

---

**Inauguraldissertation**  
**zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)**  
**im Fach Psychologie**  
**an der Fakultät für Verhaltens- und Empirische**  
**Kulturwissenschaften**  
**der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation

*Prozess-Outcome-Forschung im Kontext einer Ausbildungsambulanz:  
Die therapeutische Allianz und kognitiv-verhaltenstherapeutische  
Techniken im naturalistischen Therapieprozess*

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Uta Maria Löffler

Jahr der Einreichung

2015

Dekan: Prof. Dr. Klaus Fiedler

Berater: Prof. Dr. Sven Barnow

---

---

Meiner Familie in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Theoretischer und empirischer Hintergrund</b> .....	<b>8</b>
2.1 Ein Rahmenmodell des Psychotherapieprozesses: Das „Generic Model of Psychotherapy“ .....	8
2.2 Empirische Befunde zur Input-Variable des Therapeuten: Therapeutische Erfahrung .....	10
2.3 Empirische Befunde zur Input-Variable des Patienten: Komorbide Persönlichkeitsstörungen..	12
2.4 Empirische Befunde zu Prozessvariablen: Störungsspezifische KVT- Techniken .....	13
2.5 Empirische Befunde zu Prozessvariablen: Therapeutische Allianz .....	15
2.6 Empirische Befunde zu Prozessvariablen: Zusammenwirken von Allianz und Techniken .....	17
2.7 Zielsetzungen und Hypothesen.....	18
<b>3. Studie 1: Der Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf die Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien</b> .....	<b>21</b>
3.1 Methode Studie 1 .....	22
3.2 Ergebnisse Studie 1.....	27
3.3 Diskussion Studie 1 .....	30
<b>4. Studie 2: Subjektive Therapeuteneinschätzungen angewandter KVT-Techniken im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen</b> .....	<b>34</b>
4.1 Methode Studie 2 .....	34
4.2 Ergebnisse Studie 2.....	37
4.3 Diskussion Studie 2 .....	43
<b>5. Studie 3: Zusammenhänge zwischen der Allianz aus Patienten- und KVT-Techniken aus Therapeutesicht</b> .....	<b>47</b>
5.1 Methode Studie 3 .....	47
5.2 Ergebnisse Studie 3.....	52
5.3 Diskussion Studie 3 .....	56
<b>6. Abschließende Diskussion</b> .....	<b>58</b>
<b>7. Zusammenfassung</b> .....	<b>65</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>67</b>
<b>9. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>80</b>

---

<b>10. Anhang</b> .....	<b>81</b>
A.1 Liste der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Dissertation.....	81
A.2 Verwendete Fragebögen: Beck Depressions-Inventar BDI-II.....	82
A.3 Verwendete Fragebögen: Brief Symptom Inventory BSI.....	84
A.4 Verwendete Fragebögen: Working Alliance Inventory WAI-SR.....	86
A.5 Verwendete Fragebögen: Erfasste Techniken aus der Basisdokumentation BaDo3.....	87
<b>11. Erklärung</b> .....	<b>88</b>

---

## Danksagung

Zu Beginn dieser Arbeit möchte ich mich zunächst ganz herzlich bei all jenen Menschen bedanken, die zum Gelingen dieses Vorhabens beigetragen haben.

Dabei gilt mein Dank an erster Stelle meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Sven Barnow und Herrn Dr. Hinrich Bents für die Ermöglichung dieser Arbeit und die sachkundige Beratung sowie Herrn Prof. Dr. Peter Fiedler für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ganz besonders herzlich möchte ich mich auch bei Herrn Dr. Malte Stopsack bedanken. Durch seine kompetente und bereitwillige Unterstützung in methodisch-statistischen Fragen sowie durch manch motivierendes Wort hat er viel zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ebenso möchte ich Herrn Dr. Johannes Mander meinen Dank für seine zuverlässige fachliche Betreuung aussprechen, vor allem für seine Bereitschaft zur Korrektur dieser Arbeit sowie für seine Kompetenz in der Beantwortung mancher strategischer Fragen.

Zudem möchte ich auch besonders Frau Dipl.-Psych. Behiye Sakalli danken, mit der ich dieses Projekt begonnen habe und die mir im Verlauf dieser Arbeit zu einer wertvollen Freundin geworden ist. Ganz herzlichen Dank für all deine Unterstützung.

Selbstverständlich danke ich auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Zentrums für Psychologische Psychotherapie der Universität Heidelberg für die Möglichkeit der Durchführung dieser Arbeit und die zur Verfügung gestellten Ressourcen. Darüber hinaus möchte ich auch allen Patienten, die an den Studien teilgenommen haben, meinen Dank aussprechen.

Meine Dankbarkeit gilt auch ganz besonders der Landesgratuiertenstiftung der Universität Heidelberg für die finanzielle Unterstützung dieser Arbeit, ohne die mir dieses Projekt nicht möglich gewesen wäre.

Zuletzt möchte ich mich auch bei den Menschen bedanken, die mein Leben über das Berufliche hinaus begleiten und bereichern. Bei meinem Mann Christian, der mich auf vielfältige Weise immer liebevoll unterstützt hat und der mir in schwierigen Momenten immer wieder Kraft und Vertrauen geschenkt hat, weiter zu arbeiten. Bei meinen Eltern, die mich auf meinem Lebensweg mit so viel Großzügigkeit und Selbstverständlichkeit unterstützt und gefördert haben. Und bei unserem kleinen Sonnenschein, unserer Tochter Clara, für viele schöne Momente der Abwechslung beim Schreiben dieser Arbeit.

---

## 1. Einleitung

Psychotherapie ist wirksam. Nach Eysencks (1952) provokanter Kritik an der Notwendigkeit von Psychotherapie, konnte die Psychotherapieforschung in ihrer „Legitimationsphase“ die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen in einer Vielzahl von Effektivitätsstudien und Metaanalysen eindeutig nachweisen (für einen Überblick siehe Lambert, 2011; Lambert, 2013). Seitdem galt das wissenschaftliche Interesse vermehrt der Frage nach den grundlegenden Prinzipien und Wirkmechanismen psychotherapeutischer Behandlungen. Dabei ist es der Prozess-Outcome-Forschung in den letzten Jahrzehnten gelungen, ein immer komplexeres Bild psychotherapeutischer Veränderungsprozesse zu entwickeln (vgl. Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Mukherjee, 2013; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Dennoch ist bislang noch weitgehend unklar, auf welche Art und Weise Psychotherapie tatsächlich wirkt (z.B. Pfammatter, Junghan, & Tschacher, 2012).

In der Literatur werden zahlreiche Wirkfaktoren diskutiert, die potentiellen Einfluss auf den Verlauf und Erfolg von Psychotherapien nehmen und verschiedenen Ebenen des Therapieprozesses zugeordnet werden können (z.B. Orlinsky, 2009; Orlinsky et al., 2004; Pfammatter & Tschacher, 2012). So werden beispielsweise für die Person des Therapeuten und Patienten vielfältige Merkmale als zentrale Einflussfaktoren im therapeutischen Geschehen beschrieben (für einen Überblick siehe Beutler et al., 2004; Bohart & Greaves Wade, 2013). Ein bislang kontrovers diskutiertes Therapeutenmerkmal stellt die therapeutische Erfahrung des Behandlers dar (z.B. Crits-Christoph, Baranackie, Kurcias, & Beck, 1991; Leon, Martinovich, Lutz, & Lyons, 2005). Die wenigen, derzeit dazu vorliegenden Befunde weisen teilweise, aber keineswegs durchgehend, auf einen positiven Zusammenhang zwischen der therapeutischen Erfahrung und dem Therapieerfolg hin (z.B. Leon et al., 2005; Wampold & Brown, 2005). Darüber hinaus scheinen auch Patientenmerkmale, wie beispielsweise das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung, das Therapieergebnis unterschiedlich erfahrener Therapeuten möglicherweise zu beeinflussen (z.B. Crits-Christoph et al., 1991; Stein & Lambert, 1995). Im deutschen Sprachraum blieb der Forschungsgegenstand der therapeutischen Erfahrung, speziell auch im Kontext der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung, bislang erstaunlicherweise nahezu unberücksichtigt (vgl. Laireiter & Botermans, 2005). Daher bestand das zentrale Anliegen der ersten Studie dieser Dissertation in der Untersuchung des Einflusses der therapeutischen Erfahrung auf die Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien. Als zweite, zusätzliche Fragestellung dieser Studie sollte unter anderem überprüft werden, inwiefern der Zusammenhang zwischen Therapieerfahrung und Therapieoutcome durch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung moderiert wird.

Neben Patienten- und Therapeutenmerkmalen werden in der Prozess-Outcome-Forschung die therapeutische Allianz und die Anwendung spezifischer therapeutischer Techniken als

---

grundlegende und vermutlich bekannteste Wirkfaktoren vielfach adressiert (Crits-Christoph et al., 2013; Lambert & Barley, 2001; Orlinsky et al., 2004). Für die Anwendung störungsspezifischer, kognitiv-verhaltenstherapeutischer (KVT-) Techniken existieren allerdings kaum Studien, die Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg im Kontext der psychotherapeutischen Routineversorgung differentiell betrachten und Analysen auf der Ebene einzelner Interventionen durchführen. Daher bestand das Ziel der zweiten Studie dieser Dissertation darin, Zusammenhänge zwischen der Anwendungsintensität zentraler KVT-Techniken und dem Behandlungserfolg am Beispiel depressiver Störungen im naturalistischen Setting zu untersuchen.

Zudem liegen nur wenige Befunde, mit teilweise widersprüchlichen Ergebnissen vor, die zusätzlich zur Anwendung spezifischer Techniken auch den potentiellen Einfluss der therapeutischen Allianz berücksichtigen (z.B. Tschacher, Junghan, & Pfammatter, 2014). Führende Psychotherapieforscher fordern daher, das Zusammenwirken beider Prozessvariablen stärker als bislang zu adressieren (z.B. Beutler et al., 2004; Pfammatter & Tschacher, 2012). Insofern sollten in der dritten Studie der Dissertation Zusammenhänge zwischen der Anwendungsintensität spezifischer KVT-Techniken, der therapeutischen Allianz sowie dem Therapieoutcome in der ambulanten Behandlung depressiver Patienten analysiert werden.

Vor diesem Hintergrund fokussiert die vorliegende Dissertation als Zusammenschrift der erwähnten Studien insbesondere die beiden zentralen Wirkfaktoren der störungsspezifischen Techniken und therapeutischen Allianz sowie deren Interaktionen im naturalistischen Therapieprozess und berücksichtigt zudem auch Merkmale des Therapeuten und Patienten. Damit möchte diese Arbeit einen Beitrag zum weiteren Verständnis psychotherapeutischer Prozesse leisten sowie durch den naturalistischen Untersuchungskontext praxisnahe Aussagen über die psychotherapeutische Routineversorgung ermöglichen.

Im folgenden Kapitel 2 soll ein Überblick über den theoretischen und empirischen Hintergrund der adressierten Prozesskomponenten dargestellt werden. Am Ende des Kapitels (2.7) werden die Zielsetzungen und Fragestellungen dieser Forschungsarbeit abgeleitet. In den darauffolgenden Kapiteln 3 bis 5 erfolgt für jede der drei Studien eine Beschreibung der angewandten Methoden sowie eine Darstellung und Diskussion der ermittelten Ergebnisse unter Berücksichtigung der jeweiligen methodischen Limitationen. Anschließend werden die zentralen Befunde in Kapitel 6 zusammenfassend diskutiert und zukünftige Forschungsansätze abgeleitet.

---

## 2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

Im vorliegenden Kapitel soll zunächst ein grundlegendes Rahmenmodell zur Beschreibung und theoretischen Fundierung der adressierten Prozessvariablen dargestellt werden. Anschließend soll ein Überblick über zentrale empirische Befunde zu den in dieser Dissertation untersuchten Prozess- sowie Therapeuten- und Patientenvariablen gegeben werden. Am Ende des Kapitels werden die Fragestellungen dieser Arbeit beschrieben.

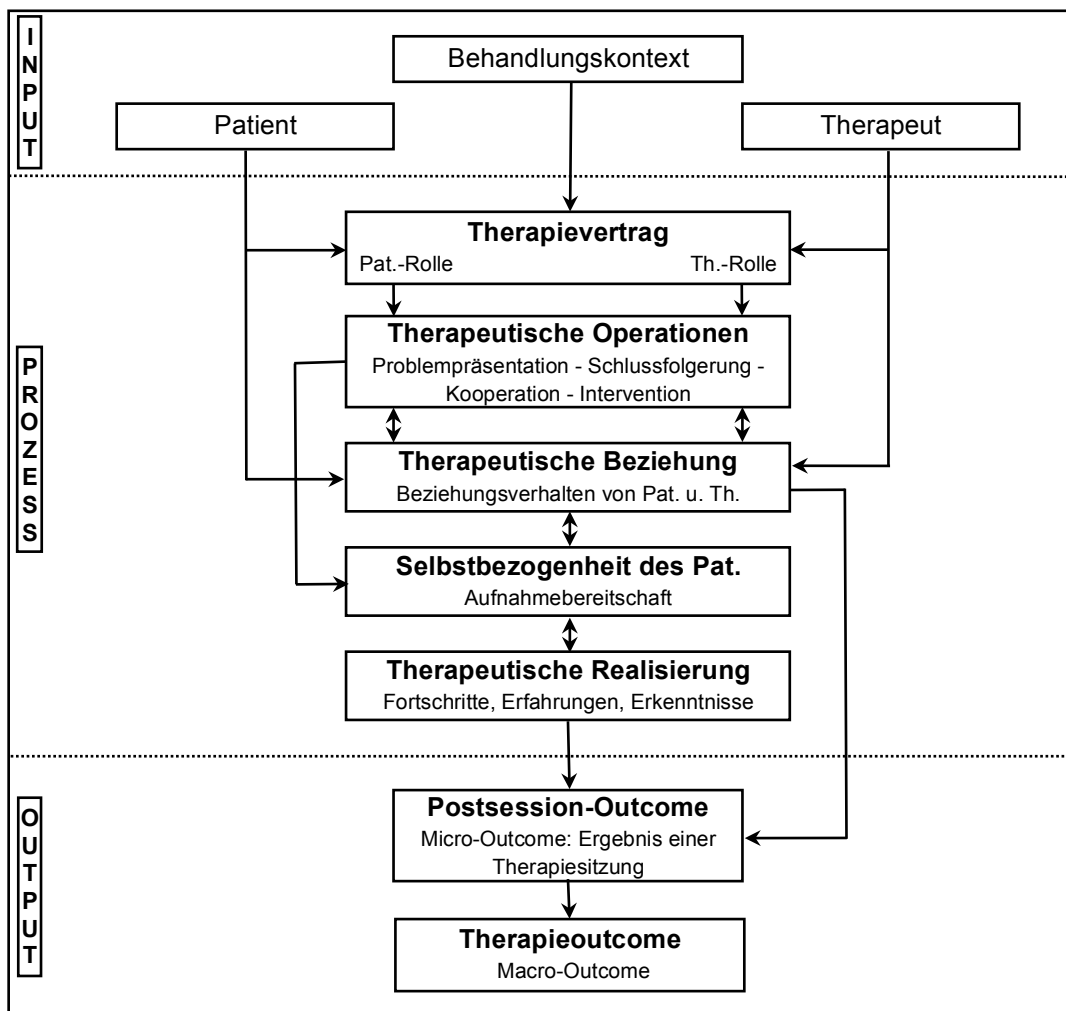
### 2.1 Ein Rahmenmodell des Psychotherapieprozesses: Das „Generic Model of Psychotherapy“

Das „Generic Model of Psychotherapy“ (GMP) von Orlinsky und Howard (1987) stellt ein umfassendes Rahmenmodell zur Beschreibung des Psychotherapieprozesses dar, welches zahlreiche Variablen, Wirkfaktoren und deren wechselseitigen Beziehungen berücksichtigt (für eine vereinfachte Darstellung siehe Abbildung 1). Das Modell basiert auf einer umfangreichen Zusammenstellung zahlreicher empirischer Befunde der Prozess-Outcome-Forschung und wurde seit seiner ersten Veröffentlichung mehrfach empirisch überprüft (Ambühl, 1993; Kolden, 1991; 1996; Kolden & Howard, 1992) sowie in mehreren Revisionen dem neusten Forschungsstand angepasst und weiterentwickelt (Orlinsky, 2009; Orlinsky et al., 2004). Innerhalb des Modells werden zunächst drei grundlegende Kategorien im therapeutischen Geschehen differenziert (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 2004):

- 1) *Input-Variablen*, welche die funktionalen, vorausgehenden Bedingungen des Therapieprozesses betreffen (wie beispielsweise persönliche und berufliche Eigenschaften sowie Werte und Einstellungen des Patienten und Therapeuten).
- 2) *Output-Variablen* als Konsequenzen des therapeutischen Prozesses, beispielsweise in Bezug auf kurz- und langfristige Folgen für die Person und die Lebensumstände des Patienten (und auch Therapeuten).
- 3) *Prozess-Variablen*, die sich auf alle Vorgänge beziehen, welche sich zwischen und innerhalb der Person des Patienten und Therapeuten während einer Therapiesitzung oder in deren unmittelbarer Folge ereignen. Innerhalb dieser Kategorie werden laut GMP fünf weitere Prozesskomponenten differenziert:
  - a) Der *therapeutische Vertrag*, welcher organisatorische und formale Aspekte sowie Regeln und Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit umfasst.
  - b) Die *Selbstbezogenheit bzw. Aufnahmebereitschaft* des Patienten und Therapeuten als intrapersonaler Aspekt des Therapieprozesses. Dieser bezieht sich auf die Art und Weise, in der beide Personen die im psychotherapeutischen Geschehen ausgelösten kognitiven und emotionalen Prozesse erleben und verarbeiten.



- c) *Therapeutische Realisierungen* als unmittelbare Fortschritte in Richtung definierter Veränderungsziele. Diese werden meist innerhalb einer Sitzung generiert, beispielsweise in Form von hilfreichen Erfahrungen oder Erkenntnissen.
- d) *Therapeutischen Operationen* als technischer Aspekt des Therapieprozesses, wozu unter anderem therapeutische Interventionen und Techniken zählen, die auf der Fachkunde des Therapeuten sowie den Empfehlungen des jeweiligen Behandlungsmodells basieren und zur Problembewältigung gezielt eingesetzt werden.
- e) Die *therapeutische Beziehung* als interpersonale Prozesskomponente, welche sich zwischen Patient und Therapeut innerhalb des jeweiligen Rollenverständnisses entwickelt und ein reziprokes Engagement, wechselseitige Bestätigungen und empathisches Verstehen voraussetzt.



**Abbildung 1:** Vereinfachte Darstellung des „Generic Model of Psychotherapy“ (adaptiert nach Orlinsky & Howard, 1987).

---

Das GMP von Orlinsky und Howard (1987) postuliert vielfältige Zusammenhänge zwischen den beschriebenen Input-, Prozess- und Output- Variablen. Dabei zeigen sich Interaktionen sowohl zwischen Variablen verschiedener Kategorien als auch zwischen Variablen derselben Kategorie (Orlinsky et al., 2004). In den folgenden Abschnitten werden zentrale empirische Befunde zu ausgewählten Input- und Prozessvariablen dargestellt, welche in der vorliegenden Dissertation adressiert wurden.

## **2.2 Empirische Befunde zur Input-Variable des Therapeuten: Therapeutische Erfahrung**

Die Person des Therapeuten wird mit zahlreichen, potentiell einflussnehmenden Merkmalen wie Alter, Geschlecht, individuellen Werten, Normen oder Persönlichkeitseigenschaften als ein zentraler Wirkfaktor im therapeutischen Geschehen beschrieben (z.B. Beutler et al., 2004; Caspar, 2008; Lambert, 2013; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997). Ein Schlüsselmerkmal, welches Therapeuteneffekte mit zu bedingen scheint, stellt die therapeutische Erfahrung des Behandlers dar (z.B. Crits-Christoph et al., 1991; Leon et al., 2005). Die diesbezügliche Befundlage erweist sich aber keineswegs als einheitlich. So geben einige Studien Hinweise darauf, dass erfahrene Therapeuten im Vergleich zu unerfahrenen eine stärkere Symptomreduktion erreichen (Blatt, Sanislow, Zuroff, & Pilkonis, 1996; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Crits-Christoph et al., 1991; Huppert et al., 2001; Leon et al., 2005; Propst, Paris, & Rosberger, 1994; Stein & Lambert, 1995) sowie eine kürzere Therapiedauer benötigen (Buckley, Newman, Kellett, & Beail, 2006). Des Weiteren scheinen erfahrene Therapeuten durch abstraktere und stärker fallbezogene Konzeptualisierungen Therapien spezifischer zu planen (Eells & Lombart, 2003), methodenübergreifender zu handeln (Klug, Henrich, Kächele, Sandell, & Huber, 2008) und ein stärkeres Bindungsverhalten beim Aufbau der therapeutischen Allianz zu zeigen (z.B. Dunkle & Friedlander, 1996; Mallinckrodt & Nelson, 1991). Auch speziell für den Kontext der psychotherapeutischen Ausbildung konnten zwei neuere, naturalistische Studien einen bedeutsamen Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf den Erfolg von Ausbildungstherapien nachweisen (Driscoll et al., 2003; Powell, Hunter, Beasley, & Vernberg, 2010). Dem gegenüber stehen Befunde, in denen die therapeutische Erfahrung in keinem signifikanten Zusammenhang mit Prozesskomponenten (wie z.B. mit der therapeutischen Allianz) oder dem Therapieoutcome stand (Franklin, Abramowitz, Furr, Kalsy, & Riggs, 2003; Hersoug, Høglend, Monsen, & Havik, 2001; Okiishi et al., 2006; Wampold & Brown, 2005; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Diese inkonsistente Befundlage kann vermutlich im Wesentlichen auf unterschiedliche methodische Herangehensweisen zurückgeführt werden. Zum einen werden in den zitierten Studien oft unterschiedliche, teilweise stark vereinfachende Definitionen und

---

Operationalisierungen der therapeutischen Erfahrung verwendet (Beutler, 1997; Franklin et al., 2003; Stein & Lambert, 1995). So wird die Erfahrungsvariable meistens rein zeitlich als die Anzahl der absolvierten Berufsjahre definiert (vgl. z.B. Huppert et al., 2001). Dabei werden jedoch spezifischere erfahrungsbezogene Aspekte, wie beispielsweise die Anzahl der in diesem Zeitraum behandelten Patienten, nicht berücksichtigt (Beutler, 1997; Franklin et al., 2003). Vor diesem Hintergrund wird von einigen Autoren eine präzisere Definition der therapeutischen Erfahrung (wie z.B. anhand der Anzahl der tatsächlichen Patientenkontakte oder behandelten Störungsbilder) gefordert, um genauere Aussagen über den Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis treffen zu können (vgl. z.B. Beutler, 1997; Huppert et al., 2001). Zudem liegt auch immer eine unweigerliche Konfundierung der therapeutischen Erfahrung mit anderen Variablen, wie beispielsweise mit dem Alter, der allgemeinen Lebenserfahrung sowie mit verschiedenen Aspekten der psychotherapeutischen Ausbildung, vor (z.B. Laireiter & Botermans, 2005). Dabei variiert das Ausmaß der professionellen Ausbildung der in den Studien untersuchten Therapeuten teilweise erheblich, was die Interpretation der Befunde erschwert (Driscoll et al., 2003; Stein & Lambert, 1995). Darüber hinaus liegen international stark unterschiedliche Ausbildungsrichtlinien vor (Strauß & Kohl, 2009), wodurch sich die Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse für den deutschsprachigen Ausbildungs- und Versorgungskontext stellt. Hierfür liegen jedoch kaum analoge Befunde vor, was weitere Forschungsbemühungen in diesem Bereich dringend notwendig macht.

