.

4.3 Vergleich mit der Studie von Eckert (1994)

Der Befragung der TherapeutInnen der GwG, die von Eckert/ Wuchner im Frühjahr 1994 durchgeführt wurde, liegen Daten von 379 GesprächspsychotherapeutInnen zugrunde. Es wurden insgesamt 324 Einzeltherapien mit Erwachsenen beschrieben, die im Folgenden mit unseren Befunden verglichen werden. Aufgrund der analogen Konzeption des Erhebungsinstruments und der Durchführung der Befragung ist ein methodisch fundierter Vergleich möglich;.

Die folgende Tabelle vergleicht wesentliche Kennwerte der beiden Studien:

Tabelle 6: Vergleich wesentlicher Kennwerte der Studie von Eckert/Wuchner (1984) mit unseren Ergebnissen

	<i>Eckert/Wuchner 1984</i>	<i>ÖGwG 2001</i>	<i>Signifikanz</i>
TherapeutInnen			
Alter	44,6 Jahre	47,5 Jahre	p ≤ .01
Geschlecht (Anteil Therapeutinnen)	59%	70%	n. s.
Therapieerfahrung	14,4 Jahre	13,2 Jahre	p ≤ .01
Alter der KlientInnen	34 Jahre	37,3 Jahre	p ≤ .01
Anteil an Klientinnen	73%	68%	n. s.
Diagnose: Neurosen (ICD-9) bzw. neurotische Störungen (ICD-10)	48%	45,6%	n. s.
Behandlungsumfang (Mittelwert)	69,2	61,1	p ≤ .01
Behandlungsumfang (Median)	61	41	p ≤ .01
Behandlungsfrequenz 1x/Woche	55,5%	84,9%	p ≤ .00

Beim Vergleich der beiden Studien ist festzuhalten, dass aufgrund der relativ hohen Fallzahlen signifikante Ergebnisse bereits bei relativ geringen Unterschieden (Effektstärken) zu beobachten sind. Wenn man dies berücksichtigt, zeigen sich nur unwesentliche Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungen. Das vermutlich bedeutsamste Ergebnis ist ein um rund 15% kürzerer Behandlungsumfang in der österreichischen Studie, wobei dies aufgrund der Problematik der Vergleichbarkeit der Diagnosen nur mit Vorsicht beurteilt werden sollte.

Die österreichische Studie bestätigt nach knapp 10 Jahren die Befunde von Eckert/Wuchner aus der BRD. Sowohl TherapeutInnen als auch KlientInnen weisen vergleichbare soziodemografische Merkmale auf; die österreichischen Daten deuten auf einen etwas geringeren Behandlungsumfang; die fast ausnahmslos wöchentliche Behandlungsfrequenz scheint ein österreichisches Spezifikum zu sein.

5. Resümee

Die Intention unserer Studie war, in der Tradition von Carl Rogers eine Beschreibung der Praxis von Klientenzentrierter Psychotherapie in Österreich mit dem Ziel des Aufdeckens von Ordnungsprinzipien. Es ging daher nicht um eine Analyse von Erfolgsfaktoren der Psychotherapie, sondern um eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Perspektive.

Die Stichprobengröße und die soziodemografischen Merkmale der befragten TherapeutInnen lassen darauf schließen, dass die Befunde zumindest für gut in der Praxis verankerte Klientenzentrierte TherapeutInnen repräsentativ sind. Vor dem Hintergrund der weitgehenden Ähnlichkeit der Konzepte und der Komplementarität der regionalen Verteilung in Österreich ist der vorsichtige Schluss zulässig, dass die Befunde auch für Personzentrierte Psychotherapie – und damit für die gesamte Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie in Österreich Gültigkeit besitzen und damit die ambulante

Praxis eines Ansatzes abbilden, der seit Jahrzehnten zu einem der wichtigsten therapeutischen Richtungen in der Psychotherapieversorgung gehört.

