

Originalarbeit · Original Article

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie 2007;17:109–115
DOI: 10.1159/000101985

Online publiziert: 10. Mai 2007

Hilft wenig viel? Eine Minimalintervention für Patienten während der Wartezeit auf ambulante Verhaltenstherapie*

Sylvia Helbig · Jürgen Hoyer

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, Deutschland

SchlüsselwörterWartezeit · Ambulante Psychotherapie ·
Therapievorbereitung · Minimalintervention**Zusammenfassung**

Hintergrund: Der Artikel berichtet Ergebnisse einer kontrollierten Studie zu Effekten einer Minimalintervention in der Wartezeit auf Beginn einer ambulanten Psychotherapie. **Methoden:** 75 Personen, die sich in einer universitären Verhaltenstherapieambulanz aufgrund von Angst- oder depressiven Störungen anmeldeten, wurden parallelisiert nach Alter, Geschlecht und Diagnose zwei Bedingungen zugeordnet. Die Versuchsgruppe (VG) erhielt während der Wartezeit auf den Behandlungsplatz bibliothераpeutische Materialien; die Kontrollgruppe (KG) wartete ohne Intervention. Vor und nach der Wartezeit wurden Einstellungen und Erwartungen zur Behandlung, nach der Wartezeit zusätzlich die Zufriedenheit mit der behandelnden Einrichtung sowie das Hilfesuchverhalten während der Wartezeit erhoben. **Ergebnisse:** Es konnten keine global positiven Effekte der Wartezeitintervention nachgewiesen werden. Es fanden sich lediglich zwei grundlegende Gruppenunterschiede: Die Teilnehmer der VG beurteilten sich subjektiv als besser vorbereitet auf Wartezeit und Therapie, und ihre Angst vor Stigmatisierung hatte sich signifikant reduziert. Weiterführende Analysen in einzelnen Patientengruppen ergaben zusätzlich Hinweise darauf, dass Angstpatienten und Patienten mit geringem Vorwissen mehr von der Maßnahme profitierten; allerdings traten bei einigen Patienten mit depressiven Störungen auch negative Effekte durch die Minimalintervention auf. **Schlussfolgerung:** Die Befunde erlauben eine differenziertere Bewertung der Frage, ob und in welcher Form unspezifische minimale Interventionen während der Wartezeit auf Psychotherapie nutzbringend sind. Weiterführende Studien sollten die differenzielle Wirksamkeit spezifischerer Maßnahmen in ausgewählten Patientengruppen prüfen.

Key WordsWaiting lists · Outpatient psychotherapy · Therapy
preparation · Minimal intervention**Summary**

A Minimal Intervention for Waiting List Patients in Outpatient Behavior Therapy

Background: The article describes a controlled study that explores effects of a minimal intervention for outpatients waiting for their behavior therapy to start. **Methods:** Patients applying for psychotherapy for anxiety disorders or depression at an outpatient psychotherapy unit, matched for age, sex and diagnosis, were assigned to either a waiting list as usual (WL) or to an active waiting group (AW) that received bibliothераpeutic materials. Attitudes towards treatment and therapy expectations were assessed before and after waiting time; consumer satisfaction and help-seeking behavior during the waiting time were assessed post waiting. **Results:** After the waiting time, the two groups differed only in their fear of stigmatization, which had significantly declined in the AW group, and in the subjective preparedness for waiting list and treatment. Additional analyses regarding different patient groups suggested that especially patients with anxiety disorders and patients with little knowledge about psychotherapy benefited from the intervention; on the other hand, some patients with depressive disorders reported negative effects due to the minimal intervention. **Conclusions:** Findings point out the need for a more sophisticated evaluation of minimal interventions for patients waiting for psychotherapy. Further studies should clarify the differential effectiveness of custom-tailored interventions addressing specific patient populations.

*Teile dieser Veröffentlichung wurden als Poster auf dem XXXV Jahreskongress der EABCT, 24.–27. September 2005, in Thessaloniki, vorgestellt.

KARGERFax +49 761 4 52 07 14
E-mail Information@Karger.de
www.karger.com

© 2007 S. Karger GmbH, Freiburg

Accessible online at:
www.karger.com/verDipl.-Psych. Sylvia Helbig
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitz Str. 46, 01187 Dresden, Deutschland
Tel. +49 351 463369-58, Fax -84
E-mail helbig@psychologie.tu-dresden.de

Einleitung

Die Wartezeit auf ambulante Psychotherapie ist ein zentrales Problem der Strukturqualität psychotherapeutischer Routineversorgung [Helbig et al., 2004; Hoyer et al., 2006a]. Daher schlagen einige Autoren vor, Wartezeiten systematisch zur Therapievorbereitung und Motivationssteigerung zu nutzen [Walitzer et al., 1999; Westbrook, 1995]. Ein wesentliches Problem besteht dabei jedoch darin, dass wirksame Strategien wie das Motivational Interviewing [Hettema et al., 2005; Miller und Rollnick, 2002] zu aufwändig sind, um sie als Standardmaßnahme zu implementieren.