Zusätzlich zu den Befunden zum Zusammenhang der therapeutischen Erfahrung und dem Therapieergebnis existieren auch empirische Hinweise, dass die Erfahrungsvariable mit bestimmten Patientencharakteristika zu interagieren scheint (z.B. Luborsky et al., 1997). So zeigen sich erfahrungsabhängige Unterschiede in der therapeutischen Effektivität beispielsweise in Abhängigkeit der Art und Schwere der psychischen Störung des Patienten: Unerfahrene Therapeuten scheinen eher bei eng umschriebenen psychischen Störungen vergleichbare Therapieerfolge wie erfahrene Behandler zu erzielen, wohingegen erfahrene Therapeuten unerfahrenen Kollegen eher in der Behandlung komplexer Störungsbilder, wie beispielsweise bei Persönlichkeitsstörungen, überlegen scheinen (Crits-Christoph et al., 1991; Stein & Lambert, 1995). Da möglicherweise vor allem Persönlichkeitsstörungen das Behandlungsergebnis unterschiedlich erfahrener Therapeuten zu differenzieren scheinen, soll im Folgenden auf das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung als Inputvariable des Patienten gesondert eingegangen werden.

---

### **2.3 Empirische Befunde zur Input-Variable des Patienten: Komorbide Persönlichkeitsstörungen**

Eine Vielzahl von Patientenvariablen scheint für den psychotherapeutischen Prozess und Outcome von besonderer Relevanz zu sein (z.B. Bohart & Greaves Wade, 2013; Roth & Fonagy, 2005). Neben Variablen wie beispielsweise spezifischen Persönlichkeitseigenschaften oder therapiebezogenen Einstellungen des Patienten stellt die Komplexität der Symptomatik eine weitere Input-Variable dar, welche oftmals durch das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung bei verschiedenen psychischen Primärerkrankungen operationalisiert wird (z.B. Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000). Die betroffenen Patienten weisen häufig schwerwiegende und tiefgreifende interaktionelle Schwierigkeiten auf, die als Risikofaktoren für Verschlechterungen im Therapieverlauf betrachtet werden (z.B. Beutler, Blatt, Alimohamed, Levy, & Angtuaco, 2006; Clarkin & Levy, 2004; Mohr, 1995). So belegen einige Studien eine erhöhte Anzahl von Therapieabbrüchen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die mit 25-30% deutlich höher ausfielen als bei anderen psychischen Störungen (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007; Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Chiesa, Drahorad, & Longo, 2000; Cinkaya, Schindler, & Hiller, 2011; Lang, Koch, & Schulz, 2006; Lieberz & Ciemer, 2000; McMurrin, Huband, & Overton, 2010; Reneses, Munoz, & López-Ibor, 2009; Swift & Greenberg, 2012; Thormählen, Weinryb, Norén, Vinnars, & Bågedahl-Strindlund, 2003). Auch bezüglich des Therapieerfolges weisen empirische Befunde teilweise daraufhin, dass bei Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen eine geringere Symptomreduktion erreicht wird als bei Patienten, die diese Komorbidität nicht aufweisen (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Diguier, Barber, & Luborsky, 1993; Greenberg, Craighead, Evans, & Craighead, 1995; Hardy et al., 1995; Mohr, 1995; Newton-Howes, Tyrer, & Johnson, 2006; Reich & Green, 1991; Reich & Vasile, 1993; Shea et al., 1990). Allerdings fanden auch einige neuere Studien keinen eindeutigen negativen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung und dem Therapieoutcome (Brieger, Ehrt, Bloeink, & Marneros, 2002; Dreesen & Arntz, 1998; Fricke et al., 2003; Joyce et al., 2007; Mulder, 2002; Muszer & Bailer, 2011; Narud, Mykletun, & Dahl, 2005; Van den Hout, Brouwers, & Oomen, 2006). Dennoch scheint diese Komorbidität zumindest insofern Auswirkungen auf den Behandlungsprozess aufzuweisen, als dass dieser vom Therapeuten als komplikationsreicher beurteilt wird (z.B. Muszer & Bailer, 2011).

Zur Erklärung dieser heterogenen Befunde können verschiedene methodische Aspekte der einzelnen Studien angeführt werden (vgl. z.B. Mulder, 2002). So erfolgte beispielsweise die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung in einigen Forschungsarbeiten nicht schon zu Therapiebeginn mithilfe standardisierter Verfahren (wie beispielsweise durch strukturierte klinische Interviews), sondern ausschließlich auf der Basis von weniger reliablen Fragebögen

---

(Dreessen & Arntz, 1998; Van den Hout et al., 2006). Zudem wiesen die betroffenen Patienten zu Behandlungsbeginn meist eine höhere Symptomschwere als die Kontrollgruppe auf, was jedoch in einigen älteren Analysen nicht berücksichtigt wurde (Van den Hout et al., 2006). So kann bislang vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde lediglich davon ausgegangen werden, dass es sich bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen um eine bedeutsame Patientenvariable handelt, wobei Fragen nach dem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg oder mit spezifischen Therapeuteigenschaften, wie beispielsweise der therapeutischen Erfahrung (siehe Kapitel 2.2), noch nicht eindeutig beantwortet werden können. Die hohe klinische Relevanz dieser Fragestellungen lässt jedoch weitere empirische Untersuchungen erforderlich werden.

Nach der Darstellung der empirischen Befunde zu den fokussierten Inputvariablen sollen in den folgenden Abschnitten 2.4 bis 2.6 zwei weitere zentrale Wirkkomponenten beschrieben werden. Diese lassen sich der Prozessebene des GMP zuordnen und werden als Schwerpunkt dieser Dissertation adressiert.

## **2.4 Empirische Befunde zu Prozessvariablen: Störungsspezifische KVT- Techniken**

Eine in der Psychotherapieforschung häufig angewandte Terminologie ist die Differenzierung von Prozessvariablen in allgemeine und spezifische Wirkfaktoren (z.B. Castonguay & Beutler, 2006; Orlinsky et al., 2004). Dabei werden unter allgemeinen Wirkfaktoren Therapievariablen verstanden, die, wie beispielsweise die therapeutische Allianz, allen Psychotherapieverfahren inhärent sind und implizit sowie störungsunabhängig im Kontext jeder psychotherapeutischen Interaktion eingesetzt werden (Pfammatter et al., 2012). Als spezifische Wirkfaktoren werden hingegen explizite Therapietechniken bezeichnet, die sich aus den einzelnen Therapieschulen und deren (störungs-)spezifischen Erklärungsmodellen bzw. Veränderungstheorien ableiten lassen (Pfammatter & Tschacher, 2012).

Im GMP werden die spezifischen Therapietechniken als therapeutische Operationen bezeichnet (vgl. Kapitel 2.1) und dem technischen Aspekt des Therapieprozesses zugeordnet (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 2004). Für eine nähere Betrachtung dieser technikbasierten Prozesskomponente ist es zunächst notwendig, die Vielzahl der in der Prozess-Outcome-Forschung adressierten Techniken hinsichtlich ihrer Verortung in den jeweiligen Therapieschulen sowie hinsichtlich ihrer Störungsspezifität zu differenzieren. So verfügt beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) über eine große Bandbreite therapeutischer Strategien, deren Wirksamkeit für die Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen mehrfach überzeugend nachgewiesen werden konnte (z.B. Chambless & Ollendick, 2001; Leichsenring, Hiller, Weissberg, & Leibing, 2006). Besonders für die Behandlung depressiver Störungen gilt die KVT als eine der am häufigsten untersuchten und angewandten Therapieverfahren (z.B. Hollon, Thase, & Markowitz, 2002).

---

Ihre zentralen, depressionsspezifischen Techniken werden im Rahmen einer Kombinationsbehandlung angewandt und in gängigen Behandlungsmanualen meist in drei Therapiemodule gruppiert: (a) dem Aufbau positiver Aktivitäten, (b) der Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen sowie (c) der Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen (z.B. Hautzinger, 2013). Auf diese drei Technikmodule soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Der *Aufbau positiver Aktivitäten* nimmt vor allem zu Therapiebeginn eine wichtige Rolle ein (Dombrowski & Gravemeier, 2002). Ziel dieser Interventionen ist es, dem bei depressiven Störungen vorhandenen Verlust positiver, (sozialer) Verstärker entgegenzuwirken und dadurch eine Reduktion der depressiven Symptomatik zu erreichen (Lewinson, 1974). Positive Aktivitäten können in verschiedenen Formen (z.B. mit der Liste angenehmer Tätigkeiten, mit Tages- bzw. Wochenplänen oder anhand von Aktivitätsprotokollen) erarbeitet werden (z.B. Hautzinger, 2013). Mehrere Studien konnten eine vergleichbare Effektivität verhaltensaktivierender Techniken mit anderen Therapieformen (wie z.B. der interpersonellen Therapie oder kognitiven Therapie) nachweisen (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Dobson et al., 2008; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008; Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). Unter bestimmten Voraussetzungen (wie beispielsweise bei einer hohen anfänglichen Symptomschwere) scheinen verhaltensaktivierende Techniken sogar zu einem besseren Therapieergebnis zu führen als kognitive Interventionen (Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop, & Hollon, 2007; Dimidjian et al., 2006). Allerdings werden in den meisten Studien unter dem Oberbegriff „Verhaltensaktivierung“ mehrere, oftmals verschiedene Techniken untersucht, die zudem auch ein Training sozialer Fertigkeiten enthalten konnten (Cuijpers et al., 2007). Daher bleibt bislang weitgehend unklar, wie einzelne verhaltensaktivierende Techniken mit dem Therapieerfolg assoziiert sind.

Zur *Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen* werden kognitive Techniken wie z.B. sokratische Gesprächsführung, Tagesprotokolle negativer Gedanken oder Verhaltensexperimente angewandt (Hautzinger, 2013). Als zentrales Ziel dieser Interventionen sollen Patienten in die Lage versetzt werden, dysfunktionale, depressionsfördernde Kognitionen zu erkennen, ihre Angemessenheit zu überprüfen und neue, alternative Sichtweisen zu entwickeln (Hecht & van Calker, 2008). Verschiedene Studien konnten nachweisen, dass die kognitive Therapie (KT) ein effektives Behandlungsverfahren bei depressiven Störungen darstellt (DeRubeis et al. 2005; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Ivy-Marie, 1998; Hollon et al., 2002). Teilweise zeigte sich sogar eine Überlegenheit der KT gegenüber anderen Behandlungsformen (Dobson, 1989; Gloaguen et al., 1998). Dem gegenüber stehen jedoch auch Befunde, die bezweifeln, dass kognitive

---

Techniken die Effektivität einer Therapie bedeutsam verbessern (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996; Hayes, 2004; Longmore & Worrell, 2007). Allerdings bleibt auch hier in vielen Studien unklar, welche spezifischen kognitiven Techniken unter dem Sammelbegriff der KT evaluiert wurden (vgl. z.B. Dobson, 1989; Wampold, Minami, Baskin, & Tierney, 2002). Zudem wird die Interpretation der Befunde dadurch erschwert, dass kognitive und verhaltensorientierte Techniken häufig vermischt werden (Hollon et al., 2002) und die Begriffe „KT“ und „KVT“ oftmals synonym verwendet werden (wie z.B. in Elkin et al., 1995; Jakobsen, Hansen, Storebø, Simonsen, & Gluud, 2011).

Für die *Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen* (SK und PLK) existieren zahlreiche Trainingsprogramme, in deren Rahmen Techniken wie Rollenspiele, Modelllernen sowie das Einüben einer strukturierten Problemlösungssequenz angewandt werden (z.B. Nezu, Nezu, & Perri, 1989; Segrin, 2008). Hierdurch sollen Patienten lernen, soziale Beziehungen zufriedenstellender zu gestalten sowie alltägliche Problemstellungen effektiver zu lösen, was zur Reduktion der depressiven Symptomatik beitragen soll (Hautzinger, 2009). Die bisherige Datenlage zur Wirksamkeit von sozialen Kompetenztrainings (SKT) weist nahezu übereinstimmend auf positive Effekte der SKTs hinsichtlich der Reduktion der depressiven Symptomatik (Baramkoochi, 2009; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008) sowie der Verbesserung zwischenmenschlicher Fertigkeiten hin (Bellack, Hersen, & Himmelhoch, 1983; Hersen, Bellack, & Himmelhoch, 1980; Miller, Norman, Keitner, Bishop, & Dow, 1989). Allerdings liegen diesbezüglich überwiegend nur ältere Studien vor, die zudem meist vollständige Trainingsprogramme evaluierten. Daher können bislang kaum Aussagen über die Wirksamkeit einzelner SK-Techniken getroffen werden. Bezüglich der Wirksamkeit von Problemlösetrainings (PLT) liegen sehr heterogene Befunde vor, die diesen Programmen teilweise positive Effekte (Bell & D'Zurilla, 2009; Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007; Nezu & Ronan, 1987), teilweise aber auch keine größere Effektivität als Kontrollgruppenbedingungen bescheinigen (Coché & Douglas, 1977; Williams et al., 2000). Daher können PLTs bislang nur als eine „möglicherweise“ wirksame Behandlungsform für Depressionen betrachtet werden (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998).

## **2.5 Empirische Befunde zu Prozessvariablen: Therapeutische Allianz**

Der allgemeine Wirkfaktor der therapeutischen Allianz lässt sich laut GMP der interpersonalen Ebene des Therapieprozesses zuordnen, welche sich durch die Anwendung therapeutischer Operationen im Rahmen des Therapievertrages entwickelt (Orlinsky et al., 2004). In der Literatur existieren zahlreiche Definitionen der therapeutischen Allianz (Mander et al., 2014; Mander et al., 2013). Nach der gebräuchlichsten Operationalisierung von Bordin (1979) kann die therapeutische Allianz umfassend als die kollaborative und affektive

---

Beziehung zwischen Patient und Therapeut verstanden werden. Sie wird durch die emotionale Bindung (*bond*) zwischen der Person des Patienten und Therapeuten, durch die therapeutischen Zielsetzungen (*goals*) sowie durch die zur Erreichung dieser Ziele erforderlichen therapeutischen Aufgaben (*tasks*) maßgeblich bestimmt (Bordin, 1979). Dabei schließen die beiden letztgenannten Komponenten zwangsläufig auch eine gewisse methodische und störungsbezogene Spezifität mit ein (Strauß, 2001). Das Konstrukt der therapeutischen Allianz wurde in der Prozess-Outcome-Forschung am häufigsten untersucht (Crits-Christoph et al., 2013; Orlinsky et al., 2004). Hierbei stellte sich der Zusammenhang zwischen der Qualität der Allianz und dem Therapieerfolg als einer der stabilsten Befunde dieses Forschungsbereichs heraus, welcher in einer Vielzahl an Studien und Metaanalysen mit moderaten Effektstärken im Bereich von  $.22 \leq r \leq .28$  nachgewiesen werden konnte (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Horvath, 2001; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Klein et al., 2003; Martin, Garske, & Davis, 2000; Norcross, 2010; Ryum, Stiles, & Vogel, 2009; Zuroff & Blatt, 2006). Bei einer genaueren Betrachtung der Befunde wird ersichtlich, dass diese von verschiedenen Faktoren wie beispielsweise dem Messzeitpunkt, dem jeweils untersuchten Beziehungsaspekt oder der Beurteilungsperspektive abhängen (Orlinsky et al., 2004). Bezüglich des Messzeitpunktes scheint die Qualität der therapeutischen Allianz im Behandlungsverlauf zu variieren, wobei eine tragfähige Beziehung vor allem in der anfänglichen Therapiephase der beste Prädiktor für ein positives Behandlungsergebnis zu sein scheint (z.B. Blatt, Zuroff, Quinlan, & Pilkonis, 1996; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991). Auch bei der Betrachtung verschiedener Allianz Aspekte zeigen sich unterschiedliche Effekte, wobei die Komponenten der Zielsetzungen (*goals*) bzw. therapeutischen Aufgaben (*tasks*) in einem stärkeren Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis zu stehen scheinen als die Bindungskomponente (*bond*) (z.B. Hatcher & Gillaspay, 2006; Webb et al., 2011). Zudem divergieren die Einschätzungen der therapeutischen Allianz aus Sicht des Patienten, Therapeuten oder unabhängiger Beobachter, vor allem in der Anfangsphase einer Therapie. Dabei scheinen die subjektiven Beurteilungen des Patienten am stärksten mit dem Behandlungserfolg assoziiert zu sein (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991). Allerdings existieren auch wenige, meist ältere Befunde, die keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome nachweisen konnten, wenn andere Variablen (wie beispielsweise eine frühe Symptomveränderungen im Therapieverlauf) kontrolliert wurden (Crits-Christoph & Beebe, 1988; DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991; Strunk, Brotman, DeRubeis, & Hollon, 2010). Dennoch wurde häufiger ein Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome festgestellt als dass dieser widerlegt wurde (Waddington, 2002). Trotz dieser überwiegend konsistenten



---

Befundlage ist allerdings noch wenig darüber bekannt, durch welche Mechanismen die Allianz oder die diesbezüglichen subjektiven Einschätzungen des Patienten den Prozess sowie die Ergebnisse von Psychotherapien beeinflussen (Zuroff et al., 2000) bzw. wie diese mit anderen Prozesskomponenten interagieren (Harwood, Beutler, Castillo, & Karno, 2006).

## **2.6 Empirische Befunde zu Prozessvariablen: Zusammenwirken von Allianz und Techniken**

In der Vergangenheit wurden oft langanhaltende Debatten über die maßgeblich determinierenden Prozesskomponenten geführt, die auf einer strengen Polarisierung zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren basierten (Pfammatter & Tschacher, 2012; Strauß, 2001). Die dichotome Gegenüberstellung beider Faktorengruppen hat dazu geführt, dass diese oftmals als zwei entgegengesetzte Wirkmechanismen verstanden wurden und das Zusammenwirken beider Wirkkomponenten bislang weitgehend vernachlässigt wurde (Harwood et al., 2006; Pfammatter & Tschacher, 2012). Zudem kommt erschwerend hinzu, dass speziell in der Forschung der kognitiven Verhaltenstherapie der allgemeine Wirkfaktor der therapeutischen Allianz lange Zeit wenig beachtet wurde und vor allem der Einfluss des spezifischen Wirkfaktors der Technikanwendung fokussiert wurde (z.B. Giovazolias, 2004). Folglich existieren nur wenige Prozess-Outcome-Studien, die zusätzlich zur Anwendung spezifischer therapeutischer Techniken auch den potentiellen Einfluss des allgemeinen Wirkfaktors der therapeutischen Allianz berücksichtigten (z.B. Tschacher et al., 2014). Einige Forscher fordern daher, das Zusammenwirken beider Prozesskomponenten vermehrt zu untersuchen (z.B. Beutler et al., 2004; Giovazolias, 2004; Pfammatter & Tschacher, 2012).