Der insgesamt relativ geringe Rücklauf muss jedoch leider auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass Praktiker die empirische Evaluation ihres eigenen Handelns (noch immer) nicht ernst genug nehmen und damit letztlich der Weiterentwicklung ihres eigenen Ansatzes schaden oder zumindest nicht dienlich sind (vgl. Laireiter/Stieglitz/Baumann 2001).

Die ambulante Psychotherapie wird zu einem überwiegenden Teil in

freier Praxis durchgeführt, wobei der „KlientInnendurchsatz“ hier nur etwas geringer als in institutionellen Settings ist – die befragten TherapeutInnen sind dementsprechend auch überwiegend mit ihrer Auslastung zufrieden, es liegt sogar eine Tendenz zur subjektiven Überlastung vor. Trotz der relativ hohen Zahl zugelassener PsychotherapeutInnen in Österreich scheint es den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen weiterhin gut zu gelingen, eine beruflich zufrieden stellende Praxis aufzubauen und diese professionell zu gestalten (vgl. die Angaben zur eigenen Supervision).

Die soziodemografischen Merkmale der KlientInnen bestätigen leider noch immer, dass eine Durchdringung der Psychotherapie in alle gesellschaftlichen Schichten – zumindest im Kontext der ambulanten Psychotherapie – nicht gelungen ist. Andererseits nimmt die psychotherapeutische Vorerfahrung der KlientInnen, die eine Bereitschaft besitzen, eine psychotherapeutische Behandlung in

Anspruch zu nehmen, vermutlich weiter zu. In Übereinstimmung mit diesen Überlegungen zeigt sich, dass ein Großteil der KlientInnen aus Eigeninitiative in die Psychotherapie kommt – was zwar im Sinne von Eigenverantwortung und Beziehungsaufbau förderlich für eine Klientenzentrierte Psychotherapie ist, jedoch auch zeigt, dass der Weg in die Psychotherapie und auch die Überweisungspraxis noch zu verbessern wären (vgl. Slunecko et al. 2003).

Die Befunde zeigen aus einer praxeologischen Perspektive, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie nicht nur ein Breitbandkonzept (Höger 1989) ist, sondern auch zur Behandlung schwerer und schwerster Störungen eingesetzt wird. Die Längen der Psychotherapien umfassen dabei ein Spektrum, das von „Kurzzeittherapie“ bis zu sehr langen therapeutischen Prozessen reicht, wobei ein Großteil der Therapien – bei wöchentlicher Frequenz – in einem Zeitraum von ½ Jahr – 2 Jahren liegt.

Eine Außenperspektive – die Behandlungsdauer steht in Bezug zur Diagnose – legt eine differenzielle Betrachtungsweise nahe. Aus einer dem Ansatz immanenten phänomenologischen Perspektive resultiert jedoch die Länge der abgeschlossenen Psychotherapien aus der erfolgreichen Beziehungsgestaltung und der personalen Begegnung zwischen KlientIn und TherapeutIn. Der Zusammenhang der Therapielänge mit der Eigeninitiative bestätigt diese Perspektive. Aus einer praxeologischen Sicht stehen daher differenzielles und personales/beziehungsorientiertes Verständnis von Psychotherapie in keinem Widerspruch, sondern stellen Prozessbeschreibungen aus unterschiedlichen Beobachterperspektiven dar. Grundlage und Bestätigung für beide Perspektiven ist die Professionalität der Durchführung der Psychotherapie, die u. a. darin zum Ausdruck kommt, dass die Länge der Psychotherapie weder mit TherapeutInnenmerkmalen, noch mit soziodemografischen Merkmalen der KlientInnen oder mit der Finanzierungsform in Beziehung steht.

Der Vergleich mit den Befunden aus der BRD zeigt ein weitgehend ähnliches Bild ambulanter klientenzentrierter Praxis in der BRD und Österreich für die letzten rund 10 Jahre. Inwieweit die etwas kürzeren Stundenumfänge in Österreich ein artifizielles Ergebnis oder Ausdruck gesellschaftlicher Veränderungen bzw. auch Auswirkung von etwas anderen Behandlungssettings sind, ist nur schwer zu beurteilen.