Alternativ wurde der Einsatz minimaler Interventionen in der Wartezeit erwogen; Studien hierzu erbrachten jedoch heterogene Resultate. So konnte Westbrook [1995] keinen Effekt zweier in die Wartezeit vorgezogener probatorischer Sitzungen auf Therapieergebnis oder Zufriedenheit nachweisen. Kurze Videomaterialien mit Informationen zum Therapierational führten in einigen Studien zu angemesseneren Therapieerwartungen, hatten aber meist keinen Einfluss auf den Therapieverlauf oder das Therapieergebnis [Deane et al., 1992; Lambert und Lambert, 1984; Shuman und Shapiro, 2002]. Whitfield et al. [2001] fanden, dass Patienten einer Psychotherapieambulanz, die einen Selbsthilferaum mit psychoedukativen Materialien in Anspruch nahmen, ihr Störungswissen deutlich verbesserten und bereits nach 6 Wochen Therapie signifikante Verbesserungen erreichten. Allerdings nutzten nur 53% der Patienten das bibliotherapeutische Angebot; in einer Studie von Stone und Klein [1999] nahmen sogar nur 14% der Patienten das Angebot einer Therapievorbereitungsguppe wahr.

Neben der schlechten Compliance gibt es jedoch auch andere Ursachen für heterogene Ergebnisse. Es gibt nur wenige kontrollierte Studien zum Thema Wartezeit, was eine Interpretation der Ergebnisse erschwert. Darüber hinaus herrscht kaum Einigkeit über die relevanten Outcome-Maße. Aus den vorliegenden Befunden kann gefolgert werden, dass Effekte therapievorbereitender Interventionen nicht direkt anhand von Symptommaßen abzulesen sind, sondern dass über die Veränderung von Einstellungen und Erwartungen zur Therapie der Outcome (einschließlich Therapieabbruch [Franz et al., 1993]) moderiert wird [vgl. auch Koban und Willutzki, 2007].

Sozialpsychologische Theorien erklären Einstellungen zur Therapie vor dem Hintergrund von Kosten-Nutzen-Abwägungen [Kelly et al., 1987]. Wartezeiten können demnach zu negativen Einstellungen führen, wenn sich die Kostenerwartung erhöht (z.B. wenn der mit der Therapie verbundene Aufwand deutlicher wahrgenommen wird) oder die Nutzenerwartung sinkt (z.B. der Therapeut aufgrund der Erfahrungen mit der Wartezeit nicht mehr als kompetent wahrgenommen wird). Diese Abwägung wird durch individuelle Variablen wie Persönlichkeit und Vorerfahrungen moderiert; möglicherweise sind auch einzelne Störungen (z.B. depressive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen) eher mit negativen Erwartungen

verbunden. Dies könnte erklären, warum Wartezeitinterventionen bislang nur gemischte Erfolge erbrachten. Ferner ist anzunehmen, dass das Vorwissen der Patienten die Erwartungen beeinflusst.

Einige dieser Annahmen untersuchten wir in einer kontrollierten Studie zu Effekten einer Minimalintervention in der Wartezeit auf ambulante Verhaltenstherapie. Neben der Aufnahmebereitschaft für eine solche Maßnahme und deren wahrgenommener Nützlichkeit wurden folgende Hypothesen untersucht: (1) Eine Minimalintervention in der Wartezeit führt allgemein zu positiveren Einstellungen gegenüber der Behandlung und der behandelnden Einrichtung. (2) Bei Patienten mit depressiven Störungen führt die Intervention zu stärker positiven Veränderungen der Einstellungen als bei Patienten mit Angststörungen. (3) Bei Patienten mit geringem Vorwissen zu Psychotherapie führt die Intervention zu stärker positiven Veränderungen der Einstellungen als bei hohem Vorwissen.

Methode

Studienablauf

Die Studie wurde von Januar bis August 2005 an der Ausbildungs- bzw. Forschungs- und Lehrambulanz für Psychotherapie der TU Dresden durchgeführt. Die kontrollierte zweiarmlige Untersuchung wurde in den Routineablauf der Ambulanz eingebettet. Eingeschlossen wurden Patienten mit einer Angststörung bzw. unipolaren depressiven Störungen.

Alle Patienten durchliefen zunächst ein standardisiertes diagnostisches Interview (M-CIDI/DIA-X; Wittchen und Pfister, 1997), das von Patienten in der Regel positiv bewertet wird [Hoyer et al., 2006b]. Die Ergebnisse wurden anschließend in einem Kurzkontakt von einem erfahrenen Therapeuten überprüft und rückgemeldet. In diesem Gespräch wurde der Patient über die Wartezeit informiert und anschließend auf die Warteliste der Ambulanz gesetzt.