Die wenigen, bislang vorliegenden Befunde zum Zusammenwirken von Allianz und KVT-Techniken kommen teilweise zu widersprüchlichen Erkenntnissen. Einige Autoren vertreten die Ansicht, dass beide Prozessvariablen unabhängige, additive Effekte auf den Therapieerfolg aufweisen (z.B. Burns & Nolen-Hoeksema, 1992) bzw. dass der Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieoutcome nicht durch spezifische Behandlungsmethoden moderiert wird (z.B. Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Luborsky, 1993; Martin et al., 2000). Dem gegenüber stehen Befunde, die auf eine Interaktion zwischen Allianz und Technik hinweisen (z.B. Grosse Holtforth & Castonguay, 2005; Waddington, 2002). So scheint eine gute therapeutische Allianz die Voraussetzung zu schaffen, dass die angewandten Techniken ihre angestrebte Wirkung entfalten können bzw. die Bereitschaft des Patienten zu erhöhen, die vom Therapeuten vorgeschlagenen Interventionen tatsächlich umzusetzen (z.B. Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998; Orlinsky et al., 2004; Rector, Zuroff, & Segal, 1999). Umgekehrt sollte auch der Einsatz von Techniken, welche auf die individuellen Bedürfnisse und Problemstellungen

---

des Patienten ausgerichtet sind, die Qualität der therapeutischen Allianz insbesondere zu Therapiebeginn stärken (Horvath et al., 2011; Orlinsky et al., 2004). Dabei halten einige Forscher, die von einer Interaktion zwischen Beziehung und Technik ausgehen, die Qualität der therapeutischen Allianz im Vergleich zur Anwendung konkreter Techniken für den gewichtigeren Prädiktor des Therapieoutcomes und verweisen darauf, dass die Prozessvariable der Technikanwendung weniger konsistent mit dem Therapieoutcome assoziiert zu sein scheint als die Allianz (z.B. Horvath & Bedi, 2002; Lambert & Barley, 2001; Orlinsky & Howard, 1987; Wampold, 2001). So klären allgemeine Wirkfaktoren, wie die therapeutische Allianz, 30% der Varianz des Therapieoutcomes auf, wohingegen der Anteil der durch spezifische Therapietechniken aufgeklärten Outcomevarianz nur 15% beträgt (Lambert & Barley, 2001). Wieder andere Ergebnisse deuten jedoch daraufhin, dass spezifische KVT-Interventionen den Outcome stärker voraussagen als die Allianz bzw. dass die Allianz den Outcome nicht prädiziert, wenn andere Variablen kontrolliert werden (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005; DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley et al., 1999; Strunk et al., 2010). Allerdings wird die Interpretation der vorliegenden Befunde dadurch erschwert, dass die untersuchten Techniken sehr heterogen waren und teilweise aus verschiedenen Therapierichtungen stammten (DeRubeis, Brotman, et al., 2005). Zudem handelte es sich oftmals eher um grundlegende, allgemeine therapeutische Techniken (wie z.B. Gesprächsführungstechniken oder die Besprechung von Hausaufgaben (z.B. Burns & Nolen-Hoeksema, 1992)) als um konkrete, störungsspezifische Techniken (wie beispielsweise Techniken zur Verhaltensaktivierung). Vor diesem Hintergrund besteht diesbezüglich weiterer Forschungsbedarf.

## **2.7 Zielsetzungen und Hypothesen**

Vor dem beschriebenen theoretischen und empirischen Hintergrund möchte die vorliegende Dissertation einen Beitrag zum besseren Verständnis psychotherapeutischer Prozesse leisten, indem verschiedene Faktoren im therapeutischen Geschehen im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg untersucht werden. Als orientierendes Rahmenmodell soll das „Generic Model of Psychotherapy“ (GMP) (Orlinsky & Howard, 1987) verwendet werden, das aufgrund seiner Komplexität und der Vielzahl der im psychotherapeutischen Prozess beteiligten Komponenten um Konstrukte und Variablen reduziert werden muss, die im Rahmen dieser Dissertation nicht berücksichtigt werden können. Dennoch sollen für jede der drei Variablenkategorien zentrale Faktoren adressiert werden:

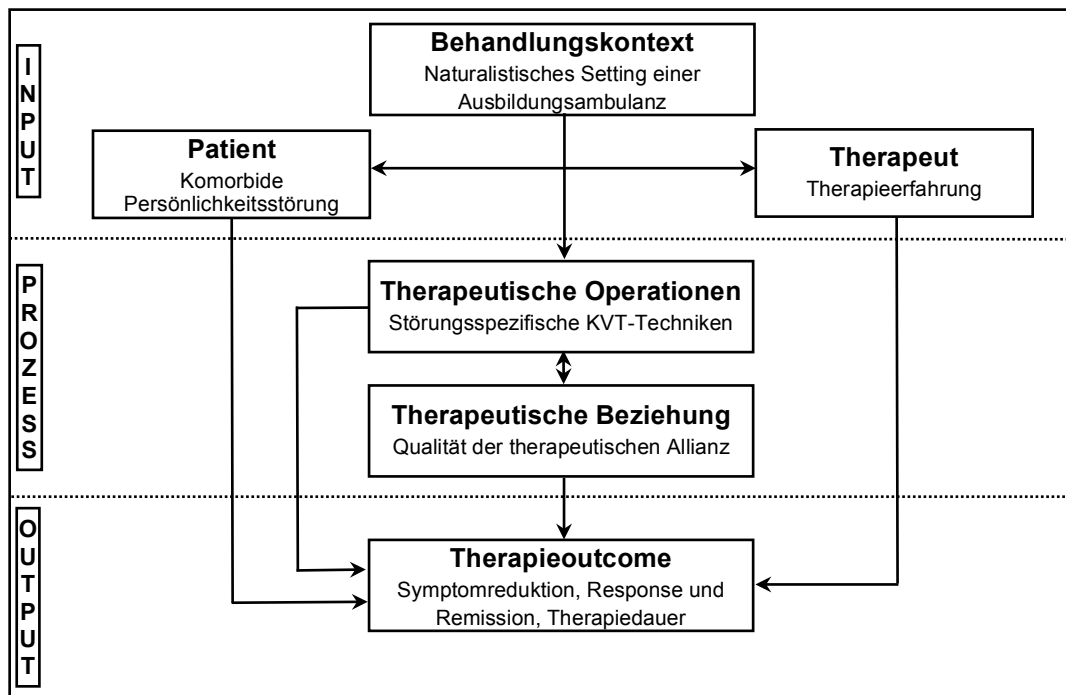
Für die Ebene der *Input-Variablen* sollen die therapeutische Erfahrung als relevantes Therapeutenmerkmal sowie das Vorhandensein einer komorbiden Persönlichkeitsstörung als Patientenvariable im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg untersucht werden. Dieses Anliegen erscheint insofern von Relevanz, als dass sich für beide Variablen bislang eine sehr

---

heterogene Befundlage abzeichnet bzw. speziell für die therapeutische Erfahrung und ihr Zusammenwirken mit Patientenmerkmalen kaum Daten aus dem deutschsprachigen Versorgungs- sowie Ausbildungskontext existieren (siehe Kapitel 2.2 und 2.3).

Auf der Ebene der *Prozess-Variablen* werden störungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken sowie die Qualität der therapeutischen Allianz fokussiert. Aus der in Kapitel 2.4 dargestellten Befundlage wird ersichtlich, dass nur wenige Studien existieren, die die beschriebenen störungsspezifischen Techniken im Rahmen von KVT-Kombinationsbehandlungen im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg differenziell betrachten und Analysen auf Interventionsebene durchführen. Zudem liegen nur wenige Erkenntnisse über das Zusammenwirken spezifischer KVT-Techniken mit der Prozessvariable der therapeutischen Allianz vor (siehe Kapitel 2.6). Beim aktuellen Forschungsstand kann zwar von einer Interaktion allgemeiner und spezifischer Wirkfaktoren ausgegangen werden, dennoch bleibt bislang weitgehend unklar, in welchen Anteilen sie ihre Wirkung entfalten und wie sich die Zusammenhangsmuster beider Prozesskomponenten gestalten. Darüber hinaus basieren die meisten Befunde zu diesen Prozessvariablen auf randomisiert-kontrollierten Studien, während ergänzende, naturalistische Studien zur Untersuchung zentraler psychotherapeutischer Prozesse bislang noch zu selten durchgeführt und daher von einigen Forschern vermehrt gefordert werden (Lambert, 2013; Lutz, 2003; Orlinsky, 2009). Vor diesem Hintergrund ist das zentrale Anliegen dieser Dissertation, beide Prozesskomponenten am Beispiel der ambulanten Behandlung depressiver Patienten im naturalistischen Setting zu untersuchen.

Als *Output-Variablen* wurden die Reduktion störungsspezifischer Symptome sowie die Verbesserung der allgemeinen Psychopathologie, die Therapieresponse bzw. Störungsremission und die Therapiedauer berücksichtigt. Abbildung 2 veranschaulicht zusammenfassend die adressierten Variablen in einer adaptierten Anlehnung an das zugrundeliegende Rahmenmodell des GMP.



**Abbildung 2:** Zugrundeliegendes Rahmenmodell der Dissertation in Anlehnung an das GMP von Orlinsky und Howard (1987).

Für die adressierten Variablen wurden auf Basis der beschriebenen Befundlage (siehe Kapitel 2.2 bis 2.6) folgende Fragestellungen abgeleitet:

- *Hypothese H1: Therapeutische Erfahrung:* Es bestehen erfahrungsbedingte Unterschiede in der Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien. Dabei wird erwartet, dass erfahrene Therapeuten eine stärkere Symptomreduktion erzielen sowie eine kürzere Therapiedauer benötigen als unerfahrene Therapeuten.
- *Hypothese H2: Komorbide Persönlichkeitsstörungen:* Es bestehen keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Symptomreduktion. Allerdings wirkt sich eine vorhandene Komorbidität auf die Dauer der Therapie aus. Zudem wird eine Interaktion mit der Inputvariable der therapeutischen Erfahrung erwartet.
- *Hypothese H3: Störungsspezifische KVT-Techniken:* Die Anwendungsintensität störungsspezifischer KVT-Techniken steht in einem positiven Zusammenhang mit dem Therapieerfolg.
- *Hypothese H4: Zusammenwirken von Allianz und Techniken:* Für die Qualität der therapeutischen Allianz wird ebenfalls ein bedeutsamer positiver Zusammenhang mit dem Therapieoutcome erwartet. Zudem sollen Zusammenhangsmuster zwischen der Anwendung störungsspezifischer KVT-Techniken und der therapeutischen Allianz im Hinblick auf den Therapieoutcome explorativ analysiert werden.

---

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden folgende drei Studien durchgeführt:

In *Studie 1*, welche im nachfolgenden Kapitel 3 beschrieben wird, wurde vor allem der Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf die Therapieeffektivität und –effizienz (Hypothese H1) adressiert. Der Hypothesenkomplex H2 zum Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen wurde ebenfalls im Rahmen dieser Studie in einer weiteren, (nicht veröffentlichten) Analyse überprüft. Aus Gründen der Konsistenz werden diese Fragestellungen (anders als in der zugrundeliegenden, zu veröffentlichenden Studie (siehe Anhang A.1)) analog zu Studie 2 und 3 an einer Stichprobe depressiver Patienten untersucht.

In *Studie 2* wurde die Hypothese H3 zum Zusammenhang spezifischer KVT-Techniken mit dem Therapieerfolg am Beispiel depressiver Störungen überprüft. Die Beschreibung des methodischen Vorgehens sowie die Darstellung und Diskussion der in dieser Studie erhaltenen Ergebnisse erfolgt in Kapitel 4.

In *Studie 3* wurde der Hypothesenkomplex H4 zum Zusammenwirken von Allianz und Techniken ebenfalls an einer Stichprobe depressiver Patienten überprüft. Kapitel 5 umfasst die Darstellung dieser Studie. Abschließend erfolgt in Kapitel 6 und 7 eine Diskussion und Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse aller drei Studien.

### **3. Studie 1: Der Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf die Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien**

Das zentrale Anliegen der ersten Studie bestand darin, den Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf die Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien im Untersuchungskontext einer Ausbildungsambulanz am Beispiel depressiver Störungen zu überprüfen. Darüber hinaus sollte das Zusammenwirken dieses Therapeutenmerkmals mit dem Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung im Hinblick auf den Therapieoutcome analysiert werden. Dabei sollte auf eine möglichst präzise Operationalisierung der therapeutischen Erfahrung anhand der Anzahl der tatsächlich behandelten Patienten geachtet werden, da einige Autoren eine rein zeitliche Erfahrungsdefinition anhand der absolvierten Berufsjahre als wenig aussagekräftig erachten (z.B. Huppert et al., 2001) (vgl. auch Kapitel 2.2). Zudem sollte auch auf eine multimodale Erfassung des Therapieoutcomes durch eine Kombination von störungsspezifischen sowie allgemein psychopathologischen Maßen und der Berücksichtigung der Therapiedauer Wert gelegt werden (vgl. Hiller, Schindler, Andor, & Rist, 2011). Das methodische Vorgehen wird im nachfolgenden Abschnitt beschrieben.

---

### 3.1 Methode Studie 1

#### *Setting*

Die erhobenen Daten stammen aus den Ausbildungsambulanzen des Zentrums für Psychologie Psychotherapie (ZPP) der Universität Heidelberg, einer staatlich anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsstätte mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Die untersuchten Psychotherapien wurden von Diplom-Psychologen in fortgeschrittener Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Die Behandlungen erfolgten unter engmaschiger Supervision auf Basis wissenschaftlich anerkannter verhaltenstherapeutischer Verfahren. Von allen Patienten wurde anhand einer ausführlichen Patienteninformation eine schriftliche Einverständniserklärung zur anonymisierten Verwendung und Auswertung therapiebezogener Daten eingeholt.

#### *Studiendesign*

Die Datenerhebung erfolgte für alle Therapien nach einem festgelegten Schema. Der erste Messzeitpunkt (Prä-Messung) fand unmittelbar zu Beginn der probatorischen Sitzungen statt (T1). Die zweite Messung (Post-Messung) erfolgte am Ende der Therapiephase (T2). Im Fall von regulär beendeten Therapien lag als Post-Messung eine explizite Abschlussdiagnostik vor, die entweder zur letzten Therapiesitzung oder wenige Sitzungen zuvor erhoben wurde. Bei Therapieabbrüchen wurde die fehlende Abschlussdiagnostik durch die letzte vorhandene Messung im Therapieverlauf ersetzt (Last-Observation-Carried-Forward-Methode LOCF). Eine Therapie wurde als begonnen definiert, wenn alle fünf probatorischen Sitzungen vollständig durchlaufen wurden und mindestens eine Therapiesitzung stattgefunden hatte. Als regulär beendet galt eine Therapie, wenn das beantragte Stundenkontingent einer Kurz- oder Langzeittherapie ausgeschöpft wurde oder wenn diese aufgrund eines als ausreichend erachteten Therapieergebnisses vorzeitig beendet wurde. Alle anderen Abschlüsse wurden als Therapieabbrüche definiert. Dabei wurden qualitätsrelevante Abbrüche (durch den Patienten oder Therapeuten z.B. aufgrund von Unzufriedenheit oder interaktionellen Problemen) und nicht-qualitätsrelevante Abbrüche (z.B. aufgrund eines Wohnortswechsels oder der Weitervermittlung in ein anderes Therapieverfahren) differenziert.

#### *Messinstrumente*

Die *therapeutische Erfahrung* wurde anhand der Anzahl der behandelten Patienten operationalisiert. Als „unerfahren“ wurde ein Ausbildungstherapeut dann definiert, wenn dieser noch keine vollständige Therapie durchgeführt und regulär beendet hatte. Zur Ermittlung der Erfahrungsgruppen wurde eine explorative Datenanalyse mit N = 458 Patienten und N = 37 Therapeuten durchgeführt. Ausgangspunkt dabei war, dass in der Regel mindestens 210 Tage benötigt werden, um eine Kurzzeittherapie mit 25

---

Therapiesitzungen und 5 probatorischen Sitzungen zu absolvieren. Die Datenanalyse ergab, dass Ausbildungstherapeuten in den ersten 193 Tagen nach der Zwischenprüfung im Mittel mit der Behandlung von fünf Patienten beginnen. Somit kann zu Beginn der Behandlung des 5. Patienten noch gewährleistet werden, dass bislang keine Kurzzeittherapie regulär beendet wurde und der Therapeut damit noch als unerfahren gilt. Aufgrund dieser theoretischen und datengeleiteten Überlegungen wurde das Cut-Off-Kriterium beim 5. Behandlungsfall festgelegt, sodass in der Gruppe der unerfahrenen Therapeuten die ersten fünf Behandlungsfälle analysiert wurden, während Therapeuten ab dem 6. begonnenen Behandlungsfall als „erfahrene“ Ausbildungstherapeuten definiert wurden.

Hinsichtlich des Vorliegens einer *komorbiden Persönlichkeitsstörung* erfolgte die Diagnosestellung durch den behandelnden Therapeuten im Verlauf der probatorischen Sitzungen anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID-I und II) (Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997). Für die Kostenträger wurden die Diagnosen jedoch nach ICD-10 kodiert (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2009). Alle Ausbildungstherapeuten wurden in institutsinternen Seminaren in der Anwendung der SKID-I und II-Interviews eigens geschult. Für die nachfolgenden Analysen wurden auf der Basis der im SKID-II-Interview ermittelten Diagnosen zwei Teilstichproben differenziert: Die Gruppe der Patienten, welche zusätzlich zu einer primären depressiven Störung (F32, F33) die im SKID-II-Interview beschriebenen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung vollständig erfüllten (PS-Gruppe). Die andere Teilstichprobe schloss alle weiteren depressiven Patienten ein, die die Kriterien einer komorbiden Persönlichkeitsstörung nicht oder nur teilweise erfüllten (Non-PS-Gruppe).

Der *Therapieoutcome* wurde sowohl störungsspezifisch anhand der revidierten Auflage des Becks Depressions-Inventars (BDI-II) (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) sowie störungsübergreifend anhand der deutschen Version des Brief Symptom Inventory (BSI) (Franke, 2000) erfasst (siehe Anhang A.2 und A.3). Beim BDI-II handelt es sich um ein Screening-Verfahren zur Erfassung einer depressiven Symptomatik durch Selbsturteile. Der Fragebogen besteht aus 21 Items, die den im DSM-IV genannten Diagnosekriterien einer depressiven Störung entsprechen und hinsichtlich ihres Schweregrades auf einer vierstufigen Skala beurteilt werden. Dabei wurde ein BDI-Gesamtwert  $> 14.29$  als pathologisch beurteilt (Seggar, Lambert, & Hansen, 2002). In einer Stichprobe depressiver Patienten wurde eine interne Konsistenz von  $\alpha = .93$  ermittelt, die Retestreliabilität betrug  $r = .78$  (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006). Die Werte der konvergenten Validität lagen im Bereich von  $.74 \leq r \leq .89$  (Beck, Steer, & Brown, 1996).

---

Das BSI dient als Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 2002) der Erfassung der allgemeinen Psychopathologie und besteht aus 9 Subskalen mit 53 Items, die auf einer fünfstufigen Skala durch Selbsterurteile beantwortet werden. Als zentraler, globaler Kennwert der psychischen Belastung wurde der Global Severity Index (GSI) verwendet. Dabei wurden Patienten mit einem GSI-Wert oberhalb des Cut-off-Wertes von .56 (Hiller et al., 2011) als psychisch belastet eingestuft. Für den GSI ergab sich eine interne Konsistenz von  $\alpha = .96$ , die Retestreliaibilität betrug  $.90 \leq r \leq .93$ . Die konvergente Validität zeigte hohe Korrelationen zu inhaltsnahen klinischen Selbstbeurteilungsskalen ( $.44 \leq r \leq .74$ ) (Franke, 2000; Geisheim et al., 2002).

Zur Erfassung der Effizienz der durchgeführten Therapien wurde die Behandlungsdauer anhand der Anzahl der absolvierten Therapiesitzungen (ausschließlich der probatorischen Sitzungen) operationalisiert.

Als weitere Variablen wurden soziodemographische Merkmale der Patienten (Alter, Geschlecht), störungsrelevante Maße (Symptomschwere zu Therapiebeginn im BDI-II und GSI, Anzahl komorbider Diagnosen (ohne Persönlichkeitsstörungen) sowie therapiebezogene Variablen (Anzahl ambulanter und stationärer Vorbehandlungen) berücksichtigt. Auf Seiten der Therapeuten wurden, neben Alter und Geschlecht, die vor dem Ausbildungsbeginn erworbene psychologische Berufserfahrung sowie frühere therapeutische Vorerfahrungen (wie z.B. eine bereits begonnene, nicht-verhaltenstherapeutische Ausbildung (z.B. in systemischer Therapie) oder früheres sozialtherapeutisches Arbeiten) erfasst.