Ein Spezifikum des emanzipatorischen Verständnisses des Personenzentrierten Ansatzes ist die kritische Auseinandersetzung mit Genderfragen (vgl. Schmid/Winkler 2002). Mehrere Einzelbefunde aus unserer Studie könnten hier ein „empirisch fundierter“ Anstoß für eine weitere Entwicklung der Genderperspektive in unserem Ansatz sein.

Wir hoffen, dass die vorliegende Studie als Anstoß und Aufforderung für weitere empirische Reflexionen der klienten-/personenzentrierten Praxis – und damit für die notwendige empirisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung – gesehen wird.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, H.-J./Binder, U./Kratzsch, S./Schmalzriedt, L. (1979), Behandlungsdauer bei klientenzentrierter Psychotherapie: Eine kritische Analyse, in: GwG-info 36, 1–21
- Brockmann, J./Schlüter, T./Brodebeck, D./Eckert, J. (2002), Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten, in: Psychotherapeut 47, 6, 347–355
- Eckert, J. (2002), Kurzzeit- und längerfristige Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 445–466
- Eckert, J./Wuchner, M. (1994), Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen, in: GwG Zeitschrift 95, 17–20
- Haug-Eskevik, K. (2002), Strukturen der Inanspruchnahme von Klienten-/Personenzentrierter Psychotherapie in Österreich, Diplomarbeit an der Universität Wien
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–22
- Jandl-Jäger, E./Stumm, G. (Hg.) (1988), Psychotherapie in Österreich. Eine empirische Analyse der Anwendung von Psychotherapie, Wien (Deuticke)
- Laireiter, A. R./Stieglitz, R. D./Baumann, U. (2001), Dokumentation in der klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie, in: Stieglitz, R. D./Bauman, U./Freyberger, H. (Hg.), Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Stuttgart (Enke), 82–102
- Linster, H./Rückert, D. (1998), Gesprächspsychotherapie als Kurztherapie oder Klientenzentrierte/Personenzentrierte Kurztherapie, in: Psychotherapie Forum 6, 225–235
- Rogers, C. R. (1954b), The case of Mr. Bebb, the analysis of a failure case, in: Rogers, C. R./Dymond R. F. (eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach, Chicago (University of Chicago Press), 349–409
- Rogers, C. R. (1961a), On becoming a person. A therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Schaffenberg, E./Glatz, W./Frank, W./Rosian, I. (1997), Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich, Wien, ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)
- Schmid, P. F./Winkler, M. (2002), Die Person als Frau und Mann. Zur Geschlechterdifferenz in Personenzentrierter Therapie und Beratung, in: Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 65–91
- Slunecko, T./Mayer, H./Vorderwinkler, C./Fischer-Kern M./Zimerleiter, O. (2003), Zugänge zur Psychotherapie: Die Qualität der Therapiemotivation; unveröffentlichter Abschlussbericht des FWF-Projekts 14318
- Stumm, G. (1999), Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich, in: Person 3, 1, 5–10

Stumm, G./ Brandl-Nebehay, A./ Fehlinger, F. (1996), Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen, Wien (Falter)
Tausch, R. (1973), Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe) ⁵1973
Wuchner, M./ Eckert, J. (1995), Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil I1: Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen, in: GwG Zeitschrift 97, 17–20

AutorInnen

Christian Korunka, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie), Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Gesundheitspsychologe, Leiter von Universitätslehrgängen an der Universität Wien, Ausbilder im IPS der APG.

Wolfgang Walter Keil, 1937, Mag. rer.soc.oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Lehrtherapeut in der ÖGwG; Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im „Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)“; Ehrenobmann der ÖGwG.

Kristin Haug-Eskevig, Mag., Psychologin, führte im Rahmen ihrer Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien die Erhebungen der in diesem Artikel beschriebenen Daten durch.

Korrespondenzadressen

*A. Univ. Prof. Dr. Christian Korunka
Institut für Psychologie
Universität Wien
Universitätsstraße 7
A-1010 Wien
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at*

*Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: wolfgang.keil@aon.at*