Im Studienzeitraum erhielten alle Patienten bei Anmeldung einen zusätzlichen Fragebogen mit Skalen zu Einstellungen zur Therapie. Patienten, die nach der Eingangsdagnostik für die Studienteilnahme in Frage kamen, wurden kontrolliert einer Untersuchungsgruppe zugeordnet. Dabei erfolgte die Zuordnung in hinsichtlich Alter, Geschlecht und Diagnose(n) parallelisierten Paaren. Wenn im Rückmeldegespräch die im CIDI diagnostizierte Angst- oder depressive Störung bestätigt wurde, informierte der Rückmeldetherapeut den Patienten mündlich und schriftlich über Ziele und Ablauf der Studie und bat ihn um Teilnahme. Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten war Voraussetzung für den Studieneinschluss. Patienten, bei denen diese Bedingungen nicht erfüllt waren oder die aus anderen Gründen nicht auf die Warteliste gesetzt wurden, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Patienten, die primär aufgrund einer bipolaren Störung, einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Zwangsstörung Behandlung suchten, da die geplante Intervention für diese Störungsgruppen nicht geeignet war. Komorbidität war kein Ausschlusskriterium.

Zu Therapiebeginn (= Postmessung für die Minimalintervention) erhielten alle Studienpatienten einen Fragebogen ausgehändigt, der neben Einstellungs- und Symptommaßen auch Einschätzungsskalen zur Beurteilung der Einrichtung und der Wartezeit enthielt. Auf die weitere Behandlung der Patienten hatte die Studienteilnahme keinen Einfluss. Die Dauer der Wartezeit wurde nicht manipuliert.

Tab. 1. Demographische und klinische Stichprobenbeschreibung*

	VG (N = 35)	KG (N = 40)
Geschlecht		
– Frauen, % (n)	74,3 (26)	77,5 (31)
– Männer, % (n)	25,7 (9)	22,5 (9)
Alter		
– M (SD)	37,5 (14,9)	34,8 (13,3)
– Range	17–67	20–69
Hauptdiagnose		
– Angst ¹ , % (n)	48,6 (17)	52,5 (21)
– Depression ² , % (n)	51,4 (18)	47,5 (19)
Anzahl komorbider Störungen ³		
– M (SD)	0,3 (0,5)	0,5 (0,7)
– Range	0–2	0–2
BDI Summenwert, M (SD)	13,0 (9,5)	15,7 (8,8)
Wissen zu Therapie, M (SD)	2,9 (0,6)	2,8 (0,7)
Wartezeit in Tagen, M (SD)	84,6 (43,2)	71,6 (32,7)

*Keine signifikanten Gruppenunterschiede.

¹Beinhaltet Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, Agoraphobie, Soziale Phobie, Spezifische Phobien, Generalisierte Angststörung.

²Beinhaltet alle unipolaren depressiven Störungen.

³Anzahl der Behandlungsdiagnosen.

Stichprobe

Im Untersuchungszeitraum meldeten sich 217 Patienten neu für eine Behandlung an. Davon erfüllten nach dem diagnostischen Interview 159 (73,3%) die Screening-Kriterien der Studie (Angst- oder depressive Störung). 20 Personen konnten nicht in die Studie aufgenommen werden, weil im Untersuchungszeitraum kein passender Matchpartner gefunden werden konnte; Gründe waren meist seltene komorbide Störungen (wie z.B. Essstörungen). Die so ausgeschlossenen Personen unterschieden sich nicht signifikant von den Untersuchungsteilnehmern (vgl. Tab. 1), waren jedoch tendenziell etwas älter ($M \pm SD = 39,9 \pm 13,6$ Jahre; 80% weiblich). Weitere 35 Personen wurden nach dem Rückmeldegespräch von der Untersuchung ausgeschlossen (unter anderem weil Diagnose nicht klinisch bestätigt wurde; Wartezeit war nicht ethisch vertretbar). Von 29 Personen lagen Prä- oder Postmessung nicht vollständig vor oder fehlten, so dass insgesamt 75 Patienten in die Analysen aufgenommen wurden. Die Patienten, deren Postmessung nicht verfügbar war, unterschieden sich nicht systematisch in Alter, Geschlecht oder Diagnose von den vollständig dokumentierten Patienten. Demographische und klinische Charakteristika der verbleibenden Stichprobe sind getrennt für Versuchs- und Kontrollgruppe (VG, KG) in Tabelle 1 dargestellt (Abb. zur Stichprobenselektion bei den Autoren erhältlich).

Intervention

Die Intervention wurde als bibliotherapeutische therapievorbereitende Maßnahme konzipiert. Patienten der VG erhielten vor der Wartezeit je nach Hauptbehandlungsanliegen ein Selbsthilfebuch zu Angst oder zu Depression [Wittchen, 1997a, b]. Darüber hinaus erhielten sie ein Informationsblatt mit Vorschlägen für weitere Aktivitäten zur Überbrückung der Wartezeit [vgl. Helbig et al., 2004], z.B. Anregungen für den Aktivitätsaufbau oder Hinweise zu weiteren Informationsmöglichkeiten.

Outcome-Maße und weitere Verfahren

Primäre Outcome-Maße waren Einstellungen zur Behandlung und zur behandelnden Einrichtung. Einstellungen zur Therapie wurden mit den Skalen «Hoffnung auf Besserung» und «Leidensdruck» des Fragebogens zur Therapiemotivation [FPTM 40; Schulz et al., 1995] sowie durch zwei

zusätzliche Skalen «Angst vor Stigmatisierung» [PATERWA; vgl. Schulte, 2005] und «Verantwortungsübernahme» erfasst. Einstellungen zur Wartezeit und zur behandelnden Einrichtung wurden über die Zustimmung zu 10 Aussagen erfragt (Prozentrating von 0–100), wobei 4 der Aussagen die Zufriedenheit mit der Einrichtung thematisierten.