### *Stichproben*

#### *Patientenstichprobe*

Im Zeitraum von 2005 bis 2012 nahmen  $N = 502$  Patienten mit einer depressiven Störung als Primärdiagnose eine Therapie am ZPP auf. Es wurden ausschließlich Patienten mit einer nach ICD-10 kodierten depressiven Episode (F32) bzw. rezidivierenden depressiven Störung (F33) als Primärdiagnose sowie mit einem pathologischen Anfangswert im BDI-II ( $> 14.29$ ) eingeschlossen (vgl. Hiller et al., 2011). Davon ausgeschlossen wurden die Fälle, in denen die Behandlung zum Zeitpunkt der Datenanalyse noch nicht abgeschlossen war ( $N = 172$ ; 34.2%), deren Behandlung weniger als fünf Therapiesitzungen umfasste ( $N = 10$ ; 1.9%) sowie Fälle mit nicht-qualitätsrelevanten Therapieabbrüchen ( $N = 26$ ; 5.1%) und unvollständigen Datensätzen ( $N = 185$ ; 36.8%). Die daraus resultierende ITT-Stichprobe umfasste  $N = 109$  Patienten, davon  $N = 89$  regulär abgeschlossene Behandlungsfälle (Completer-Stichprobe) und  $N = 20$  qualitätsrelevante Abbrüche (Non-Completer-



Stichprobe). Die soziodemographischen und klinischen Merkmale der ITT-Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Laut den Ergebnissen des SKID-II-Interviews wiesen N = 23 Patienten (21.1%) der primär depressiven ITT-Stichprobe mindestens eine komorbide spezifische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung auf (ICD-10-Kodierung: F60 oder F61.0) (PS-Gruppe). N = 6 Patienten der PS-Gruppe (26.1%) erfüllten gleichzeitig auch die Kriterien einer weiteren komorbiden Persönlichkeitsstörung. Die Beschreibung der PS-Gruppe ist ebenfalls in Tabelle 1 abgebildet. Innerhalb der PS-Gruppe wiesen die meisten Patienten (N = 12; 52.2%) mindestens eine Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster B mit dramatisch, emotionalen Zügen auf (emotional instabile Persönlichkeitsstörung (PS) (F60.3; N = 10; 34.5%); narzisstische PS (F60.80; N = 3; 10.3%); histrionische PS (F60.4) bzw. dissoziale PS (F60.2; N = 0)). N = 11 Patienten der PS-Gruppe (47.8%) konnten dem Cluster C mit ängstlich, furchtsamen Persönlichkeitszügen zugeordnet werden (ängstlich (vermeidende) PS (F60.6; N = 8; 27.6%); abhängige PS (F60.7; N = 4; 13.8%); zwanghafte PS (F60.5; N = 2; 6.9%); passiv-aggressive PS (F60.81; N = 0)). Eine Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster A mit sonderbar, exzentrischen Zügen (paranoide PS (F60.0); schizoide PS (F60.1)) wurde bei keinem der Patienten der PS-Gruppe diagnostiziert. N = 2 Patienten (6.9%) wiesen kombinierte Persönlichkeitsstörungen (F61.0) auf. Alle übrigen Patienten der ITT-Stichprobe wurden der Gruppe der Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörung zugeordnet (Non-PS-Gruppe: N = 86; 78.9%).

**Tabelle 1:** Beschreibung der ITT-Stichprobe sowie der Subgruppe der Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen (PS-Gruppe) der Studie 1.

<b>Merkmal</b>	<b>ITT-Stichprobe</b> <b>M (SD) / N (%)</b>	<b>PS-Gruppe</b> <b>M (SD) / N (%)</b>
Alter bei Therapiebeginn (in Jahren)	M = 42.19 (SD = 11.94)	M = 38.22 (SD = 11.86)
Geschlecht (weiblich)	N = 70 (64.2%)	N = 15 (65.2%)
Ambulante Vorbehandlungen	N = 67 (61.5%)	N = 15 (65.2%)
Stationäre Vorbehandlungen	N = 47 (43.1%)	N = 16 (69.6%)
Anzahl komorbider Störungen (mit PS)	M = .86 (SD = .95)	M = 1.78 (SD = .74)
Keine komorbide Störung	N = 48 (44.0%)	-
1-2 komorbide Störungen	N = 54 (49.6%)	N = 19 (82.6%)
3-4 komorbide Störungen	N = 7 (6.4%)	N = 4 (17.4%)
Art der komorbiden Störung (ohne PS)		
Substanzinduzierte Störungen (F1)	N = 9 (8.3%)	N = 3 (13.0%)
Dysthymie (F34.1)	N = 4 (3.7%)	N = 1 (4.3%)

Angststörung (F40, F41)	N = 23 (21.1%)	N = 3 (13.0%)
Zwangsstörung (F42)	N = 2 (1.8%)	N = 0 (0%)
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	N = 6 (5.5%)	N = 2 (8.7%)
Somatoforme Störung (F45)	N = 3 (2.8%)	N = 0 (0%)
Essstörung (F50)	N = 10 (9.2%)	N = 3 (13.0%)
Sonstige	N = 8 (7.3%)	N = 0 (0%)
Anzahl durchgeführter Sitzungen	M = 38.87 (SD = 16.96)	M = 45.17 (SD = 17.58)
≤ 25 Sitzungen (KZT)	N = 33 (30.3%)	N = 3 (13.0%)
≤ 45 Sitzungen (LZT)	N = 43 (39.4%)	N = 12 (52.2%)
> 45 Sitzungen	N = 33 (30.3%)	N = 8 (34.8%)

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Häufigkeit.

### Therapeutenstichprobe

Die Patienten der ITT-Stichprobe wurden von insgesamt N = 55 Ausbildungstherapeuten in fortgeschrittener Therapieausbildung (nach erfolgreicher Absolvierung der Zwischenprüfung) behandelt. Die beiden erfahrungsbezogenen Teilstichproben bestanden aus N = 38 unerfahrenen Ausbildungstherapeuten und N = 29 erfahrenen Therapeuten. N = 2 Therapeuten (bzw. N = 7 behandelte Patientenfälle) konnten aufgrund eines Therapeutenwechsels während der Behandlung keiner der Erfahrungsgruppen eindeutig zugeordnet werden und wurden daher aus den nachfolgenden Erfahrungsanalysen ausgeschlossen. Tabelle 2 enthält eine Beschreibung der gesamten Therapeutenstichprobe sowie der erfahrungsbezogenen Teilstichproben.

**Tabelle 2:** Beschreibung der Gesamtstichprobe der Therapeuten sowie der erfahrungsabhängigen Teilstichproben der Studie 1.

Merkmal	Gesamt	Unerfahren (1.-5. Pat.)	Erfahren (> 6. Pat.)
	M (SD) / N (%)	M (SD) / N (%)	M (SD) / N (%)
Anzahl der Therapeuten	N = 55	N = 38	N = 29
Anzahl behandelter Pat.	N = 109 (ITT)	N = 49 (48.0%)	N = 53 (52.0%)
Alter (in Jahren)	M = 32.51 (SD = 5.82)	M = 31.89 (SD = 5.69)	M = 33.48 (SD = 6.09)
Geschlecht (weiblich)	N = 49 (89.1%)	N = 34 (89.5%)	N = 25 (86.2%)
Psycholog. Berufserfahrung (in Jahren)	M = 1.28 (SD = 2.67)	M = 1.51 (SD = 3.11)	M = .83 (SD = 1.49)
Therapeutische Vorerfahrung	N = 24 (43.6%)	N = 17 (44.7%)	N = 14 (48.3%)

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Häufigkeit.

---

### *Statistische Auswertung*

Unterschiede zwischen einzelnen Teilstichproben (Gesamtstichprobe vs. ITT-Stichprobe; Completer vs. Non-Completer; PS- vs. Non-PS-Gruppe; erfahrungsabhängige Therapeutenstichproben) wurden bei metrischen Variablen mittels univariater Varianzanalysen bzw. bei ordinalem Datenniveau mit  $\chi^2$ -Tests auf statistische Signifikanz überprüft. Zur Beschreibung des Therapieoutcomes wurden Prä-Post-Vergleiche im BDI-II und GSI mittels einfaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung für die ITT- und Completer-Stichproben durchgeführt. Zudem wurden Effektstärken mithilfe Cohen's  $d$  berechnet (Cohen, 1988), wobei Effektstärken  $\geq .20$  als klein,  $\geq .50$  als mittelgradig,  $\geq .80$  als groß gewertet wurden. Als unabhängige Variablen (UV) wurden (1) die therapeutische Erfahrung mit der Unterscheidung von unerfahrenen vs. erfahrenen Ausbildungstherapeuten sowie (2) das Vorliegen einer vs. keiner komorbiden Persönlichkeitsstörung (PS- vs. Non-PS-Gruppe) erfasst. Als abhängige Variablen (AV) wurden (1) die Symptomreduktion im GSI, (2) die Symptomreduktion im BDI-II und (3) die Therapiedauer erhoben. Zur Untersuchung des Einflusses der therapeutischen Erfahrung und des Vorliegens einer komorbiden Persönlichkeitsstörung auf den Therapieoutcome (Hypothesen H1 und H2) wurden in den jeweiligen Gruppen (ITT- und Completer-Stichprobe) univariate Varianzanalysen unter Kontrolle der initialen Symptombelastung (im BDI-II bzw. GSI) berechnet. Dabei wurden für jede der drei AVs separate Varianzanalysen durchgeführt (für die Symptomreduktion im GSI bzw. im BDI-II sowie für die Therapiedauer). Die  $\alpha$ -Fehlerwahrscheinlichkeit wurde konventionell auf einem 5%-Niveau festgelegt.

### **3.2 Ergebnisse Studie 1**

#### *Vergleichbarkeit der Stichproben*

Zwischen der Gesamtstichprobe ( $N = 502$ ) und der ITT-Stichprobe ( $N = 109$ ) zeigten sich außer für das Alter und die anfängliche Depressivität (im BDI-II) keine signifikanten Unterschiede in den erfassten soziodemografischen und klinischen Merkmalen (Alter: Gesamtstichprobe:  $M = 39.19$  Jahre,  $SD = 12.76$ ; ITT:  $M = 42.19$  Jahre,  $SD = 11.94$ ;  $p = .028$ ; BDI-II-Prä-Wert: Gesamtstichprobe:  $M = 23.50$ ,  $SD = 11.69$ ; ITT:  $M = 26.42$   $SD = 9.53$ ;  $p = .019$ ).

Die Completer ( $N = 89$ ) und Non-Completer ( $N = 20$ ) waren ebenfalls hinsichtlich soziodemografischer Merkmale sowie hinsichtlich der anfänglichen Symptomschwere (BDI-II- und GSI-Prä-Wert) vergleichbar ( $p > .05$ ). Signifikante Unterschiede zeigten sich erwartungsgemäß lediglich in der Therapiedauer (Non-Completer:  $M = 30.65$  Sitzungen,  $SD = 20.05$ ; Completer:  $M = 40.72$ ;  $SD = 15.73$ ;  $p = .016$ ).

Die PS-Gruppe ( $N = 23$ ) wies im Vergleich zur Non-PS-Gruppe ( $N = 86$ ) eine signifikant höhere initiale Symptombelastung im GSI sowie eine erwartungsgemäß höhere Anzahl

komorbider Störungen auf (GSI-Prä-Wert: PS-Gruppe:  $M = 1.64$ ,  $SD = .73$ ; Non-PS-Gruppe:  $M = 1.20$   $SD = .68$ ;  $p = .008$ ; Anzahl komorbider Störungen: PS-Gruppe:  $M = 1.78$ ,  $SD = .74$ ; Non-PS-Gruppe:  $M = .62$   $SD = .84$ ;  $p < .001$ ). In allen übrigen Merkmalen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Subgruppen.

Die erfahrungsabhängigen Therapeutenstichproben ( $N = 38$  unerfahrene und  $N = 29$  erfahrene Ausbildungstherapeuten) unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Alter, Geschlecht, therapeutischer Vorerfahrung und bisheriger Berufserfahrung sowie hinsichtlich der initialen Symptomschwere der behandelten Patienten ( $p > .05$ ).

Vor dem Hintergrund dieser Stichprobenvergleiche wurden die nachfolgenden Analysen unter Kontrolle der initialen Symptomschwere durchgeführt.

### *Therapieoutcome*

In der ITT-Stichprobe zeigte sich in den Prä-Post-Vergleichen des BDI-II und GSI eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik sowie der allgemeinen psychischen Belastung mit mittleren bis großen Effektstärken ( $p < .001$ ). In der Completer-Stichprobe ergaben sich ebenfalls signifikante Therapieeffekte mit erwartungsgemäß höheren Effektstärken ( $p < .001$ ). Tabelle 3 gibt die Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche für beide Stichproben wieder.

**Tabelle 3:** Therapieoutcome der ITT- und Completer-Stichproben der Studie 1.

	<b>M (SD) zu T1</b>	<b>M (SD) zu T2</b>	<b>F (df = 1)</b>	<b>d</b>
<b>BDI-II</b>				
ITT	26.42 (9.53)	15.71 (12.19)	64.82***	.98
Completer	25.68 (8.97)	13.74 (10.95)	68.62***	1.20
<b>GSI</b>				
ITT	1.29 (.71)	.93 (.74)	27.86***	.50
Completer	1.26 (.67)	.82 (.68)	30.15***	.66

*Anmerkungen:* T1 = Therapiebeginn; T2 = Therapieende; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert der Varianzanalyse; df = Freiheitsgrade; Signifikanzniveau: \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ ; d = Effektstärke nach Cohen (1988).

### *Der Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf den Therapieoutcome*

Die nachfolgenden Analysen wurden sowohl für die ITT- als auch für die Completer-Stichproben separat berechnet. Dabei ergaben sich konzeptuell identische Ergebnisse. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden im Folgenden lediglich die Auswertungsergebnisse der ITT-Stichprobe berichtet.

Weder für den Therapieoutcome im BDI-II noch für die Prä-Post-Differenzen des GSI zeigten sich unter Kontrolle der initialen Symptomschwere signifikante Unterschiede zwischen beiden Erfahrungsgruppen. Allerdings ergaben sich für die Therapiedauer bedeutsame Gruppenunterschiede, da unerfahrene Ausbildungstherapeuten signifikant mehr Therapiesitzungen benötigten als die erfahreneren Kollegen. Die Ergebnisse der entsprechenden Varianzanalysen sind in Tabelle 4 dargestellt.

**Tabelle 4:** Therapieoutcome der ITT- Stichprobe der Studie 1 in Abhängigkeit der therapeutischen Erfahrung.

	<b>Unerfahrene Therapeuten</b>	<b>Erfahrene Therapeuten</b>	<b>F (df = 1)</b>	<b>p</b>
	<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>		
Δ BDI-II	10.56 (11.05)	12.09 (9.58)	.71	.402
Δ GSI	.32 (.70)	.41 (.57)	1.01	.316
Therapiedauer	41.69 (17.96)	34.70 (15.63)	4.32	.040

*Anmerkungen:* Δ BDI-II bzw. Δ GSI = Prä-Post-Differenzen im BDI-II und GSI; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert der Varianzanalyse; df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzwert.

#### *Der Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen auf den Therapieoutcome*

In der Subgruppe der Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen (PS-Gruppe) zeigten sich in den Prä-Post-Vergleichen des BDI-II und GSI unter Kontrolle der initialen Symptomschwere vergleichbare Symptomreduktionen wie in der Gruppe der Patienten ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen (Non-PS-Gruppe). Die benötigte Therapiedauer in der PS-Gruppe war tendenziell höher als in der Non-PS-Gruppe, diese Gruppendifferenz erreichte jedoch keine statistische Signifikanz ( $p > .05$ ). In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der entsprechenden Analysen abgebildet. Zudem ergab sich für keine der drei abhängigen Variablen (Symptomreduktionen im BDI-II bzw. GSI und Therapiedauer) eine signifikante Interaktion zwischen dem Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung und der Erfahrung des Therapeuten ( $p > .05$ ).

**Tabelle 5:** Therapieoutcome der ITT- Stichprobe der Studie 1 bei Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung.

	<b>PS-Gruppe</b>	<b>Non-PS-Gruppe</b>	<b>F (df = 1)</b>	<b>p</b>
	<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>		
Δ BDI-II	9.57 (11.18)	11.83 (10.07)	1.84	.179
Δ GSI	.41 (.66)	.35 (.63)	.84	.363
Therapiedauer	45.38 (18.42)	36.16 (16.29)	3.62	.060

*Anmerkungen:* Δ BDI-II bzw. Δ GSI = Prä-Post-Differenzen im BDI-II und GSI; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; F = F-Wert der Varianzanalyse; df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzwert.

### 3.3 Diskussion Studie 1

Ziel dieser naturalistischen Studie war, den Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf die Effektivität und Effizienz von Ausbildungstherapien an einer Stichprobe depressiver Patienten zu untersuchen. Dabei wurde erwartet, dass erfahrene Therapeuten eine stärkere Symptomreduktion erzielen sowie kürzere Therapiedauern benötigen als unerfahrene Therapeuten (Hypothese H1). Darüber hinaus sollte das Zusammenwirken der Erfahrungsvariable mit dem Vorliegen komorbider Persönlichkeitsstörungen als Inputvariable des Patienten überprüft werden. Diesbezüglich wurden Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Therapiedauer, jedoch nicht hinsichtlich der Symptomreduktion angenommen. Zudem wurde eine Interaktion zwischen der Patientenvariable und der Inputvariable der therapeutischen Erfahrung erwartet (Hypothesenkomplex H2). Insgesamt konnten die formulierten Hypothesen (H1 und H2) weitgehend bestätigt werden. Zunächst konnten sowohl hinsichtlich der depressiven Symptomatik als auch hinsichtlich der allgemeinen psychischen Belastung bedeutsame Therapieeffekte mit mittleren bis großen Effektstärke in beiden Stichproben (ITT- und Completer-Stichprobe) nachgewiesen werden. Dabei zeichnete sich im störungsspezifischen Maß des BDI-II erwartungsgemäß ein stärkerer Rückgang der Symptomatik ab als im weniger änderungssensitiven Wert des GSI. Die ermittelten Effektstärken von  $.50 \leq d \leq 1.20$  lagen dabei im Bereich der Behandlungsergebnisse anderer Ausbildungs- und Hochschulambulanzen und weisen daraufhin, dass auch Ausbildungstherapeuten in der Lage sind, gute Therapieerfolge zu erzielen (vgl. z.B. Heinrichs, Nowak, Oertel, & Kröger, 2009; Schindler & Hiller, 2010).

Entgegen der in Hypothese H1 formulierten Erwartung, dass sich die erfahrungsabhängigen Therapeutenstichproben hinsichtlich ihres Therapieoutcomes unterscheiden würden, erreichten unerfahrene und erfahrene Therapeuten unter Kontrolle der initialen Symptomschwere vergleichbar gute Behandlungsergebnisse. Dies galt sowohl für die

---

Reduktion der depressiven Symptomatik als auch für die Abnahme der allgemeinen psychischen Belastung in den Prä-Post-Vergleichen. Dieser Befund unterstreicht zunächst einmal die hohe Qualität der psychotherapeutischen Versorgung durch relativ unerfahrene Ausbildungstherapeuten und gibt damit auch indirekte Hinweise auf die Güte und Standards von Studium und psychotherapeutischer Weiterbildung. Hinsichtlich der Interpretation dieses nicht signifikanten Befundes ist es einerseits prinzipiell denkbar, dass die Erfahrungsvariable durchaus von Relevanz für den Therapieoutcome ist, dass aber unerfahrene Therapeuten beispielsweise über eine höhere Motivation verfügen oder möglicherweise vermehrt manualorientiert arbeiten, wodurch Erfahrungseffekte ausgeglichen werden könnten (z.B. Binder, 1993). Andererseits können die nicht bestätigten Erfahrungsunterschiede auch dahingehend interpretiert werden, dass möglicherweise andere Variablen (wie beispielsweise die Expertise des Therapeuten über spezifische Interventionen oder seine Kompetenzen in der therapeutischen Beziehungsgestaltung) entscheidendere Einflussfaktoren auf den Therapieoutcome darstellen als die therapeutische Erfahrung in Form der Anzahl der behandelten Patienten (vgl. z.B. Beutler et al., 2004). Zudem können die nicht signifikanten Erfahrungseffekte auch mit der methodischen Herangehensweise in Zusammenhang gebracht werden. Dabei muss zunächst erwähnt werden, dass die therapeutische Erfahrung ein heterogenes Konzept darstellt, welches mit anderen Therapeutenvariablen (wie beispielsweise mit Art und Inhalt der therapeutischen Ausbildung oder der allgemeinen Lebenserfahrung) konfundiert ist (Beutler, 1997) (vgl. auch Kapitel 2.2). Diese Faktoren konnten im Rahmen dieser Studie nicht kontrolliert werden, allerdings liegen andere Befunde vor, die daraufhin weisen, dass sich durch eine Reduktion konfundierender Faktoren durchaus Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Erfahrung und dem Therapieoutcome nachweisen lassen (Beutler, 2004). Als weitere Ursache der nicht bestätigten Effekte könnte neben der Möglichkeit einer zu geringen Stichprobengröße angeführt werden, dass die Therapeutengruppen hinsichtlich ihres Erfahrungszuwachses im Rahmen des Ausbildungskontextes zu ähnlich konzipiert wurden und die Erfahrungsunterschiede daher zu geringfügig sind, als dass sie sich im Behandlungsergebnis widerspiegeln könnten. In Folgestudien wäre es vor diesem Hintergrund interessant, die adressierte Fragestellung anhand des Vergleichs von Ausbildungstherapeuten und langjährig approbierten Therapeuten zu überprüfen.

Allerdings zeigte sich hypothesenkonform, dass unerfahrene Ausbildungstherapeuten unter Kontrolle der initialen Symptomschwere signifikant mehr Therapiesitzungen für einen vergleichbaren Behandlungserfolg benötigen als erfahrene Therapeuten. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Befunden von Buckley et al. (2006), die ebenfalls eine höhere Effizienz bei erfahreneren Psychotherapeuten nachweisen konnten. Dabei kann diskutiert werden, wodurch genau die größere Behandlungseffizienz erreicht wird. So kann einerseits

---

neben dem Argument einer zunehmenden Arbeitsroutine vermutet werden, dass in den Therapien unerfahrener Ausbildungstherapeuten klinisch relevante Symptomverbesserungen zu einem späteren Zeitpunkt eintreten als bei erfahreneren Kollegen, beispielsweise dadurch bedingt, dass erst verschiedene Interventionen angewandt werden, bis eine wirksame therapeutische Strategie etabliert wird (vgl. z.B. Okiishi et al., 2006). Andererseits könnte dieser Befund auch darauf zurückgeführt werden, dass durchaus ähnliche zeitliche Symptomverläufe stattfinden, dass aber unerfahrene Ausbildungstherapeuten ihre Behandlungen aus verschiedenen Gründen später beenden (z.B. da sie Symptomverbesserungen eventuell erst später wahrnehmen oder als noch nicht ausreichend erachten oder Bedenken haben, die therapeutische Beziehung zu lösen). Zur weiteren Klärung dieser Aspekte könnten in Folgestudien detailliertere Analysen im Therapieverlauf mit ergänzenden Datenerhebungen (bspw. mit Therapeutenbefragungen oder unter Einbezug der entsprechenden Supervisionsprotokolle) vorgenommen werden.