Die Compliance wurde indirekt erfasst durch das Ausmaß der Umsetzung der Empfehlungen (Buch gelesen, vorgeschlagene Aktivitäten durchgeführt). Der wahrgenommene Nutzen jedes Interventionselements wurde einzeln auf 4-stufigen Likert-Skalen («gar nicht hilfreich» bis «sehr hilfreich») erfasst. In beiden Gruppen wurde zusätzlich nach weiteren problembezogenen Aktivitäten und der Inanspruchnahme psychologischer oder ärztlicher Hilfeangebote gefragt. Die Symptombelastung vor und nach der Wartezeit wurde durch den GSI-Wert des Brief Symptom Inventory [Franke, 2000] bestimmt, der die grundsätzliche psychische Belastung angibt.

Um die für die Hypothesenprüfung erforderlichen Gruppenzuordnungen hinsichtlich der Variable «Vorwissen» zu ermöglichen, wurden bei der Prämessung zusätzlich die Skala «Wissen/Initiative» des FPTM 40 [Schulz et al., 1995] eingesetzt.

Statistische Auswertung

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS 12.0 berechnet. Die Summenscores der Einstellungsskalen wurden an der Itemanzahl standardisiert, so dass ein einheitlicher Skalenbereich von 1–4 entstand. Für Prä-Post-Gruppenvergleiche wurden aufgrund der Interkorrelationen einzelner Skalen mehrfaktorielle multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet.

Mittelwertvergleiche zwischen den Gruppen bzw. Prä-Post-Vergleiche innerhalb einer Gruppe wurden mit t-Tests für zwei bzw. gepaarte Stichproben bzw. mit Chi-Quadrat-Tests für das Ausmaß durchgeführter Aktivitäten berechnet. Für korrelative Analysen wurde die verteilungsfreie Korrelation nach Spearman berechnet. Um Unterschiede mit hinreichender Wahrscheinlichkeit entdecken zu können, erfolgte die Signifikanzprüfung mit einem 10%igen Vertrauensintervall ($\alpha = 0,10$).

Ergebnisse

Compliance und wahrgenommener Nutzen der therapievorbereitenden Maßnahme

Die Compliance mit der Minimalintervention war insgesamt sehr hoch. Fast alle Patienten der Versuchsgruppe (91,4%; $n = 32$) gaben zu Therapiebeginn an, das Ratgeberbuch zumindest in Teilen gelesen zu haben; 16 Personen hatten das gesamte Buch gelesen. Zwei Drittel der Versuchsgruppe (62,9%; $n = 22$) gaben darüber hinaus an, mindestens einen Vorschlag des Informationsblattes zur Wartezeit umgesetzt zu haben: 45,7% ($n = 16$) hatten gezielt positive Aktivitäten gesucht, 20% ($n = 7$) hatten angefangen, ein Symptomtagebuch zu führen und 14,3% ($n = 5$) hatten ein Verfahren zur systematischen Entspannung (Muskelrelaxation oder Autogenes Training) erlernt bzw. regelmäßig angewendet. Sowohl das Ratgeberbuch als auch das Informationsblatt wurden von 73,3% bzw. 64,5% als zumindest überwiegend hilfreich beurteilt.

Spontanes Hilfesuchverhalten in der Wartezeit

Die Gruppen unterschieden sich nicht im Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl der Haus- oder Facharztbesuche aufgrund des psychischen Problems (Hausarzt: $t(df = 71) = -0,28$; $p = 0,78$; Psychiater/Neurologe: $t(df = 73) = 0,59$; $p =$

Tab. 2. Einstellungen zur Wartezeit und zur behandelnden Einrichtung (mittlere Zustimmung, Prozentskala; N = 75)

	VG	KG	t	p
Die Wartezeit bis zum Therapiebeginn war zu lang.	43,5	42,3	0,16	n.s.
Ich habe mich während der Wartezeit allein gelassen gefühlt.	30,6	29,3	0,18	n.s.
Ich habe mich gut auf die Wartezeit vorbereitet gefühlt.	59,4	35,9	3,25	0,00
Ich wusste oft nicht, wie ich die Wartezeit überstehen soll.	26,3	19,8	0,89	n.s.
Ich empfand die Wartezeit als hilfreich zur Vorbereitung auf die Therapie.	35,3	20,0	2,21	0,03
Meine Probleme/Beschwerden haben sich während der Wartezeit verschlechtert.	30,0	25,4	0,59	n.s.
Während der Wartezeit sind mir Zweifel gekommen, ob eine Therapie in dieser Einrichtung das Richtige für mich ist.	15,7	15,0	0,03	n.s.
Ich habe das Gefühl, dass ich in dieser Einrichtung kompetent betreut werde.	85,6	82,1	0,75	n.s.
Ich bin bislang sehr zufrieden mit der Betreuung in dieser Einrichtung.	85,6	84,1	0,33	n.s.
Ich würde diese Einrichtung weiterempfehlen.	85,4	86,7	-0,26	n.s.

0,56] und ebenfalls nicht in der Häufigkeit der Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen, wobei jeweils nur eine Person dort Hilfe in Anspruch nahm. Allerdings hatten sich Personen der KG signifikant häufiger über andere Therapiemöglichkeiten informiert ($n = 6$) als Personen der VG, in der niemand weitere Therapieangebote anfragte ($X^2(df = 1) = 5,86; p = 0,02$).

Es zeigte sich darüber hinaus, dass das spontane Selbsthilfeverhalten bei Personen der KG überraschend hoch war. Die Hälfte der Kontrollpersonen ($n = 20$) gab an, sich in irgendeiner Form (Internet, Broschüren, Filme usw.) über ihr Problem informiert zu haben; 9 hatten ein Ratgeberbuch gelesen, 9 (22,5%) setzten regelmäßig ein Entspannungsverfahren ein, und ebenfalls 9 Personen gaben an, in der Wartezeit bewusst mehr auf sich geachtet zu haben.

Effekte der Minimalintervention auf Einstellungen zu Wartezeit und Therapie

Einstellungen zu Wartezeit und behandelnder Einrichtung: Die Wartezeit betrug im Durchschnitt über beide Gruppen 78 Tage und unterschied sich nicht signifikant zwischen den Gruppen. Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, wurde sie als wenig bis mittelmäßig beeinträchtigend erlebt, während die Zufriedenheit mit der Einrichtung hoch war. Gruppenunterschiede ergaben sich nur bei Items, welche die Vorbereitung auf Wartezeit und Therapie thematisierten: Teilnehmer der VG fühlten sich signifikant besser vorbereitet als Personen ohne Intervention in der Wartezeit.

Die tatsächliche Länge der Wartezeit wirkte sich nicht auf die Einschätzungen der Untersuchungsteilnehmer aus. Einzig die Zustimmung zum Item «Die Wartezeit war zu lang» war in der VG signifikant mit der Wartedauer assoziiert ($r = 0,55; p = 0,01$). In der KG hatte die Dauer der Wartezeit keine Effekte.

Einstellungen zur Therapie: Wir berechneten eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung, um den Effekt der therapievorbereitenden Maßnahme auf den Skalen «Hoffnung auf Besserung», «Leidensdruck», «Angst vor Stigmatisierung» und «Verantwortungsübernahme» zu ermitteln. Die Werte für alle Einstellungsskalen und die statistischen Tests können Tabelle 3 entnommen werden. Es gab fast keine Veränderungen der Einstellungen über die Zeit oder zwischen

den Gruppen. Einzig für die Skala «Angst vor Stigmatisierung» ließ sich ein positiver Effekt der Intervention nachweisen ($d = 0,32$). Die Skala «Hoffnung auf Besserung» zeigte in beiden Gruppen einen positiven Anstieg über die Zeit, aber keinen Interaktionseffekt mit der Gruppe.

In beiden Untersuchungsgruppen zeigte sich darüber hinaus im Verlauf der Wartezeit (unabhängig von ihrer Dauer) eine signifikante Abnahme der Symptombelastung (GSI).

Effekte für einzelne Patientengruppen

Zur Prüfung der differenziellen Wirksamkeit der Minimalintervention, wurde die Stichprobe hinsichtlich der Variablen Hauptbehandlungsdiagnose (Angststörung vs. Depressive Störung) und Vorwissen (Mediansplit Skala «Wissen/Initiative»; Skalenmedian 2,9) unterteilt.

Der Vergleich zwischen Versuchs- und Kontrollpersonen getrennt nach Hauptdiagnose erbrachte einen zusätzlichen Gruppenunterschied für das Item «Ich wusste nicht, wie ich die Wartezeit überstehen soll». Versuchspersonen mit Angststörungen stimmten nach der Wartezeit dem Item tendenziell weniger zu als Kontrollpersonen (7,7 vs. 18,6% Zustimmung), während unter den Personen mit depressiven Störungen Teilnehmer der VG stärker zustimmten (43,9 vs. 21,1%). Patienten mit Depression gaben auch insgesamt stärker an, Probleme während der Wartezeit erlebt zu haben ($p < 0,01$). In beiden Untersuchungsgruppen stimmten Personen mit depressiven Störungen dem Item «Ich habe mich während der Wartezeit allein gelassen gefühlt» stärker zu ($F = 5,56; p < 0,01$). Für die Zufriedenheit mit der Einrichtung wurden keine Gruppenunterschiede gefunden.

Das Ausmaß des Vorwissens hatte keinen Einfluss auf die Einschätzung der Wartezeit oder der behandelnden Einrichtung.

In den Einstellungsskalen konnten die Ergebnisse des Gesamtvergleichs im Einzelgruppenvergleich weitgehend bestätigt werden (vgl. Tab. 3). Es zeigte sich darüber hinaus, dass der Anstieg der Hoffnung auf Besserung in der VG bei Depressionen stärker ausgeprägt war als bei Angststörungen ($p = 0,08$ im Post-Test nach Bonferroni). Auch hohes Vorwissen war gegenüber geringem Vorwissen mit signifikant mehr Hoffnung auf Besserung verbunden.