Bezüglich des Einflusses komorbider Persönlichkeitsstörungen ergaben sich, wie in Hypothese H2 formuliert wurde, erwartungskonform vergleichbare Symptomreduktionen in beiden Patientengruppen (PS-Gruppe und Non-PS-Gruppe). Somit scheint sich das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung nicht negativ auf den Therapieerfolg auszuwirken. Dieses Ergebnis schließt sich den Befunden einiger neuerer Studien an, die ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede in den Behandlungsergebnissen von Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen feststellen konnten (z.B. Mulder, 2002; Muszer & Bailer, 2011; Van den Hout et al., 2006) (vgl. auch Kapitel 2.3). Dennoch scheint sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf den Therapieprozess in Form einer tendenziellen Zunahme der Behandlungsdauer auszuwirken. Dieser Befund erreichte allerdings keine statistische Signifikanz, was vermutlich auf die geringe Stichprobengröße in der PS-Gruppe zurückgeführt werden kann. Zudem zeigte sich, entgegen der Befunde von Crits-Christoph und Kollegen (1991) bzw. Stein und Lambert (1995), keine signifikante Interaktion zwischen der Inputvariable der therapeutischen Erfahrung und dem Vorliegen komorbider Persönlichkeitsstörungen. Somit scheinen unerfahrene Ausbildungstherapeuten unabhängig von einer persönlichkeitsassoziierten Komorbidität vergleichbare Symptomreduktionen zu erzielen wie erfahrene Ausbildungstherapeuten und scheinen folglich auch mit stärker belasteten Patienten erfolgreiche Behandlungen absolvieren zu können. Vor dem Hintergrund dieser Befunde kann vermutet werden, dass die Behandlung von Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen zwar ähnlich erfolgreich, jedoch möglicherweise durchaus komplikationsreicher verläuft als die Therapien nicht persönlichkeitsgestörter Patienten (vgl. Muszer & Bailer, 2011), was sich in der tendenziell längeren Therapiedauer der PS-Gruppe widerspiegelt. Dabei könnte ein individuelles, an die spezifischen Bedürfnisse der Patienten angepasstes Behandlungsangebot bewirkt haben,



---

dass sich keine negativen Auswirkungen dieser Komorbidität auf den Therapieerfolg ergeben haben. An dieser Stelle könnten zukünftige Analysen weitere Aussagen über die Hintergründe der vergleichbaren Behandlungserfolge von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen ermöglichen (beispielsweise unter Berücksichtigung der jeweiligen Therapieinhalte und spezifischen therapeutischen Techniken, der Sitzungsfrequenz oder der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Supervision).

### *Limitationen*

Diese naturalistische Studie weist, neben den bereits oben erwähnten Limitationen, weitere methodische Einschränkungen auf, die im Folgenden abschließend diskutiert werden. Bezüglich der Erfahrungsvariablen war es nicht möglich, den individuellen Zuwachs an therapeutischer Erfahrung in den verschiedenen Therapeutengruppen zu kontrollieren. So ist es prinzipiell denkbar, dass verschiedene Therapeuten aufgrund einer unterschiedlichen Anzahl wöchentlicher Patientenkontakte über einen unterschiedlichen Zuwachs an therapeutischer Erfahrung verfügen, wodurch potentielle Erfahrungsunterschiede nivelliert werden könnten. Zudem könnten die Erfahrungsunterschiede unterschätzt worden sein, da nicht jeder Therapeut in beiden Erfahrungsgruppen vertreten war und somit eine Konfundierung mit anderen, interindividuellen Therapeuteneigenschaften (wie bspw. mit spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen der verschiedenen Therapeuten) nicht ausgeschlossen werden kann. Des Weiteren beschränkt sich diese Studie auf den Kontext einer Ausbildungsambulanz, sodass die Befunde nicht auf die Therapien niedergelassener, langjährig erfahrener Psychotherapeuten übertragen werden können. Bezüglich der Analysen zum Einfluss komorbider Persönlichkeitsstörungen muss einschränkend erwähnt werden, dass diese an primär depressiven Patienten durchgeführt wurden, weshalb die Ergebnisse nicht auf andere Störungsbilder generalisiert werden können. Darüber hinaus konnten aufgrund der geringen Stichprobengröße keine Subgruppenanalysen für die verschiedenen Persönlichkeitscluster berechnet werden. Zudem wurde das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausschließlich vom behandelnden Therapeuten diagnostiziert, was die Reliabilität der Diagnosestellung potentiell beeinträchtigt haben könnte. Als weitere Limitation ist zu erwähnen, dass die untersuchten Therapien individuelle, kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierte Einzeltherapien darstellten, in denen kein einheitliches Behandlungsmanual angewandt wurde. Aufgrund der Ermangelung einer Kontrollgruppe kann des Weiteren nicht ausgeschlossen werden, dass Spontanremissionen, vor allem in den Depressionswerten des BDI-II, für die positiven Therapieeffekte verantwortlich sein könnten. Da nur der unmittelbare Therapieerfolg erfasst wurde, können zudem keine Aussagen über therapeutische Langzeiteffekte getroffen werden. Trotz dieser Limitationen ermöglicht diese Studie erste Hinweise darauf, dass Ausbildungstherapeuten unabhängig

---

von ihrer praktischen Erfahrung erfolgreiche Therapien, auch mit schwer belasteten Patienten, absolvieren können.

## **4. Studie 2: Subjektive Therapeuteneinschätzungen angewandter KVT-Techniken im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen**

Das Anliegen der zweiten Studie bestand darin, störungsspezifische KVT-Techniken im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg in der ambulanten Routineversorgung depressiver Patienten zu untersuchen. Dabei wurden zentrale, depressionsspezifische Techniken aus den Behandlungsmodulen „Aufbau positiver Aktivitäten“, „Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen“ und „Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen“ adressiert (siehe Kapitel 2.5). Zudem sollten die angewandten KVT-Techniken mittels retrospektiver Therapeuteneinschätzungen erfasst werden, da vorhergehende Studien bereits erste Hinweise auf die Validität retrospektiver Therapeutenurteile bezüglich angewandter therapeutischer (Trauma-)Interventionen (Kliem, Kröger, Bayat Sarmadi, & Kosfelder, 2012) sowie allgemeiner therapeutischer Kompetenzen ermittelt konnten, welche signifikant mit dem Therapieoutcome assoziiert waren (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen, & Rønnestad, 2013). Der Behandlungserfolg sollte durch Response- und Remissionsanalysen beschrieben, da diese oftmals prägnantere und klinisch bedeutsamere Ergebnisse als Mittelwertanalysen ermöglichen (Hiller et al., 2011). Vor diesem Hintergrund sollte in dieser Studie überprüft werden, ob die retrospektiven Therapeutenurteile bezüglich der Anwendungsintensität störungsspezifischer KVT-Techniken ein valides Maß zur Outcomeprädiktion darstellen bzw. ob diese positiv mit der Therapieresponse und Remission depressiver Störungen assoziiert sind (Hypothese H3).

### **4.1 Methode Studie 2**

#### *Setting*

Die Daten der Studie 2 wurden ebenfalls im Zentrum für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der Universität Heidelberg erhoben. Die Zuteilung der Patienten zum Therapeuten erfolgte zufällig. Für die anonymisierte Verwendung und Auswertung der therapiebezogenen Daten wurde von allen Patienten eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt.

#### *Studiendesign*

Das Design der zweiten Studie wurde analog zu dem der ersten Studie konzipiert. Während die erste Messung (T1) zu Beginn der probatorischen Sitzungen stattfand, erfolgte die zweite

Messung (T2) am Behandlungsende. Es wurden regulär beendete Therapien sowie Behandlungen mit qualitätsrelevanten und nicht-qualitätsrelevanten Abbrüchen definiert (vgl. Kapitel 3.1). Bei Therapieabbrüchen wurde die fehlende Abschlussdiagnostik durch die letzte vorhandene Verlaufsmessung ersetzt (Last-Observation-Carried-Forward-Methode LOCF).

### *Messinstrumente*

Es wurden Therapeuteneinschätzungen von zehn depressionsspezifischen KVT-Techniken aus den drei Behandlungsmodulen „Aufbau positiver Aktivitäten“, „Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen“ und „Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen“ retrospektiv am Behandlungsende (T2) erhoben. Tabelle 6 gibt die erfassten KVT-Techniken im Einzelnen wieder. Die Erhebung der Therapeuteneinschätzungen erfolgte mithilfe der Basisdokumentation „BaDo3“, welche in Anlehnung an das Dokumentationssystem „PSYCHO-DOK“ von Laireiter, Lettner und Baumann (1998) entwickelt wurde und in zahlreichen universitären Ausbildungsinstituten (Unith-Instituten) eingesetzt wird (siehe Anhang A.5). Die Techniken wurden durch den behandelnden Therapeuten hinsichtlich der Intensität ihrer Anwendung auf einer dreistufigen Skala beurteilt. Dabei bedeutete eine geringe Intensität der Anwendung (1) einen seltenen Einsatz mit wenig Aufwand, eine mittlere Intensität (2) einen mehrfachen Einsatz mit durchschnittlichem Aufwand und eine hohe Anwendungsintensität (3) einen häufigen Einsatz mit großem Aufwand. Um eine einheitliche Handhabung der Skalierung zu gewährleisten, erfolgte eine ausführliche Schulung der behandelnden Therapeuten hinsichtlich der Beurteilung der KVT-Techniken anhand der BaDo3 im Rahmen eines institutsinternen Diagnostik-Seminars.

**Tabelle 6:** Beschreibung der erfassten KVT-Techniken der Studie 2.

<b>Therapiemodul</b>	<b>Techniken</b>
Aufbau positiver Aktivitäten	Aufbau positiver Aktivitäten (Verstärkerliste u.a.)
	Vermittlung eines Entspannungsverfahrens (PMR, AT)
	Tages- oder Wochenstrukturierungen (Verhaltenspläne)
Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen	Sokratischer Dialog (geleitetes Entdecken, verbale Disputation)
	Entpathologisieren von Befürchtungen
	Mehr-Spalten-Technik nach Beck
Förderung sozialer & problemlösender Kompetenzen	Kognitive Umstrukturierung durch Verhaltensexperimente
	Rollenspiele (z.B. zur Förderung des Konfliktverhaltens)
	Modelllernen
	Problemlösetraining (mit Stufenplan)

*Anmerkungen:* PMR = Progressive Muskelrelaxation; AT = Autogenes Training.

---

Als störungsspezifisches Outcome-Instrument wurde die revidierte Auflage des Becks Depressions-Inventars (BDI-II) (Hautzinger et al., 2006) verwendet. Zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie wurde die deutsche Version des Brief Symptom Inventory (BSI) eingesetzt (Franke, 2000). Als zentraler Kennwert der psychischen Belastung wurde der Global Severity Index (GSI) verwendet. Patienten mit einem GSI-Wert  $> .56$  wurden als psychisch belastet eingestuft (Hiller et al., 2011).

Als Kontrollvariablen wurden soziodemographische Merkmale der Patienten (Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsabschluss), störungsrelevante Maße (Symptomschwere zu Therapiebeginn, Anzahl komorbider Diagnosen, Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen) sowie therapiebezogene Variablen (Anzahl ambulanter und stationärer Vorbehandlungen, Therapiedauer) erfasst. Von diesen Variablen waren lediglich die initiale Symptomschwere (im GSI) sowie die Anzahl stationärer Vorbehandlung signifikant mit Therapieresponse bzw. Remission assoziiert und wurden in den nachfolgenden Analysen kontrolliert (initiale Symptomschwere und Remission:  $r = -.313, p < .01$ ; Anzahl stationärer Vorbehandlungen und Response:  $r = -.233, p < .05$  bzw. Remission:  $r = -.260, p < .01$ ). Alle übrigen genannten Variablen wiesen keine bedeutsamen Assoziationen mit dem Behandlungserfolg auf ( $p > .05$ ) und wurden daher aus Gründen der Übersichtlichkeit in den nachfolgenden Analysen nicht weiter berücksichtigt.

### *Stichprobe*

Die Stichprobe der Studie 2 entsprach der Stichprobe der ersten Studie und schloss ausschließlich Patienten mit einer depressiven Episode (F32) oder rezidivierenden depressiven Störung (F33) als Primärdiagnose sowie einem pathologischen BDI-II-Prä-Wert  $> 14.29$  ein (vgl. Hiller et al., 2011). Die Intention-to-Treat- (ITT) Stichprobe bestand aus  $N = 109$  Patienten, mit  $N = 89$  regulär abgeschlossenen Behandlungen (Completer) und  $N = 20$  qualitätsrelevanten Abbrüchen (Non-Completer). Completer und Non-Completer waren hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und anfänglicher Symptomschwere vergleichbar ( $p > .05$ ). Für eine detaillierte Beschreibung der verwendeten Stichprobe sei auf Tabelle 1 in Kapitel 3.1 verwiesen.

Die ITT-Stichprobe wurde von  $N = 55$  Therapeuten in fortgeschrittener verhaltenstherapeutischer Ausbildung (nach erfolgreicher Absolvierung der Zwischenprüfung) behandelt. Die Therapeutenstichprobe wies ein durchschnittliches Alter von  $M = 32.51$  Jahren ( $SD = 5.82$ ) auf, 89.1% ( $N = 49$ ) waren weiblich.

### *Statistische Auswertung*

Gruppenunterschiede wurden mittels univariater Varianzanalysen bzw.  $\chi^2$ -Tests überprüft. Zur Ermittlung des Therapieoutcomes wurden t-Tests mit gepaarten Stichproben in den

---

jeweiligen Gruppen durchgeführt. Prä-Post-Effektstärken wurden mithilfe Cohen's  $d$  berechnet (Cohen, 1988), wobei Effektstärken (ES)  $\geq .20$  als klein,  $\geq .50$  als mittelgradig,  $\geq .80$  als groß bewertet wurden. Response, als das Ansprechen auf die Behandlung, und Remission, als erreichte Symptombefreiheit, wurden störungsspezifisch anhand des BDI-II operationalisiert. Gemäß der Methode der prozentualen Besserung (Hiller & Schindler, 2011) wurde Response als eine Besserung von 50% im pathologischen Wertebereich bei gleichzeitiger Besserung um 25% im gesamten Wertebereich des BDI-II definiert. Remission lag beim Erreichen eines nicht-pathologischen BDI-II-Post-Wertes  $< 14.29$  und gleichzeitiger Response zu T2 vor (Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984). Zur Überprüfung der zentralen Fragestellung wurden binäre logistische Regressionsanalysen berechnet. Dabei wurden jeweils separate Analysen für die beiden abhängigen Variablen Response und Remission durchgeführt. Die beiden oben beschriebenen Kontrollvariablen (initiale Symptomschwere (GSI) und Anzahl stationärer Vorbehandlungen) wurden als Kovariaten in den Regressionsanalysen berücksichtigt. Die Anwendungsintensität der jeweiligen Techniken ging als kategorialer Prädiktor mit den oben beschriebenen Ausprägungen „geringe“ versus (vs.) „mittlere“ vs. „hohe Intensität“ in die Analysen ein. Die erste Kategorie „geringe Intensität“ wurde als Referenzkategorie festgelegt. Die Prädiktorenselktion erfolgte rückwärts-bedingt auf Basis von Log-Likelihoodtests. Die  $\alpha$ -Fehlerwahrscheinlichkeit wurde konventionell auf einem 5%-Niveau festgelegt, alle Tests erfolgten zweiseitig.

## 4.2 Ergebnisse Studie 2

### *Therapieoutcome*

Die Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche des BDI-II und GSI sind mit denen der Studie 1 identisch. Daher sei für eine ausführliche Beschreibung des Therapieoutcomes auf Tabelle 3 in Kapitel 3.2 verwiesen. In den ITT- und Completer-Stichproben zeigten sich signifikante Symptomreduktionen mit mittleren bis großen Effektstärken (BDI-II: ITT:  $d = .98$ , Completer:  $d = 1.20$ ,  $p < .001$ ; GSI: ITT:  $d = .50$ , Completer:  $d = .66$ ,  $p < .001$ ). Die Therapieresponse lag in der ITT-Stichprobe bei 53.2%, die Remissionsrate bei 46.8%. Bei den Completern zeigten sich leicht höhere Response- und Remissionsraten von 58.4% bzw. 51.7%.

### *Anwendung von KVT-Techniken im Zusammenhang mit Response und Remission*

Die folgenden Analysen wurden für die ITT- und die Completer-Stichprobe getrennt durchgeführt, die Ergebnisse waren konzeptuell identisch. Um auch problematische Behandlungsverläufe zu berücksichtigen, werden im Folgenden ausschließlich die Ergebnisse der konservativeren Berechnungsmethode der ITT-Stichprobe dargestellt. Tabelle 7 enthält eine deskriptive Darstellung der von den Therapeuten beurteilten Intensität der angewandten KVT-Techniken. Tabelle 8 gibt die korrelativen Zusammenhänge zwischen

den Anwendungsintensitäten der einzelnen KVT-Techniken wieder. In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Befunde der logistischen Regressionsanalysen beschrieben. Eine ausführliche Darstellung dieser Ergebnisse erfolgt in Tabelle 9 am Ende des Ergebnisteils.

**Tabelle 7:** Beschreibung der Anwendungsintensitäten der KVT-Techniken der Studie 2.

Techniken	Gesamt N	gering N (%)	mittel N (%)	hoch N (%)
Aufbau pos. Aktivitäten	109	15 (13.8%)	28 (25.7%)	66 (60.6%)
Entspannungsverfahren	108	79 (73.1%)	18 (16.7%)	11 (10.2%)
Tagesstrukturierung	107	41 (38.3%)	19 (17.8%)	47 (43.9%)
Sokratischer Dialog	109	22 (20.2%)	38 (34.9%)	49 (45.0%)
Entpathologisieren	106	28 (26.4%)	36 (34.0%)	42 (39.6%)
Mehrspaltentechnik	106	48 (45.3%)	25 (23.6%)	33 (31.1%)
Verhaltensexperimente	107	45 (42.1%)	33 (30.8%)	29 (27.1%)
Rollenspiele	105	44 (41.9%)	33 (31.4%)	28 (26.7%)
Modelllernen	105	62 (59.0%)	28 (26.7%)	15 (14.3%)
Problemlösetraining	106	72 (67.9%)	19 (17.9%)	15 (14.2%)

*Anmerkungen:* N = Häufigkeitsangaben für geringe vs. mittlere vs. hohe Intensität der angewandten Techniken.

**Tabelle 8:** Korrelative Zusammenhänge zwischen den Anwendungsintensitäten der einzelnen KVT-Techniken der Studie 2.

Variablen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Aufbau pos. Aktivitäten	-	.16	.47***	.46***	.33**	.39***	.25*	.13	.24*	.24*
2. Entspannungsverfahren		-	.02	.19	.20*	.24*	.19	.07	.02	.01
3. Tagesstrukturierung			-	.32**	.26**	.36***	.19	.13	.26**	.44***
4. Sokratischer Dialog				-	.47***	.60***	.26**	.26**	.34***	.26**
5. Entpathologisieren					-	.29**	.41***	.17	.37***	.30**
6. Mehrspaltentechnik						-	.24*	.26**	.43***	.22*
7. Verhaltensexperimente							-	.37***	.35***	.16
8. Rollenspiele								-	.37***	.13
9. Modelllernen									-	.31**
10. Problemlösetraining										-

*Anmerkungen:* Korrelationskoeffizienten nach Spearman; Signifikanzniveau: \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .

---

### *Behandlungsmodul „Aufbau positiver Aktivitäten“*

Die Therapeutenurteile zum Aufbau positiver Aktivitäten waren bei mittlerer Anwendungsintensität mit einer im Vergleich zur geringen Anwendungsintensität signifikant erhöhten Responsewahrscheinlichkeit assoziiert ( $p = .041$ , Odds Ratio  $OR = 4.28$ , Nagelkerkes  $R^2 = .11$ ). Bei einer hoch eingeschätzten Anwendungsintensität dieser Technik konnte für die Responsewahrscheinlichkeit ein tendenzieller additiver Effekt ermittelt werden, der jedoch keine statistische Signifikanz erreichte ( $p > .05$ ). Für die Remission stellte der Aufbau positiver Aktivitäten bei rückwärts-bedingter Variablenselektion keinen bedeutsamen Prädiktor dar ( $p > .05$ ,  $R^2 = .19$ ).

Entspannungsverfahren waren bei mittlerer Anwendungsintensität im Vergleich zur geringen Anwendungsintensität bedeutsam mit einer erhöhten Response- und Remissionswahrscheinlichkeit assoziiert (Response:  $p = .029$ ,  $OR = 4.24$ ,  $R^2 = .13$ ; Remission:  $p = .013$ ,  $OR = 6.22$ ,  $R^2 = .26$ ). Eine als hoch beurteilte Anwendungsintensität von Entspannungsverfahren stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit einer weiteren Verbesserung der Response- und Remissionswahrscheinlichkeit ( $p > .05$ ).

Die retrospektive Einschätzung der Tages- und Wochenstrukturierung mit Verhaltensplänen stellte weder für die Response noch für die Remission einen signifikanten Prädiktor dar ( $p > .05$ , Response:  $R^2 = .06$ ; Remission:  $R^2 = .17$ ). Die vollständigen Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen sind in Tabelle 9 am Ende des Ergebnisteils aufgeführt.