Tab. 3. Mittelwertunterschiede und Prä-Post-Vergleiche der Einstellungsskalen

Referenz Skala	Teilstichprobe ^a	Prämessung		Postmessung		Gruppenunterschiede (MANOVA)
		VG	KG	VG	KG	
<i>Gesamt</i>						
Hoffnung		3,24	3,26	3,40	3,34	Zeit: F = 4,78; p = 0,03 Zeit × Gruppe: F = 0,07; n.s.
Leiden		2,95	3,05	2,94	2,91	Zeit: F = 2,04; n.s. Zeit × Gruppe: F = 0,48; n.s.
Stigmatisierung		2,08	1,95	1,81	2,16	Zeit: F = 0,04; n.s. Zeit × Gruppe: F = 6,77; p = 0,01
Verantwortung		2,89	2,91	3,00	3,11	Zeit: F = 3,42; p = 0,07 Zeit × Gruppe: F = 0,62; n.s.
<i>Diagnose</i>						
Hoffnung	Angststörung	3,49 ^b	3,31	3,61	3,47	Zeit: F = 3,95; p = 0,05
	Depression	3,01	3,21	3,20	3,20	Zeit × Gruppe: F = 0,84; n.s.
Leiden	Angststörung	2,52 ^b	2,89 ^b	2,56	2,77	Zeit: F = 1,88; n.s.
	Depression	3,33	3,23	3,29	3,05	Zeit × Gruppe: F = 0,17; n.s.
Stigmatisierung	Angststörung	2,03	2,02	1,69	2,21	Zeit: F = 0,05; n.s.
	Depression	2,14	1,87	1,91	2,09	Zeit × Gruppe: F = 2,33; p = 0,08
Verantwortung	Angststörung	3,00	2,89	3,22	3,28	Zeit: F = 3,49; p = 0,07
	Depression	2,81	2,92	2,81	2,91	Zeit × Gruppe: F = 1,58; n.s.
<i>Vorwissen</i>						
Hoffnung	Niedriges Vorwissen	3,09 ^b	3,11	3,39	3,23	Zeit: F = 4,79; p = 0,03
	Hohes Vorwissen	3,37	3,44	3,37	3,47	Zeit × Gruppe: F = 0,87; n.s.
Leiden	Niedriges Vorwissen	2,73	2,94	2,87	2,78	Zeit: F = 1,92; n.s.
	Hohes Vorwissen	3,14	3,17	1,96	3,04	Zeit × Gruppe: F = 0,47; n.s.
Stigmatisierung	Niedriges Vorwissen	2,21	2,11	1,91	2,15	Zeit: F = 0,02; n.s.
	Hohes Vorwissen	1,96	1,77	1,77	2,22	Zeit × Gruppe: F = 3,69; p = 0,02
Verantwortung	Niedriges Vorwissen	2,73	2,74	2,98	3,01	Zeit: F = 3,22; p = 0,08
	Hohes Vorwissen	3,03	3,10	2,98	3,27	Zeit × Gruppe: F = 1,17; n.s.
<i>Extremgruppenvergleich</i>						
Hoffnung	Angststörung	3,38	3,33	3,61	3,62	Zeit: F = 5,05; p = 0,03
	Depression	3,17	2,98	3,39	3,02	Zeit × Gruppe: F = 0,37; n.s.
Leiden	Angststörung	2,74	2,77	2,73	2,61	Zeit: F = 0,02; p = n.s.
	Depression	3,23	3,07	3,26	3,33	Zeit × Gruppe: F = 1,09; n.s.
Stigmatisierung	Angststörung	2,16	2,51	1,74	2,74	Zeit: F = 0,32; n.s.
	Depression	1,84	1,77	1,51	2,03	Zeit × Gruppe: F = 0,96; n.s.
Verantwortung	Angststörung	3,03 ^b	2,96	3,30	3,46	Zeit: F = 10,2; p = 0,00
	Depression	2,08	2,79	3,10	2,67	Zeit × Gruppe: F = 3,51; p = 0,03

^an der Teilstichproben:

Hauptdiagnose Angst: nVG = 17, nKG = 21; Depression: nVG = 18, nKG = 19.

Vorwissen gering: nVG = 16, nKG = 21; Vorwissen hoch: nVG = 18, nKG = 18.

Extremgruppenvergleich Angst: nVG = 10, nKG = 7; Depression: nVG = 11, nKG = 7.

^bSignifikanter Gruppenunterschied Prä; $\alpha < 0,05$.

Extremgruppenvergleich treatmentreiner Gruppen

Da aufgrund des hohen Anteils spontaner Aktivität in der KG die interne Validität der Ergebnisse als deutlich eingeschränkt gelten muss, entschlossen wir uns zu einem Extremgruppenvergleich mit treatmentreinen Gruppen. In der VG wurden Personen ausgewählt, die sowohl den Ratgeber gelesen als auch mindestens eine Empfehlung des Informationsblattes umgesetzt hatten (n = 21; davon 10 mit primärer Angststörung). Aus der KG hingegen wurden Personen ausgeschlos-

sen, die sich selbst über ihr Problem informiert hatten, ein Entspannungsverfahren gelernt bzw. regelmäßig eingesetzt oder bewusst mehr auf sich geachtet hatten (n = 14 treatmentrein; davon 7 mit primärer Angststörung).

Der Vergleich der Einstellungen zu Wartezeit und behandelter Einrichtung (ANOVA) erbrachte vier statistisch signifikante Unterschiede zwischen VG und KG: Patienten der VG (a) fühlten sich besser auf die Wartezeit vorbereitet ($t(df = 32) = 3,15; p < 0,01$); (b) erachteten die Wartezeit stärker als hilf-

reich für die Vorbereitung der Therapie ($t(df = 33) = 3,34$; $p < 0,01$); (c) fühlten sich stärker kompetent betreut ($t(df = 15) = 1,90$; $p = 0,07$) und (d) waren zufriedener mit der Betreuung in der Einrichtung ($t(df = 18) = 2,75$; $p = 0,01$).

Die Gesamtgruppen-Ergebnisse für die Einstellungsskalen konnten im Extremgruppenvergleich weitgehend bestätigt werden. Die differenzierten Analysen für einzelne Diagnosegruppen erbrachten keine wesentlichen Veränderungen der Ergebnisse (vgl. Tab. 3). Allerdings zeigten nur Personen mit geringem Vorwissen eine Abnahme der Angst vor Stigmatisierung und schätzten mit Intervention die Vorbereitung auf die Wartezeit positiver ein als Kontrollpersonen (Post-hoc-Test, $p = 0,10$ bzw. $p = 0,03$).

Diskussion

Obwohl die vorrangig bibliothераapeutische Minimalintervention zu einer besseren Einschätzung der Therapievorbereitung und der Wartezeit führte, konnten keine globalen positiven Effekte auf Einstellungen zur Behandlung und Zufriedenheit mit der behandelnden Einrichtung nachgewiesen werden. Damit können die theoretisch abgeleiteten Untersuchungshypothesen nur eingeschränkt gestützt werden.

Die deskriptiven Analysen zeigten zunächst, dass Wartezeit allgemein als gering bis mittelmäßig belastend erlebt wurde. Die Zufriedenheit mit der Einrichtung war zu Therapiebeginn hoch. Dieser Deckeneffekt könnte mit verantwortlich sein für die geringen Gruppenunterschiede. Erfreulicherweise wurde die Minimalintervention trotzdem als überwiegend hilfreich bewertet. Die Compliance mit den vorgeschlagenen Maßnahmen war höher als in früheren Studien [Stone und Klein, 1999; Whitfield et al., 2001], was zum einen durch die hohe Verbindlichkeit der Instruktion erklärt werden kann. Zum anderen ist die überraschend hohe Rate an eigeninitiierten Aktivitäten in der KG zu berücksichtigen. Die Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der Wartezeit implizieren darüber hinaus, dass eine Minimalintervention mit einer geringeren Nachfrage nach alternativen Angeboten verbunden sein könnte: Kein Teilnehmer der VG suchte alternative Therapieangebote, während sich 15% der Personen in der KG über weitere Behandlungsmöglichkeiten erkundigten. Ob eine Minimalintervention tatsächlich zu einer stärkeren Bindung an die Einrichtung führt, bedarf dringend weiterer Exploration – auch im Hinblick auf gesundheitspolitische Implikationen.

Gruppenunterschiede konnten in einzelnen Bewertungsdimensionen nachgewiesen werden. Teilnehmer der VG fühlten sich insgesamt besser vorbereitet – was als Aspekt der Kundenzufriedenheit gewertet werden kann. Außerdem erreichte die Intervention eine Reduktion der Angst vor Stigmatisierung, was im Rahmen einer sozialpsychologischen Betrachtung potentielle Kosten einer Therapie senkt.

Die Einzelgruppenvergleiche legen eine differenzielle Wirksamkeit der Minimalintervention nahe. Während bei Patienten

mit Angststörungen positive Effekte festgestellt werden konnten, zeigten sich beim Vorliegen depressiver Störungen entgegen der formulierten Hypothese negativere Einschätzungen der Wartezeit in der VG. Dies war überraschend, da bibliothераapeutische Interventionen bei depressiven Störungen als effektiv beurteilt werden [z.B. Grahlmann und Linden, 2005]. Möglicherweise führte in unserer Studie jedoch der Einsatz dieser Materialien zu einer Sensibilisierung der Patienten. Vor einem pauschalen Einsatz unspezifischer Interventionen in der Wartezeit ist daher eher zu warnen. Ferner gab es Hinweise darauf, dass Personen mit geringem Vorwissen über Psychotherapie mehr profitieren als Personen, die bereits gut informiert sind – dies sollte jedoch mit anderen Operationalisierungen der Wissensvariable noch weiter untersucht werden.

Alle Effekte konnten bei einer Analyse treatmentreiner Gruppen deutlich bestätigt werden. Daraus lässt sich folgern, dass insbesondere Personen, die nicht von sich aus Selbsthilfeverhalten zeigen, von einer entsprechenden Anleitung in der Wartezeit profitieren könnten.