### *Behandlungsmodul „Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen“*

Der sokratische Dialog und das Entpathologisieren von Befürchtungen waren erst bei einer hoch eingeschätzten Anwendungsintensität mit einer erhöhten Response- und Remissionswahrscheinlichkeit bedeutsam assoziiert (Sokratischer Dialog: Response:  $p = .007$ ,  $OR = 4.46$ ,  $R^2 = .18$ ; Remission:  $p = .019$ ,  $OR = 4.06$ ,  $R^2 = .29$ ; Entpathologisieren: Response:  $p = .001$ ,  $OR = 6.00$ ,  $R^2 = .19$ ; Remission:  $p = .004$ ,  $OR = 5.48$ ,  $R^2 = .29$ ). Bei mittlerer Anwendungsintensität standen beide Techniken dagegen in keinem signifikanten Zusammenhang mit einer erhöhten Response- und Remissionsrate ( $p > .05$ ).

Bei der Mehrspaltentechnik zeigte sich bei mittlerer im Vergleich zur geringen Anwendungsintensität eine signifikante Erhöhung der Response- ( $p = .030$ ,  $OR = 3.18$ ,  $R^2 = .13$ ) sowie eine tendenzielle Zunahme der Remissionsrate ( $p = .082$ ,  $R^2 = .23$ ). Eine hohe Anwendungsintensität dieser Technik war hingegen signifikant mit einer erhöhten Remissionswahrscheinlichkeit ( $p = .036$ ,  $OR = 2.86$ ) und tendenziell mit einer erhöhten Therapieresponse assoziiert ( $p = .066$ ).

Die subjektiv eingeschätzte Anwendung von Verhaltensexperimenten stand lediglich mit der Remissionswahrscheinlichkeit in einem signifikanten Zusammenhang. Bei einer als hoch

---

intensiv beurteilten Anwendung dieser Technik zeigte sich eine signifikante Zunahme der Remissionsrate im Vergleich zur Referenzkategorie ( $p = .013$ ,  $OR = 3.91$ ,  $R^2 = .25$ ).

*Behandlungsmodul „Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen“*

Die Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Durchführung von Rollenspielen und Problemlösetrainings waren lediglich mit dem Erreichen einer Remission signifikant assoziiert. Bei mittlerer Anwendungsintensität dieser Techniken zeigte sich eine signifikant erhöhte Remissionsrate im Vergleich zur geringen Anwendungsintensität (Rollenspiele:  $p = .029$ ,  $OR = 3.15$ ,  $R^2 = .22$ ; Problemlösetraining:  $p = .028$ ,  $OR = 3.82$ ,  $R^2 = .22$ ). Eine wahrgenommene hohe Anwendungsintensität beider Techniken ergab hingegen keinen signifikanten, additiven Effekt ( $p > .05$ ).

Modelllernen stand sowohl bei mittlerer als auch bei hoher retrospektiv bewerteter Anwendungsintensität im Zusammenhang mit einer signifikanten Zunahme der Response- und Remissionsrate im Vergleich zur geringen Anwendungsintensität. (Response: mittlere Intensität:  $p = .018$ ,  $OR = 3.24$ ; hohe Intensität:  $p = .024$ ,  $OR = 4.82$ ,  $R^2 = .17$ ; Remission: mittlere Intensität:  $p = .030$ ,  $OR = 3.04$ ; hohe Intensität:  $p = .025$ ,  $OR = 4.79$ ,  $R^2 = .26$ ).

Als Zusatzanalyse wurden diejenigen KVT-Techniken, welche sich in den Einzelregressionsanalysen als bedeutsame Prädiktoren gezeigt hatten, in einem kombinierten Gesamtmodell integriert. Dabei erwiesen sich für die Therapieresponse die Anwendung von Entspannungsverfahren sowie die kognitive Technik des Entpathologisierens als relevante, verbleibende Prädiktoren im Gesamtmodell (Entspannungsverfahren: mittlere Intensität:  $p = .027$ ,  $OR = 5.65$ ; hohe Intensität:  $p = .445$ ,  $OR = .54$ ; Entpathologisieren: mittlere Intensität:  $p = .161$ ,  $OR = 2.18$ ; hohe Intensität:  $p = .002$ ,  $OR = 6.68$ ,  $R^2 = .27$ ). Alle übrigen Techniken waren bei rückwärts-bedingter Regressionsmethode im endgültigen Modell nicht mehr enthalten. Im analogen Gesamtmodell für die Remission verblieben die Techniken der Entspannungsverfahren, des sokratischen Dialogs, des Modelllernens sowie der Problemlösetrainings als relevante Prädiktoren (Entspannungsverfahren: mittlere Intensität:  $p = .025$ ,  $OR = 7.92$ ; hohe Intensität:  $p = .761$ ,  $OR = .78$ ; sokratischer Dialog: mittlere Intensität:  $p = .537$ ,  $OR = .65$ ; hohe Intensität:  $p = .209$ ,  $OR = 2.47$ ; Modelllernen: mittlere Intensität:  $p = .040$ ,  $OR = 3.38$ ; hohe Intensität:  $p = .199$ ,  $OR = 2.90$ ; Problemlösetrainings: mittlere Intensität:  $p = .037$ ,  $OR = 4.80$ ; hohe Intensität:  $p = .562$ ,  $OR = .63$ ,  $R^2 = .45$ ).



**Tabelle 9:** Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen der Studie 2.

Technik	AV	UV / KV	B (SE)	p	OR	KI
Aufbau pos. Aktivitäten	Response	<i>GSI zu T1*</i>	-.42 (.30)	.169	.66	.37- 1.19
		Stat. Vorbehandl.	-.22 (.12)	.070	.80	.63- 1.02
		Mittlere Intensität	1.45 (.71)	.041	4.28	1.06- 17.33
		Hohe Intensität	1.23 (.64)	.056	3.41	.97- 12.01
	Remission	GSI zu T1	-.89 (.35)	.011	.41	.21- .82
		Stat. Vorbehandl.	-.30 (.16)	.063	.74	.54- 1.02
		<i>Mittlere Intensität*</i>	1.37 (.76)	.069	3.94	.89- 17.27
		<i>Hohe Intensität*</i>	.85 (.67)	.208	2.33	.62- 8.74
Entspannungs- verfahren	Response	<i>GSI zu T1*</i>	-.36 (.31)	.242	.69	.38- 1.28
		Stat. Vorbehandl.	-.25 (.12)	.032	.78	.62- .98
		Mittlere Intensität	1.44 (.66)	.029	4.24	1.16- 15.45
		Hohe Intensität	-.23 (.66)	.726	.79	.22- 2.89
	Remission	GSI zu T1	-.82 (.37)	.028	.44	.21- .91
		Stat. Vorbehandl.	-.31 (.15)	.035	.73	.55- .98
		Mittlere Intensität	1.83 (.74)	.013	6.22	1.47- 26.42
		Hohe Intensität	-.29 (.71)	.686	.75	.19- 3.00
Tagesstrukturierung	Response	<i>GSI zu T1*</i>	-.34 (.31)	.274	.71	.39- 1.31
		Stat. Vorbehandl.	-.23 (.12)	.054	.79	.63- 1.00
		<i>Mittlere Intensität*</i>	-.49 (.57)	.391	.62	.20- 1.86
		<i>Hohe Intensität*</i>	-.19 (.44)	.673	.83	.35- 1.97
	Remission	GSI zu T1	-.84 (.36)	.019	.43	.21- .87
		Stat. Vorbehandl.	-.30 (.16)	.061	.74	.54- 1.01
		<i>Mittlere Intensität*</i>	-.24 (.59)	.690	.79	.25- 2.51
		<i>Hohe Intensität*</i>	-.01 (.46)	.985	.99	.40- 2.46
Sokratischer Dialog	Response	<i>GSI zu T1*</i>	-.42 (.30)	.169	.66	.37- 1.19
		Stat. Vorbehandl.	-.26 (.12)	.028	.77	.62- .97
		Mittlere Intensität	.27 (.56)	.629	1.31	.44- 3.92
		Hohe Intensität	1.50 (.56)	.007	4.46	1.50- 13.28
	Remission	GSI zu T1	-.97 (.39)	.012	.38	.18- .81
		Stat. Vorbehandl.	-.29 (.15)	.049	.75	.56- .99

		Mittlere Intensität	.01 (.61)	.991	1.01	.30- 3.35
		Hohe Intensität	1.40 (.60)	.019	4.06	1.26- 13.09
Entpathologisieren	Response	<i>GSI zu T1*</i>	<i>-.36 (.31)</i>	<i>.252</i>	<i>.70</i>	<i>.38- 1.29</i>
		Stat. Vorbehandl.	-.34 (.13)	.009	.72	.56- .92
		Mittlere Intensität	.61 (.52)	.243	1.84	.66- 5.15
		Hohe Intensität	1.79 (.56)	.001	6.00	1.98- 18.13
	Remission	GSI zu T1	-1.09(.39)	.005	.36	.16- .72
		Stat. Vorbehandl.	-.37 (.16)	.021	.69	.51- .95
		Mittlere Intensität	.38 (.56)	.498	1.46	.49- 4.35
		Hohe Intensität	1.70 (.60)	.004	5.48	1.71- 17.60
Mehrspaltentechnik	Response	<i>GSI zu T1*</i>	<i>-.31 (.31)</i>	<i>.329</i>	<i>.74</i>	<i>.39- 1.36</i>
		Stat. Vorbehandl.	-.24 (.12)	.039	.78	.62- .99
		Mittlere Intensität	1.16 (.54)	.030	3.18	1.12- 9.08
		Hohe Intensität	.87 (.48)	.066	2.39	.94- 6.08
	Remission	GSI zu T1	-.70 (.38)	.066	.49	.23- 1.05
		Stat. Vorbehandl.	-.32 (.16)	.043	.73	.54- .99
		Mittlere Intensität	.96 (.55)	.082	2.59	.89- 7.62
		Hohe Intensität	1.05 (.50)	.036	2.86	1.07- 7.62
Verhaltens- experimente	Response	<i>GSI zu T1*</i>	<i>-.37 (.31)</i>	<i>.228</i>	<i>.69</i>	<i>.38- 1.26</i>
		Stat. Vorbehandl.	-.25 (.13)	.051	.78	.61- 1.00
		<i>Mittlere Intensität*</i>	<i>.39 (.47)</i>	<i>.413</i>	<i>1.47</i>	<i>.58- 3.73</i>
		<i>Hohe Intensität*</i>	<i>1.07 (.51)</i>	<i>.037</i>	<i>2.91</i>	<i>1.07- 7.95</i>
	Remission	GSI zu T1	-.98 (.38)	.011	.37	.18- .79
		Stat. Vorbehandl.	-.33 (.17)	.059	.72	.52- 1.01
		Mittlere Intensität	.22 (.51)	.663	1.25	.46- 3.39
		Hohe Intensität	1.36 (.55)	.013	3.91	1.34- 11.43
Rollenspiele	Response	<i>GSI zu T1*</i>	<i>-.28 (.31)</i>	<i>.369</i>	<i>.75</i>	<i>.41- 1.39</i>
		Stat. Vorbehandl.	-.21 (.13)	.090	.81	.63- 1.03
		<i>Mittlere Intensität*</i>	<i>1.00 (.49)</i>	<i>.040</i>	<i>2.73</i>	<i>1.05- 7.11</i>
		<i>Hohe Intensität*</i>	<i>.53 (.50)</i>	<i>.292</i>	<i>1.69</i>	<i>.64- 4.49</i>
	Remission	GSI zu T1	-.93 (.38)	.014	.39	.18- .83
		Stat. Vorbehandl.	-.28 (.17)	.101	.76	.55- 1.06

		Mittlere Intensität	1.15 (.53)	.029	3.15	1.13- 8.80
		Hohe Intensität	.76 (.52)	.148	2.13	.77- 5.96
Modelllernen	Response	<i>GSI zu T1*</i>	<i>-.28 (.31)</i>	<i>.369</i>	<i>.75</i>	<i>.41- 1.39</i>
		Stat. Vorbehandl.	-.27 (.12)	.030	.77	.60- .98
		Mittlere Intensität	1.17 (.50)	.018	3.24	1.23- 8.54
		Hohe Intensität	1.57 (.69)	.024	4.82	1.24- 18.76
	Remission	GSI zu T1	-.93 (.39)	.017	.39	.18- .85
		Stat. Vorbehandl.	-.34 (.16)	.041	.72	.52- .99
		Mittlere Intensität	1.11 (.51)	.030	3.04	1.12- 8.27
		Hohe Intensität	1.57 (.70)	.025	4.79	1.22- 18.80
Problemlösetraining	Response	<i>GSI zu T1*</i>	<i>-.28 (.31)</i>	<i>.371</i>	<i>.76</i>	<i>.41- 1.39</i>
		Stat. Vorbehandl.	-.23 (.12)	.054	.79	.63- 1.00
		<i>Mittlere Intensität*</i>	<i>1.07 (.59)</i>	<i>.070</i>	<i>2.92</i>	<i>.91- 9.34</i>
		<i>Hohe Intensität*</i>	<i>.28 (.59)</i>	<i>.642</i>	<i>1.32</i>	<i>.41- 4.19</i>
	Remission	GSI zu T1	-.88 (.39)	.022	.41	.19- .88
		Stat. Vorbehandl.	-.39 (.18)	.030	.68	.48- .96
		Mittlere Intensität	1.34 (.61)	.028	3.82	1.15- 12.67
		Hohe Intensität	.38 (.62)	.544	1.46	.43- 4.94

*Anmerkungen:* AV = Abhängige Variable; UV = Unabhängige Variable: Intensität der jeweils angewandten Technik (mittlere und hohe Intensität im Vergleich zur Referenzkategorie „geringe Intensität“); KV = Kontrollvariablen: Initiale Symptomschwere (GSI zu T1) und Anzahl stationärer Vorbehandlungen; B = Regressionskoeffizient; SE = Standardfehler des Regressionskoeffizienten; p = Signifikanzniveau; OR = Odds Ratio = exponierter Beta-Koeffizient  $\text{Exp}(B)$ ; KI = 95%-Konfidenzintervall von  $\text{Exp}(B)$ ; \* kursive Darstellung einzelner Prädiktoren = Prädiktor war bei rückwärts-bedingter Regressionsmethode im endgültigen, reduzierten Modell nicht mehr enthalten. Die Darstellung der entsprechenden Kennwerte erfolgt aus Gründen der Vollständigkeit.

### 4.3 Diskussion Studie 2

Ziel der zweiten Studie war, den Zusammenhang von subjektiven, retrospektiven Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Intensität von KVT-Techniken und dem Therapieerfolg bei depressiven Störungen zu analysieren. Zunächst konnten positive Befunde zum Therapieoutcome von Ausbildungstherapien im naturalistischen Setting ermittelt werden. Die Prä-Post-Vergleiche im BDI-II ergaben eine hochsignifikante Reduktion der depressiven Symptomatik mit großen Effektstärken (ITT:  $d = .98$ ; Completer:  $d = 1.2$ ), die in einem für Hochschul- bzw. Ausbildungsambulanzen zufriedenstellenden Bereich lagen

---

(Muszer & Bailer, 2011; Schindler & Hiller, 2010). Die Effektstärken des weniger änderungssensitiven GSI fielen erwartungsgemäß geringer aus (ITT:  $d = .50$ ; Completer:  $d = .66$ ), sie blieben allerdings auch unter den in vergleichbaren Studien erzielten Effektstärken (Heinrichs et al., 2009; Muszer & Bailer, 2011; Schindler & Hiller, 2010). Dies kann vermutlich darauf zurückgeführt werden, dass die untersuchte Stichprobe auch Patienten mit einem subklinischen GSI-Prä-Wert ( $< .56$ ) enthielt. Zudem zeigten sich zufriedenstellende Response- und Remissionsraten (Response: 53-58%; Remission: 46-51%), die mit den in anderen naturalistischen Studien erzielten Ergebnissen vergleichbar sind (Hiller & Schindler, 2011; Schindler & Hiller, 2010; Westbrook & Kirk, 2005).

Bezüglich der Anwendung störungsspezifischer Techniken, wurde ein positiver Zusammenhang zwischen der retrospektiv beurteilten Anwendungsintensität und dem Therapieoutcome erwartet (Hypothese H3). Tatsächlich zeigten sich für viele der vom Therapeuten eingeschätzten KVT-Techniken robuste, bedeutsame Zusammenhänge mit der Therapieresponse und Remission. Die verhaltensaktivierenden Techniken des Moduls „Aufbau positiver Aktivitäten“ waren bei mittlerer Anwendungsintensität stärker mit dem Behandlungserfolg assoziiert, eine hoch bewertete Intensität war hingegen nur mit einer tendenziellen bzw. mit keiner weiteren, deutlichen Verbesserung des Behandlungserfolges verbunden. Dies könnte als möglicher Hinweis dafür betrachtet werden, dass bei der Anwendung dieser Techniken ein gewisses Optimum existieren könnte, über dessen Bereich hinaus keine weitere, wesentliche Steigerung des Therapieerfolges erreicht wird. Hintergrund dafür könnte sein, dass eine hoch intensive Durchführung von verhaltensaktivierenden Techniken, wie bspw. von Entspannungsverfahren, dazu führen könnte, dass in den Therapiesitzungen zu wenig Zeit für andere wichtige Themen und Verfahren bleibt und sich daher kein deutlicher Zusammenhang zwischen der hoch intensiv eingeschätzten Anwendung dieser Techniken und dem Therapieerfolg zeigt. Darüber hinaus können die Befunde dahingehend interpretiert werden, dass verhaltensaktivierende Techniken für das Erreichen von Response insgesamt eine entscheidendere Rolle als für die Remission spielen könnten. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass das verhaltensaktivierende Behandlungsmodul typischerweise in einer frühen Behandlungsphase für die Herstellung einer ersten Symptomreduktion eingesetzt wird, um damit weiteres therapeutisches Arbeiten überhaupt erst zu ermöglichen. Allerdings muss dabei auch erwähnt werden, dass die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den Response- und Remissionswahrscheinlichkeiten teilweise sehr nah beieinander lagen (vgl. z.B. für den Aufbau positiver Aktivitäten: Response: OR = 4.28,  $p = .041$ ; Remission: OR = 3.94,  $p = .069$ ). Für die retrospektive Einschätzung von Tages- und Wochenstrukturierungen zeigte sich kein starker Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg. Möglicherweise könnte dies damit in Verbindung gebracht werden, dass ambulante Patienten als Therapievoraussetzung

---

bereits über ein Mindestmaß an Tagesstruktur verfügen und diese Technik im ambulanten Setting daher weniger fokussiert werden muss.

Für die retrospektive Einschätzung der kognitiven Techniken „sokratischer Dialog“ und „Entpathologisieren von Befürchtungen“ zeigten sich erst bei einer hoch intensiven Anwendung bedeutsame Zusammenhänge mit dem Erreichen einer Therapieresponse und Remission. Dieses Ergebnismuster kann im Einklang mit der Art und Weise kognitiven Arbeitens interpretiert werden: da dysfunktionale Kognitionen eine hohe Stabilität aufweisen, bedarf es einer häufigen und intensiven Anwendung kognitiver Techniken, um Veränderungen in kognitiven Prozessen zu erreichen (vgl. Hautzinger, 2009). Eine mittlere Anwendungsintensität dieser Techniken scheint hierfür nicht ausreichend sein. Die Therapeuteinschätzungen von Verhaltensexperimenten waren als einzige der kognitiven Techniken nicht bedeutsam mit der Therapieresponse assoziiert. Da in Verhaltensexperimenten kognitive Veränderungsmechanismen mit Verhaltensaspekten kombiniert werden (Bennett-Levy et al., 2004), könnte dieser Befund unter Umständen darauf zurückgeführt werden, dass Verhaltensexperimente möglicherweise erst dann eingesetzt werden, wenn ein Ansprechen auf die Behandlung bereits stattgefunden hat.

Die retrospektiven Therapeutenurteile über Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen standen vor allem mit dem Erreichen einer Remission in einem bedeutsamen Zusammenhang. Dabei scheint eine mittlere Anwendungsintensität dieser Techniken für das Kriterium der Remission möglicherweise ausreichend zu sein, da eine höher eingeschätzte Anwendungsintensität von Rollenspielen und Problemlösetechniken mit keiner weiteren, deutlichen Verbesserung des Behandlungserfolges assoziiert war. Auch dies könnte, analog zu den Befunden der verhaltensaktivierenden Techniken, damit in Verbindung gebracht werden, dass ein hoch intensiver Einsatz dieser Techniken wenig Raum für die Bearbeitung alternativer Themen mit anderen Verfahren lassen könnte und sich daher kein starker Zusammenhang zwischen der als hoch intensiv beurteilten Anwendung dieser Techniken und dem Therapieerfolg zeigt. Darüber hinaus können die Befunde als Hinweis dafür gewertet werden, dass SK- und PLK-Techniken für das Kriterium der Therapieresponse möglicherweise eine eher untergeordnete Rolle spielen könnten. Dies könnte vermutlich damit in Verbindung gebracht werden, dass diese Techniken meist in einer späteren Behandlungsphase eingesetzt werden, in der eventuell die Therapieresponse bereits eingetreten ist (vgl. Hautzinger, 2008).