Bei der Interpretation der Befunde ist deutlich auf die methodischen Schwächen der Untersuchung hinzuweisen. Aufgrund des feldexperimentellen Designs der Studie kann von einer hohen externen Validität der Ergebnisse ausgegangen werden; jedoch sind damit Einschränkungen der internen Validität verbunden – hier sei noch einmal auf die Treatmentintegrität hingewiesen. Auch die geringe Teststärke der Untersuchung muss berücksichtigt werden – zum Nachweis kleiner oder mittlerer Effekte war der Stichprobenumfang zu gering. Eine Replikation der Befunde erscheint auch aus diesem Grund wünschenswert.

Die Studie verdeutlicht, dass bereits minimale Interventionen für Wartelistenpatienten positive Effekte auf die Zufriedenheit haben können – jedoch nicht pauschal für alle Patienten. Insbesondere bei der Diagnose depressiver Störungen ist wegen möglicher Sensibilisierungseffekte Vorsicht geboten. Die differenziellen Wirkungen der Intervention legen darüber hinaus nahe, dass spezifischere Vorbereitungsangebote für einzelne Patientengruppen (z.B. Angstpatienten oder Patienten ohne Therapieerfahrung) noch deutlichere Effekte erbringen könnten – dies setzt in der Praxis eine diagnostische Erfassung des Patienten vor Beginn der Wartezeit voraus [vgl. Helbig et al., 2004]. Dabei sollte der Fokus nicht auf Symptomverbesserungen oder Therapieprozessvariablen, sondern auf Fragen der Zufriedenheit, der Erfolgserwartung und der Bindung an die Einrichtung liegen.

Dank

Wir danken allen TherapeutInnen der Ausbildungs-, Forschungs- und Lehrambulanz des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie (TU Dresden) für ihre Unterstützung und insbesondere Thekla Bensmann, Beate Küpper, Thomas Lang, Christian Soltau und Bettina Weigel, die als Rückmeldetherapeuten fungierten. Dank gilt weiterhin Andrea Heistermann, die als Diplomandin die Durchführung der Studie begleitete.

Literatur

- Deane FP, Spicer J, Leathem J: Effects of videotaped preparation information on expectations, anxiety and psychotherapy outcome. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:980–984.
- Franke GH: Brief Symptom Inventory (BSI). Göttingen, Beltz Test, 2000.
- Franz M, Dilo K, Schepank H, Reister G: Warum «Nein» zu Psychotherapie? Kognitive Stereotypen psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungsstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebots. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:278–285.
- Grahlmann K, Linden M: Bibliotherapie. *Verhaltenstherapie* 2005;15:88–93.
- Helbig S, Hähnel A, Weigel B, Hoyer J: Wartezeit für Psychotherapiepatienten – und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie* 2004;14:294–302.
- Hettema J, Steele J, Miller WR: A meta-analysis of research on Motivational Interviewing treatment effectiveness. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91–111.
- Hoyer J, Helbig S, Wittchen HU: Experiences with psychotherapy for depression in routine care: A naturalistic patient survey in Germany. *Clin Psychol Psychother* 2006a;13:414–421.
- Hoyer J, Scholz D, Ruhl U, Wittchen HU: Patients' feedback after computerized clinical diagnostic interviews for mental disorders. *Psychother Res* 2006b;16: 357–363.
- Kelly GR, Mamon JA, Scott JE: Utility of the health belief model in examining medication among psychiatric outpatient. *Soc Sci Med* 1987;25:1205–1211.
- Koban C, Willutzki U: Stimmung und Therapieerfolg in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie* 2007;17: DOI: 10.1159/000101829.
- Lambert RG, Lambert MJ: Effects of role preparation for psychotherapy on immigrant clients seeing mental health services in Hawaii. *J Community Psychol* 1984; 12:263–275.
- Miller WR, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, Guilford, 2002.
- Schulte D: Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATEV). *Z Klin Psych Psychother* 2005;34:176–188.
- Schulz H, Nübling R, Rüddel H: Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie* 1995;5:89–95.
- Shuman AL, Shapiro JP: The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Ment Health J* 2002;38:3–16.
- Stone WN, Klein EB: The waiting-list group. *Int J Group Psychother* 1999;49:417–428.
- Walitzer KS, Dermen KH, Connors GJ: Strategies for preparing clients for treatment. *Behav Modif* 1999;23: 129–151.
- Westbrook D: Patient and therapist views of different waiting list procedures. *Behav Cogn Psychother* 1995; 23:169–175.
- Whitfield GE, Williams C, Shapiro DA: Assessing the take up and acceptability of a self-help room used by patients awaiting their initial outpatient appointment. *Behav Cogn Psychother* 2001;29:333–343.
- Wittchen HU: Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen, verstehen, behandeln. München, Mosaik, 1997a.
- Wittchen HU: Wenn Traurigkeit krank macht. Depressionen erkennen, behandeln, überwinden. München, Mosaik, 1997b.
- Wittchen HU, Pfister H (Hrsg). *DIA-X-Interview: Manual für Screening-Verfahren und Interview*. Frankfurt, Swets und Zeitlinger, 1997 [einschl. PC-Programm].