### *Limitationen*

Diese naturalistische Studie weist mehrere methodische Einschränkungen auf, die die Aussagekraft der Ergebnisse prinzipiell einschränken. Ziel der Studie war zu untersuchen, inwiefern subjektive, retrospektive Einschätzungen von Therapeuten bezüglich angewandter

---

KVT-Techniken mit dem Therapieerfolg assoziiert sind. Da dies von der objektiv erfassbaren und realen Anzahl von KVT-Techniken prinzipiell abzugrenzen ist, können folglich keine Aussagen darüber getroffen werden, wie intensiv die KVT-Techniken tatsächlich angewandt wurden. Zukünftige Studien könnten durch den ergänzenden Einsatz von Videoanalysen oder kontinuierlichen Stundenbögen diesen Effekt kontrollieren und somit Zusammenhänge zwischen retrospektiven subjektiven und objektiven Parametern analysieren. Darüber hinaus basieren die erfassten Techniken ausschließlich auf den Urteilen der behandelnden Therapeuten, sodass potentielle Verzerrungen aufgrund des Bewusstseins des jeweiligen Behandlungsverlaufs nicht ausgeschlossen werden können. Allerdings zeigte sich im Rahmen einer Zusatzanalyse für die meisten KVT-Techniken kein signifikanter Zusammenhang mit dem durch den Therapeuten beurteilten Therapieoutcome (gemessen anhand des globalen Funktionsniveaus GAF). Dies kann als Hinweis dafür betrachtet werden, dass die Technikanwendung weitgehend unabhängig von dem vom Therapeuten beurteilten Behandlungsergebnis erfolgte, was die Validität der retrospektiv erhobenen Therapeutenurteile für die Outcomeprädiktion unterstreicht. Dennoch könnte es in zukünftigen Forschungsarbeiten für eine weitere Validierung der Therapeutenurteile relevant sein, die Perspektive der Patienten oder unabhängiger Beobachter ergänzend miteinzubeziehen. Des Weiteren wurde in der vorliegenden Studie ausschließlich die Art und Intensität der angewandten Interventionen erfasst. In nachfolgenden Untersuchungen könnten auch weitere Facetten des Technikeinsatzes wie bspw. die Qualität der Umsetzung oder die Anpassung der Techniken an individuelle Problemkonstellationen des Patienten adressiert werden. Als weitere, generelle Limitation bei der Erfassung von Techniken muss erwähnt werden, dass keine definitive Abgrenzung der einzelnen Techniken erfolgen kann, da in der Praxis häufig Überschneidungen mehrerer Interventionen auftreten (wie z.B. eine Analyse dysfunktionaler Kognitionen im Rahmen von Rollenspielen oder bei der Besprechung von Aktivitätsprotokollen). Des Weiteren müssen die Befunde zum Therapieoutcome aufgrund einer fehlenden Wartelisten-Kontrollgruppe lediglich als Bruttoeffekte betrachtet werden. Somit bleibt fraglich, ob und in welchem Ausmaß auch Spontanremissionen für die positiven Therapieeffekte verantwortlich sein könnten. Für den Erhalt klinisch aussagekräftiger Response- und Remissionsanalysen war es zudem notwendig, vergleichsweise restriktive Selektionskriterien an die Auswertungstichprobe anzulegen (Vorliegen einer depressiven Störung (F32, F33), pathologischer BDI-Prä-Wert > 14.29, abgeschlossene Therapie zum Zeitpunkt der Datenauswertung, (vgl. Hiller et al., 2011)), wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse potentiell eingeschränkt wird. Darüber hinaus wird die Generalisierung der Befunde durch den relativen hohen Anteil an unvollständigen Datensätzen zum Zeitpunkt der Postmessung von 36.8% potentiell beeinflusst. Dieser Umstand unterstreicht dabei die generelle Schwierigkeit, umfangreiche

---

Daten für Forschung und Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Routineversorgung zu gewinnen. In der Zukunft wird sich dies durch elektronische Erinnerungs- und Dateneingabesysteme jedoch stark verbessern lassen. Des Weiteren muss limitierend erwähnt werden, dass sich aufgrund der Vielzahl der regressionsanalytischen Einzelvergleiche die Wahrscheinlichkeit einer Alpha-Fehler-Kumulierung und damit die Wahrscheinlichkeit von falsch-signifikanten Ergebnissen potentiell erhöht. Schlussendlich fand die vorliegende Studie im spezifischen Kontext einer Ausbildungsambulanz statt, wodurch die Ergebnisse nicht ohne weiteres auf die Therapien approbierter Therapeuten übertragen werden können. Dennoch liefert die vorliegende naturalistische Studie erste Hinweise dafür, dass subjektive, retrospektive Therapeuteneinschätzungen bezüglich der Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken bedeutsam mit dem Therapieerfolg assoziiert sind.

## **5. Studie 3: Zusammenhänge zwischen der Allianz aus Patienten- und KVT-Techniken aus Therapeutensicht**

In der dritten Studie sollte der Einfluss zentraler KVT-Techniken auf den Therapieoutcome im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz an einer Stichprobe depressiver Patienten untersucht werden. Dabei sollte die therapeutische Allianz aus Sicht der Patienten erfasst werden, da diesbezügliche Patientenurteile die beste Vorhersagekraft für den Outcome aufzuweisen scheinen (z.B. Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991). Die Beurteilung depressionsspezifischer Techniken sollte durch den behandelnden Therapeuten erfolgen, da dieser als Experte in der Anwendung und Differenzierung therapeutischer Techniken gilt (Chapman, McCart, Letourneau, & Sheidow, 2013). Folglich sollten Zusammenhangsmuster zwischen subjektiven Therapeutenurteilen bezüglich der Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken und subjektiven Patientenurteilen bezüglich der Qualität der therapeutischen Allianz im Hinblick auf den Therapieoutcome überprüft werden (Hypothese H4). Um Aussagen über die Richtung der untersuchten Zusammenhänge treffen zu können, sollten Pfadanalysen durchgeführt werden.

### **5.1 Methode Studie 3**

#### *Setting*

Die verwendeten Daten stammen ebenfalls aus den Ausbildungsambulanzen des Zentrums für Psychologische Psychotherapie (ZPP) der Universität Heidelberg. Wie auch in den beiden vorherigen Studien, wurde von allen Patienten eine schriftliche Einverständniserklärung zur anonymisierten Verwendung und Auswertung

---

therapiebezogener Daten eingeholt. Die Zuteilung der Patienten zum Therapeuten erfolgte zufällig.

### *Studiendesign*

Die Datenerhebung der dritten Studie verlief analog nach dem Schema der beiden vorher beschriebenen Studien. Die erste Messung fand zu Beginn der probatorischen Sitzungen statt (T1). Die zweite Messung erfolgte am Behandlungsende (T2). Als regulär beendet galt einer Therapie, wenn das beantragte Sitzungskontingent ausgeschöpft wurde oder wenn diese aufgrund eines vorzeitigen Behandlungserfolges früher beendet wurde. Alle anderen Abschlüsse wurden als Therapieabbrüche definiert. In diesen Fällen wurde eine fehlende Abschlussdiagnostik durch die letzte vorhandene Verlaufsmessung ersetzt (Last-Observation-Carried-Forward-Methode LOCF).

### *Messinstrumente*

Hinsichtlich der Technikanwendung wurden am Behandlungsende (T2) Therapeuteneinschätzungen zu elf depressionsspezifischen KVT-Techniken erfasst. Hierfür wurde die Basisdokumentation BaDo3 verwendet, welche auf der Grundlage des Dokumentationssystems „PSYCHO-DOK“ (Laireiter et al., 1998) modifiziert wurde und in zahlreichen universitären Ausbildungsinstituten (Unith-Instituten) eingesetzt wird. Die Techniken wurden hinsichtlich der Intensität ihrer Anwendung auf einer mehrstufigen Skala (mit den Polen 0 = keine Anwendung bzw. kein Aufwand und 5 = sehr häufige Anwendung mit großem Aufwand) durch den behandelnden Therapeuten beurteilt und gemäß der drei zentralen KVT-Behandlungsmodule zu den Kategorien (1) verhaltensaktivierende (VA-) Techniken, (2) kognitive Techniken sowie (3) Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen (SK- & PLK-Techniken) zusammengefasst (vgl. auch Hautzinger, 2013). Um eine einheitliche Handhabung der Skalierung zu gewährleisten, erfolgte eine ausführliche Einweisung und Schulung der behandelnden Therapeuten in die Technikbeurteilungen anhand der BaDo3 im Rahmen eines institutsinternen Diagnostik-Seminars. Tabelle 10 enthält einen Überblick über die erfassten Techniken der jeweiligen Module.



---

**Tabelle 10:** Beschreibung der erfassten Technikmodule der Studie 3.

<b>Modul</b>	<b>Techniken</b>
VA-Techniken	Aufbau positiver Aktivitäten (Verstärkerliste u.a.) Förderung von positivem Erleben (Genusstraining) Tages- oder Wochenstrukturierungen (Verhaltenspläne)
Kognitive Techniken	Sokratischer Dialog (geleitetes Entdecken, verbale Disputation) Entpathologisieren von Befürchtungen Mehr-Spalten-Technik nach Beck Kognitive Umstrukturierung durch Verhaltensexperimente Selbstkontrolltechniken (z.B. Selbstbeobachtung)
SK- & PLK-Techniken	Rollenspiele (z.B. zur Förderung des Konfliktverhaltens) Modelllernen Problemlösetraining (mit Stufenplan)

*Anmerkungen:* VA-Techniken = Verhaltensaktivierende Techniken; SK- & PLK-Techniken = Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen.

Die therapeutische Allianz wurde mit der revidierten, deutschsprachigen Kurzform WAI-SR (Wilmers, 2008) des Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) aus Sicht der Patienten erfasst (siehe Anhang A.4). Der WAI ist eines der am häufigsten eingesetzten und etabliertesten Messinstrumente der therapeutischen Allianz und weist gute psychometrische Eigenschaften auf (Interne Konsistenz:  $\alpha = .90$ ; konvergente Validität:  $r > .64$  (Munder, Wilmers, Leonhart, Linster, & Barth, 2010)). Als zentraler Kennwert der therapeutischen Allianz wurde der WAI-SR-Gesamtwert verwendet.

Als störungsspezifisches Outcome-Instrument wurde die revidierte Auflage des Becks Depressions-Inventars (BDI-II) (Hautzinger et al., 2006) zur Erfassung der depressiven Symptomatik eingesetzt. Die psychometrischen Eigenschaften des BDI-II sind ebenfalls als gut zu bewerten (Interne Konsistenz:  $\alpha = .93$ ; konvergente Validität:  $.74 \leq r \leq .89$  (Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2006)).

Als Kontrollvariablen wurden Alter und Geschlecht der Patienten, die Anzahl ambulanter und stationärer Vorbehandlungen, das Vorhandensein einer antidepressiven Begleitmedikation, die Anzahl komorbider Diagnosen, die Therapiedauer als Anzahl der absolvierten Sitzungen sowie die initiale Allianz und Depressivität zu Therapiebeginn erfasst. Von diesen Variablen waren lediglich die Therapiedauer, die initiale Depressivität und Allianz signifikant mit dem Therapieoutcome bzw. der Allianz im Therapieverlauf assoziiert und wurden in den nachfolgenden Analysen kontrolliert (vgl. die Abschnitte „Statistische Auswertung“ und „Ergebnisse: Korrelationen“). Alle übrigen der genannten Variablen wiesen keine

bedeutsamen Assoziationen mit dem Therapieoutcome und der Allianz im Therapieverlauf auf ( $p > .05$ ) und wurden daher aus Gründen der Übersichtlichkeit in den nachfolgenden Analysen nicht weiter berücksichtigt.

### *Stichprobe*

Die Stichprobe der dritten Studie umfasste ebenfalls ausschließlich Patienten mit einer depressiven Episode (F32) bzw. rezidivierenden depressiven Störung (F33) als Primärdiagnose sowie einem pathologischen BDI-II-Prä-Wert  $> 14.29$  (Hiller et al., 2011). Die Diagnosestellung erfolgte durch den behandelnden Therapeuten mithilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID I und II) (Wittchen et al., 1997). Aus der Gesamtheit der im Zeitraum von 2009 bis 2013 am ZPP behandelten depressiven Patienten ( $N = 377$ ) wurden alle Fälle ausgeschlossen, in denen die Therapie zum Zeitpunkt der Datenanalyse noch nicht abgeschlossen war ( $N = 129$ ; 34.2%) sowie Fälle mit nicht-qualitätsrelevanten Therapieabbrüchen ( $N = 22$ ; 5.8%) und unvollständigen Datensätzen ( $N = 113$ ; 29.9%). Die daraus resultierende Intention-to-Treat- (ITT) Stichprobe umfasste  $N = 113$  Patienten (siehe Tabelle 11), mit  $N = 96$  regulär abgeschlossenen Behandlungen (Completer) und  $N = 17$  qualitätsrelevanten Abbrüchen (Non-Completer). Completer und Non-Completer wiesen keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Merkmale auf ( $p > .05$ ).

Die ITT-Stichprobe wurde von  $N = 50$  Ausbildungstherapeuten behandelt, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der psychotherapeutischen Weiterbildung (nach erfolgreicher Absolvierung der Zwischenprüfung) befanden. Das durchschnittliche Alter der Therapeutenstichprobe betrug  $M = 33.0$  Jahre ( $SD = 5.80$ ), 88.0% ( $N = 44$ ) waren weiblich. Tabelle 11 gibt eine ausführliche Beschreibung der verwendeten Patientenstichprobe wieder.

**Tabelle 11:** Beschreibung der ITT-Stichprobe der Studie 3.

<b>Merkmal</b>	<b>M (SD) / N (%)</b>
Alter bei Therapiebeginn (in Jahren)	$M = 41.16$ ( $SD = 12.57$ )
Geschlecht (weiblich)	$N = 77$ (68.1%)
Ambulante Vorbehandlungen	$N = 70$ (61.9%); $M = .96$ ( $SD = 1.10$ )
Stationäre Vorbehandlungen	$N = 61$ (54.0%); $M = 1.01$ ( $SD = 1.61$ )
Antidepressive Begleitmedikation	$N = 59$ (52.2%)
Anzahl komorbider Störungen	$M = .78$ ( $SD = .98$ )
Keine komorbide Störung	$N = 59$ (52.2%)
1-2 komorbide Störungen	$N = 47$ (41.6%)
3-4 komorbide Störungen	$N = 7$ (6.2%)

---

Art der komorbiden Störung	
Substanzinduzierte Störungen (F1)	N = 6 (5.3%)
Dysthymie (F34.1)	N = 1 (0.9%)
Angststörung (F40, F41)	N = 22 (19.5%)
Zwangsstörung (F42)	N = 5 (4.4%)
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	N = 2 (1.8%)
Somatoforme Störung (F45)	N = 6 (5.3%)
Essstörung (F50)	N = 10 (8.8%)
Persönlichkeitsstörung (F60, F61)	N = 20 (17.7%)
Sonstige	N = 7 (6.2%)
Anzahl durchgeführter Sitzungen	M = 36.33 (SD = 15.41)

---

*Anmerkungen:* M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; N = Häufigkeit.

### *Statistische Auswertung*

Für die Prä-Post-Vergleiche des BDI-II und WAI-SR wurden einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung unter Kontrolle der Therapiedauer durchgeführt. Der Messwiederholungsfaktor umfasste zwei Stufen mit dem BDI-II-Summenwert bzw. WAI-SR-Gesamtwert zu Therapiebeginn (T1) sowie zu Therapieende (T2). Zudem wurden Effektstärken nach Cohen (1988) für die Prä-Post-Vergleiche berechnet. Zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Techniken, Allianz und Therapieoutcome wurden Pfadanalysen mit SPSS Amos, Version 22.0, durchgeführt. Dabei wurde für jedes KVT-Modul (für VA-Techniken, kognitive sowie SK- und PLK-Techniken) ein separates Modell getestet. Als Kontrollvariablen wurden die initiale Qualität der Allianz (WAI-SR-Gesamtwert zu T1), die initiale Depressivität (BDI-II-Wert zu T1) sowie die Therapiedauer (als Anzahl durchgeführter Sitzungen) in den Modellen berücksichtigt. Die Prädiktoren wurden durch die Anwendungsintensität der jeweiligen Techniken sowie durch die Entwicklung der Allianz im Therapieverlauf (WAI-SR  $\Delta T2-T1$ ) operationalisiert. Der Therapieoutcome als abhängige Variable wurde durch die Reduktion der depressiven Symptomatik im Therapieverlauf (BDI-II  $\Delta T1-T2$ ) definiert. Im ersten Schritt wurden bivariate Korrelationskoeffizienten nach Pearson (bzw. nach Spearman) für alle Modellkomponenten berechnet. Zudem wurden Partialkorrelationen unter Kontrolle der initialen Allianz, der initialen Depressivität sowie der Therapiedauer ermittelt. Die Schätzung der Modellparameter erfolgte nach dem Maximum-Likelihood (ML)-Prinzip. Für die analysierten Zusammenhänge der Modellkomponenten wurden die geschätzten standardisierten Pfadkoeffizienten ( $\beta$ ) für direkte und indirekte (über eine Mediatorvariable vermittelte) Effekte angegeben. Für die Beurteilung der Anpassungsgüte der Modelle wurden verschiedene Indizes herangezogen: der  $X^2$ -Wert im

---

Verhältnis zu den Freiheitsgraden ( $CMIN/DF < 2.5$ ), der NNFI („non-normed fit index“  $> 0.99$ ) sowie der RMSEA-Wert („root mean square error of approximation“  $< 0.08$ ).

## 5.2 Ergebnisse Studie 3

### *Therapieoutcome*

Im Prä-Post-Vergleich des BDI-II zeigte sich im Behandlungsverlauf eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik mit einer großen Effektstärke (T1:  $M = 28.37$ ,  $SD = 9.85$ ; T2:  $M = 15.62$ ,  $SD = 13.04$ ;  $F(1) = 143.72$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.11$ ) sowie eine signifikante Interaktion des Messwiederholungsfaktors mit der Therapiedauer ( $F(1) = 4.71$ ,  $p = .032$ ). Im Prä-Post-Vergleich des WAI-SR ergab sich eine signifikante Zunahme der Qualität der therapeutischen Allianz mit einer moderaten Effektstärke (T1:  $M = 3.81$ ,  $SD = .71$ ; T2:  $M = 4.21$ ,  $SD = .62$ ;  $F(1) = 32.27$ ,  $p < .001$ ,  $d = .60$ ). Die Interaktion mit der Therapiedauer erlangte hingegen keine statistische Signifikanz ( $F(1) = 2.57$ ,  $p = .112$ ).

### *Korrelationen*

Tabelle 12 enthält eine Abbildung der bivariaten und partiellen Korrelationen, auf denen die Berechnungen der Pfadanalysen basieren. Die initiale Depressivität (T1) war negativ mit der Qualität der initialen Allianz (T1) ( $r = -.25$ ,  $p = .009$ ) und positiv mit dem Therapieoutcome im BDI assoziiert ( $r = .25$ ,  $p = .009$ ). Die initiale Allianz korrelierte mit der Entwicklung der Allianz im Therapieverlauf ( $\Delta T2-T1$ ) ( $r = -.64$ ,  $p = .000$ ). Die Therapiedauer stand in signifikantem Zusammenhang mit der Anwendungsintensität der verschiedenen Technikmodule (VA-Techniken:  $r = .20$ ,  $p = .031$ ; kognitive Techniken:  $r = .24$ ,  $p = .012$ ; SK- und PLK-Techniken:  $r = .20$ ,  $p = .035$ ) sowie mit dem Therapieoutcome ( $r = .20$ ,  $p = .032$ ). Daher wurden die initiale Depressivität, die initiale Allianz und die Therapiedauer in den folgenden Pfadanalysen als Kontrollvariablen berücksichtigt. Da weder die initiale Allianz noch die initiale Depressivität bedeutsam mit den Therapeuteinschätzungen der jeweiligen Techniken assoziiert waren ( $p > .05$ ), wurde auf die Modellierung dieser Pfade in den nachfolgenden Modellen verzichtet. Die Allianzentwicklung im Therapieverlauf stand in einem signifikanten Zusammenhang mit der Anwendungsintensität von kognitiven, SK- und PLK-Techniken ( $r = .33$ ,  $p = .000$  bzw.  $r = .25$ ,  $p = .008$ ) sowie mit dem Therapieoutcome ( $r = .36$ ,  $p = .000$ ). Die Therapeuteinschätzungen der verschiedenen Technik-Module waren interkorreliert ( $.54 \leq r \leq .63$ ,  $p = .000$ ), allerdings war nur die Anwendung kognitiver Techniken bedeutsam mit dem Therapieoutcome assoziiert ( $r = .20$ ,  $p = .037$ ).

Bei der Analyse der Partialkorrelationen ergab sich auch für die VA-Techniken ein signifikanter Zusammenhang mit der Allianzentwicklung im Therapieverlauf ( $r = .23$ ,  $p = .015$ ). Der Zusammenhang zwischen der Anwendungsintensität kognitiver Techniken und dem Therapieoutcome erlangte hingegen keine statistische Signifikanz mehr ( $r = .15$ ,  $p =$

.123). Darüber hinaus zeigten sich unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen vergleichbare korrelative Zusammenhänge wie bei der Analyse der bivariaten Korrelationen.

**Tabelle 12:** Bivariate / *partielle* Korrelationen der Modellkomponenten der Studie 3.

Variablen	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Depressivität (T1)	-	$r = -.25^{**}$	$r = .07$	$r = .04$	$r = -.01$	$r = -.02$	$r = .07$	$r = .25^{**}$
2. Initiale Allianz (T1)		-	$r = .08$	$r = .01$	$r = .01$	$r = -.08$	$r = -.64^{***}$	$r = .04$
3. Therapiedauer			-	$r = .20^*$	$r = .24^*$	$r = .20^*$	$r = .15$	$r = .20^*$
4. VA-Techniken				-	$r = .58^{***}$	$r = .54^{***}$	$r = .15$	$r = .04$
5. Kognitive Techniken				$r = .58^{***}$	-	$r = .63^{***}$	$r = .33^{***}$	$r = .20^*$
6. SK- & PLK-Techniken				$r = .51^{***}$	$r = .53^{***}$	-	$r = .25^{**}$	$r = .07$
7. Allianz im Verlauf				$r = .23^*$	$r = .33^{***}$	$r = .20^*$	-	$r = .36^{***}$
8. Therapieoutcome				$r = -.01$	$r = .15$	$r = .06$	$r = .53^{***}$	-

*Anmerkungen:* T1 = Therapiebeginn; T2 = Therapieende;  $r$  = Korrelationskoeffizienten nach Pearson (bzw. nach Spearman) bzw. *Partialkorrelationen* unter Kontrolle der initialen Depressivität und Allianz (zu T1) sowie der Therapiedauer; Signifikanzniveau: \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ .

### *Pfadmodelle*

Die für die einzelnen KVT-Module berechneten Pfadmodelle konnten die empirischen Daten gut abbilden ( $p > .10$ ). Die standardisierten direkten Effekte der einzelnen Modellparameter und Fit-Indizes der jeweiligen Modelle sind in der folgenden Tabelle 13 dargestellt.

**Tabelle 13:** Standardisierte direkte Effekte der Pfadmodelle für die KVT-Behandlungsmodule der Studie 3.

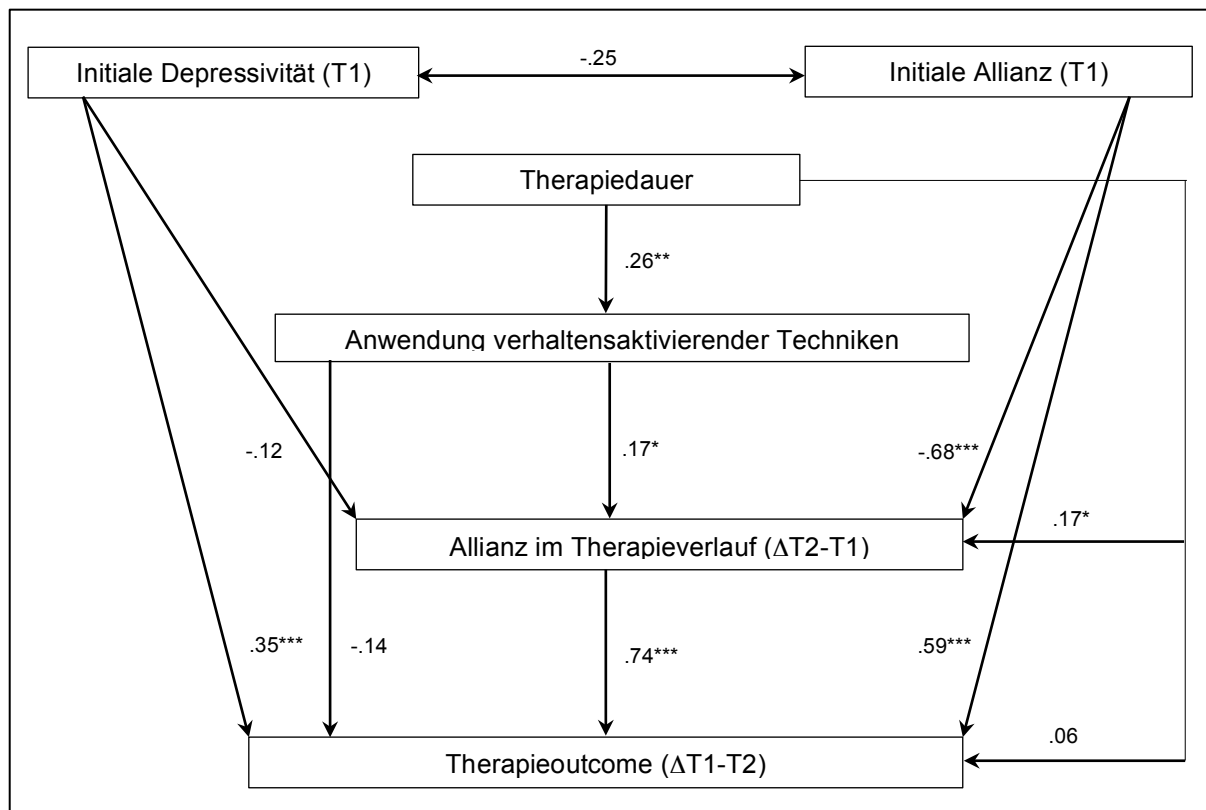
Modellkomponenten		VA-Techniken		Kognitive Techniken		SK- & PLK-Techniken	
		$\beta$	SE	$\beta$	SE	$\beta$	SE
Depressivität (T1)	→ Allianz ( $\Delta T2-T1$ )	-.12	.01	-.08	.01	-.10	.01
Depressivität (T1)	→ Outcome ( $\Delta T1-T2$ )	.35***	.09	.33***	.09	.33***	.09
Allianz (T1)	→ Allianz ( $\Delta T2-T1$ )	-.68***	.07	-.67***	.07	-.67***	.07
Allianz (T1)	→ Outcome ( $\Delta T1-T2$ )	.59***	1.69	.56***	1.72	.56***	1.69
Therapiedauer	→ Techniken	.26**	.01	.31***	.01	.23*	.01
Therapiedauer	→ Allianz ( $\Delta T2-T1$ )	.17*	.01	.13	.03	.18*	.01
Therapiedauer	→ Outcome ( $\Delta T1-T2$ )	.06	.06	.04	.06	.04	.06
Techniken	→ Allianz ( $\Delta T2-T1$ )	.17*	.05	.26***	.05	.15*	.04
Techniken	→ Outcome ( $\Delta T1-T2$ )	-.14	.81	-.03	.99	-.05	.64
Allianz ( $\Delta T2-T1$ )	→ Outcome ( $\Delta T1-T2$ )	.74***	1.59	.70***	1.66	.70***	1.60

*Anmerkungen:* T1 = Therapiebeginn; T2 = Therapieende;  $\beta$  = Standardisiertes Regressionsgewicht (direkter Effekt); SE = Standardfehler; Signifikanzniveau: \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ . Anpassungsgüte der einzelnen Modelle: Modell VA-Techniken: CMIN (df=4) = 1.878,  $p = .758$ ; CMIN/DF = .469; GFI = .994; NNFI = 1.061; RMSEA = .000 (KI: .000 - .098); Modell kognitive Techniken: CMIN (df=4) = 3.961,  $p = .411$ ; CMIN/DF = .990; GFI = .989; NNFI = 1.001; RMSEA = .000 (KI: .000 - .142); Modell SK- & PLK-Techniken: CMIN (df=4) = 2.947,  $p = .567$ ; CMIN/DF = .737; GFI = .991; NNFI = 1.032; RMSEA = .000 (KI: .000 - .124).

#### *Pfadmodell: Verhaltensaktivierende Techniken*

Die initiale Depressivität (T1) wies einen signifikanten direkten Effekt auf den Therapieoutcome ( $\beta = .346$ , Standardfehler  $SE = .090$ ,  $p < .001$ ), jedoch nicht auf die Allianz im Therapieverlauf ( $p > .05$ ) auf. Die initiale Allianz (T1) aus der Patientenperspektive wies sowohl signifikante direkte Effekte auf die Entwicklung der Allianz im Therapieverlauf ( $\beta = -.681$ ,  $SE = .073$ ,  $p < .001$ ) als auch auf den Therapieoutcome auf ( $\beta = .587$ ,  $SE = 1.690$ ,  $p < .001$ ). Für die Therapiedauer ergaben sich signifikante direkte Effekte auf die Anwendungsintensität der VA-Techniken ( $\beta = .261$ ,  $SE = .007$ ,  $p = .004$ ), auf die Allianzentwicklung im Therapieverlauf ( $\beta = .166$ ,  $SE = .003$ ,  $p = .016$ ), allerdings jedoch nicht auf den Therapieoutcome ( $p > .05$ ). Für die vom Therapeuten beurteilte Anwendungsintensität der VA-Techniken ergab sich ein signifikanter direkter Effekt auf die Allianzentwicklung im Therapieverlauf ( $\beta = .172$ ,  $SE = .047$ ,  $p = .012$ ) sowie ein signifikanter indirekter Effekt auf den Therapieoutcome ( $\beta = .127$ ,  $SE = .055$ ,  $p = .019$ ). Der direkte Effekt der VA-Techniken auf den Therapieoutcome erlangte hingegen keine statistische Signifikanz ( $p > .05$ ). Von allen Prädiktoren wies die Entwicklung der Allianz im Therapieverlauf den stärksten direkten Einfluss auf den Therapieoutcome auf ( $\beta = .739$ ,  $SE = 1.589$ ,  $p < .001$ ).

Abbildung 3 gibt, exemplarisch für die Modelle der anderen Technik-Module, eine grafische Veranschaulichung des überprüften Pfadmodells wieder.



**Abbildung 3:** Pfadmodell für verhaltensaktivierende Techniken mit den standardisierten direkten Effekten der Studie 3.

#### *Pfadmodell: Kognitive Techniken*

Für die Therapeuteneinschätzungen der kognitiven Techniken zeigte sich dasselbe Ergebnismuster wie für die VA-Techniken mit vergleichbaren direkten und indirekten Effekten (siehe Tabelle 13). Die initiale Allianz wies einen signifikanten direkten Effekt auf die Allianzentwicklung im Therapieverlauf ( $\beta = -.670$ ,  $SE = .071$ ,  $p < .001$ ) sowie auf den Therapieoutcome auf ( $\beta = .560$ ,  $SE = 1.718$ ,  $p < .001$ ). Für die Therapiedauer ergab sich ein signifikanter direkter Effekt auf die Anwendungsintensität der kognitiven Techniken ( $\beta = .309$ ,  $SE = .006$ ,  $p < .001$ ) sowie ein tendenzieller direkter Effekt auf die Allianzentwicklung im Therapieverlauf ( $\beta = .129$ ,  $SE = .003$ ,  $p = .057$ ). Der vom Therapeuten beurteilte Einsatz kognitiver Techniken hatte wiederum einen bedeutsamen direkten Einfluss auf die Allianzentwicklung ( $\beta = .255$ ,  $SE = .053$ ,  $p < .001$ ) sowie einen signifikanten indirekten Einfluss auf den Therapieoutcome ( $\beta = .179$ ,  $SE = .056$ ,  $p = .001$ ). Der stärkste direkte prädiktive Einfluss zeigte sich erneut von der Allianzentwicklung auf den Therapieoutcome ( $\beta = .700$ ,  $SE = 1.660$ ,  $p < .001$ ).

---

### *Pfadmodell: Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen*

Das für SK- und PLK-Techniken ermittelte Modell wies ebenfalls vergleichbare Effekte wie die Modelle der anderen Technik-Module auf (siehe Tabelle 13). Die zentralen, signifikanten direkten Effekte zeigten sich analog von der initialen Allianz auf die Allianzentwicklung ( $\beta = -.671$ ,  $SE = .074$ ,  $p < .001$ ) und den Outcome ( $\beta = .560$ ,  $SE = 1.686$ ,  $p < .001$ ), vom Einsatz der SK- und PLK-Techniken auf die Allianzentwicklung ( $\beta = .150$ ,  $SE = .038$ ,  $p = .030$ ) sowie von der Allianzentwicklung auf den Therapieoutcome ( $\beta = .701$ ,  $SE = 1.597$ ,  $p < .001$ ). Zudem ergab sich erneut ein signifikanter indirekter Effekt der subjektiv eingeschätzten Anwendungsintensität von SK- und PLK-Techniken auf den Therapieoutcome ( $\beta = .105$ ,  $SE = .054$ ,  $p = .032$ ).

### **5.3 Diskussion Studie 3**

Ziel der dritten Studie war, Zusammenhänge zwischen retrospektiven Therapeuteinschätzungen bezüglich der Anwendungsintensität depressionsspezifischer KVT-Techniken, Patientenurteilen bezüglich der therapeutischen Allianz sowie dem Therapieoutcome an einer Stichprobe depressiver Patienten im naturalistischen Setting zu untersuchen (Hypothese H4). Um Aussagen über die Richtung der untersuchten Zusammenhänge treffen zu können, wurden Pfadanalysen unter Kontrolle der anfänglichen Depressivität, der initialen Qualität der Allianz sowie der Therapiedauer durchgeführt. Entsprechend der in Hypothese H4 formulierten Erwartung, zeigten sich deutliche direkte Effekte der initialen Allianz zu Therapiebeginn sowie der Allianzentwicklung im Therapieverlauf auf den Therapieoutcome: je besser die Qualität der Allianz bereits zu Behandlungsbeginn vom Patienten wahrgenommen wurde, bzw. je größer die Entwicklung des therapeutischen Arbeitsbündnisses im Therapieprozess empfunden wurde, desto stärker war die Reduktion der depressiven Symptomatik. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit vielen, bisher erbrachten Befunden, die einen robusten Zusammengang zwischen Allianz und Outcome nachweisen konnten (vgl. Flückiger et al., 2012; Horvath, 2001; Horvath et al., 2011; Klein et al., 2003; Martin et al., 2000; Ryum et al., 2009; Zuroff & Blatt, 2006). Der Befund, dass die Allianz zu einem frühen Behandlungszeitpunkt die Symptomveränderung am Behandlungsende prädiziert, kann als Hinweis dafür betrachtet werden, dass die Qualität der Allianz der Symptomverbesserung möglicherweise eher vorausgeht als nachfolgt (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006).

Für die subjektiven, retrospektiven Therapeuteinschätzungen der depressionsspezifischen Techniken konnte kein direkter Effekt auf die Reduktion der depressiven Symptomatik festgestellt werden. Dieses Ergebnis steht zunächst im Widerspruch zu den Befunden von DeRubeis und Feeley (1990) bzw. Feeley, DeRubeis und Gelfand (1999), die allerdings auch nur dann einen Zusammenhang zwischen Techniken und Outcome nachweisen konnten,



---

wenn der Einsatz der Techniken zu einem frühen Behandlungszeitpunkt und die Symptomveränderung in der darauffolgenden Sitzung gemessen wurde. Allerdings weist die vom Therapeuten beurteilte Anwendungsintensität der verschiedenen KVT-Techniken einen signifikanten indirekten Effekt auf den Outcome auf, der durch die Allianzentwicklung im Therapieverlauf mediiert wird. Dieses Befundmuster zeigte sich gleichermaßen für alle drei Technik-Module. Dies könnte als Hinweis dafür interpretiert werden, dass depressionsspezifische Techniken ihre symptomreduzierende Wirkung möglicherweise nicht unmittelbar, sondern über die Beziehungsgestaltung im Therapieprozess entfalten. Der umgekehrte Zusammenhang, dass die Allianz (zu Therapiebeginn) die Anwendung depressionsspezifischer Techniken und diese wiederum den Therapieoutcome prädizieren, zeigte sich hingegen nicht. Damit schließen sich die Ergebnisse den Befunden an, die von einer Interaktion zwischen Allianz und Technik ausgehen (z.B. Grosse Holtforth & Castonguay, 2005; Waddington, 2002) und darauf hindeuten, dass der Einfluss der Allianz auf den Outcome den Einfluss spezifischer Techniken eventuell überwiegt (vgl. z.B. Horvath & Bedi 2002; Lambert & Barley, 2001). So könnte die therapeutische Beziehung möglicherweise die zentrale Basis im Therapieprozess darstellen (vgl. z.B. Crits-Christoph et al., 2013), durch welche spezifische Techniken ihre Wirkung entfalten können.

### *Limitationen*

Diese Studie weist eine Reihe methodischer Einschränkungen auf, die bei der Interpretation der Befunde prinzipiell zu beachten sind. Eine grundlegende Limitation ergibt sich aus dem naturalistischen Untersuchungssetting, in dem der Einfluss konfundierender Faktoren nicht ausgeschlossen werden kann, sodass die ermittelten Zusammenhänge nicht kausal interpretiert werden können. Zudem besteht die Möglichkeit, dass der Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome aufgrund des naturalistischen Settings überschätzt sein könnte, da die Therapeuten hier vermutlich eher den Therapieprozess und nicht, wie in randomisiert-kontrollierten Studien, einen streng manualisierten und standardisierten Einsatz engumschriebener Techniken fokussieren (z.B. Carroll, Nich, & Rounsaville, 1997; Krupnick et al., 1996). Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der retrospektiven, subjektiven Erfassung der angewandten KVT-Techniken, welche prinzipiell von der objektiven und tatsächlich durchgeführten Technikanwendung abgegrenzt werden muss. Zukünftige prospektive Studien könnten eine externe Validierung dieser retrospektiven Therapeutenurteile durch den ergänzenden Einsatz von Videoanalysen oder kontinuierlicher Stundenbögen adressieren und somit spezifischere Aussagen über die Zusammenhänge zwischen retrospektiven subjektiven und objektiven Parametern ermöglichen. Zudem könnte ein prospektives Studiendesign auch dazu verwendet werden, spezifische chronologische Effekte der aufeinander aufbauenden Technikmodule detaillierter in einem einzigen komplexen Pfadmodell gemeinsam zu analysieren. Darüber hinaus wurde die

---

Technikanwendung ausschließlich durch Therapeutenurteile erfasst, sodass sich potentielle Verzerrungen durch das Bewusstsein des individuellen Behandlungsverlaufs ergeben haben könnten. Für eine Kontrolle dieses Effektes könnte es in Folgestudien relevant sein, die Perspektive des Patienten oder unabhängiger Beobachter ergänzend miteinzubeziehen. Bezüglich des ersten Messzeitpunktes der therapeutischen Allianz (in der 4. bzw. 5. probatorischen Sitzung) muss angemerkt werden, dass aufgrund der frühen Therapiephase einzelne Items des WAI-SR (wie beispielsweise zu den therapeutischen Aufgaben (tasks)) möglicherweise noch nicht hinreichend differenziert beantwortet werden konnten, was die Ergebnisse potentiell beeinflusst haben könnte. Des Weiteren können bezüglich der Befunde zum Therapieoutcome aufgrund der Ermangelung einer Wartelisten-Kontrollgruppe Spontanremissionen in den Depressionswerten nicht ausgeschlossen werden. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die beschriebenen Befunde an einer Stichprobe depressiver Patienten ermittelt wurden, sodass keine Generalisierung der Ergebnisse auf andere Krankheitsbilder sowie andere therapeutische Techniken erfolgen kann. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse an einer rein ambulanten Stichprobe gewonnen, weshalb die Befunde nicht auf ein stationäres Setting generalisiert werden können. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zusammenhänge zwischen Allianz, Techniken und Outcome im stationären Setting vermutlich geringer ausfallen würden, da in diesem Kontext im Rahmen verschiedener Behandlungsangebote mehrere therapeutische Beziehungen zu unterschiedlichen multiprofessionellen Behandlern existieren. Zudem weisen stationäre Patienten meist eine höhere Symptombelastung auf, welche sich potentiell einschränkend auf die Beziehungsgestaltung auswirken kann (vgl. auch Wilmers, 2008). Schließlich bestand die Therapeutenstichprobe dieser Studie ausschließlich aus Ausbildungstherapeuten, sodass keine Generalisierung der Ergebnisse auf die Therapien approbierter Therapeuten erfolgen kann. Trotz dieser Einschränkungen weist diese Studie daraufhin, dass die therapeutische Beziehung bei der Behandlung depressiver Patienten nicht nur für das Erreichen eines guten Therapieergebnisses sondern auch für die erfolgreiche Implementierung spezifischer KVT-Techniken eine wichtige Basis darzustellen scheint.

## **6. Abschließende Diskussion**

Psychotherapie ist ein komplexer Prozess. Damit klinisch relevante Veränderungen durch psychotherapeutisches Arbeiten entstehen können, müssen zahlreiche Faktoren und Einflussvariablen auf geeignete Art und Weise zusammenwirken. Zwar wurden in den letzten Jahrzehnten der Prozess-Outcome-Forschung etliche Erkenntnisse über zentrale Einflussfaktoren und deren Wirkmechanismen gewonnen (vgl. z.B. Orlinsky et al., 2004), dennoch bleiben nach wie vor Leerstellen bezüglich des Verständnisses des

---

psychotherapeutischen Prozesses (vgl. z.B. Pfammatter et al., 2012). Zudem lag der Forschungsschwerpunkt der letzten Jahre überwiegend auf der Durchführung randomisiert-kontrollierter Studien (RCT), sodass wenig Aussagen über den psychotherapeutischen Prozess unter Bedingungen der Routineversorgung generiert wurden (z.B. Lambert, 2013). Daher war das Ziel dieser Dissertation, zentrale Wirkfaktoren und deren Interaktion im naturalistischen Therapieprozess zu untersuchen. Ausgehend vom Generic Model of Psychotherapy (GMP) von Orlinsky & Howard (1987) wurden hierfür vor dem gegenwärtigen empirischen Hintergrund relevante Einflussfaktoren aus verschiedenen Modellebenen ausgewählt und im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg analysiert: Als Inputvariablen wurden in der ersten Studie dieser Arbeit die therapeutische Erfahrung als Merkmal des Behandlers sowie das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung als Patientenvariable adressiert (Studie 1). Auf der Prozessebene wurden in den beiden darauffolgenden Studien als Schwerpunkt dieser Arbeit die Anwendung störungsspezifischer KVT-Techniken (Studie 2) sowie deren Zusammenwirken mit der therapeutischen Allianz (Studie 3) als zentrale Wirkfaktoren evaluiert.

In der *ersten Studie* (siehe Kapitel 3) wurde erwartet, dass sich erfahrungsbedingte Unterschiede in der Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien zeigen (Hypothese H1), dass jedoch das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung lediglich die Therapiedauer, nicht jedoch den Therapieoutcome beeinflusst (Hypothese H2). Zudem wurde von einer Interaktion zwischen den beschriebenen Inputvariablen ausgegangen. Zwar konnten nicht alle Annahmen übereinstimmend bestätigt werden, dennoch zeigten sich in dieser Studie Hinweise darauf, dass sich die therapeutische Erfahrung nicht bedeutsam auf das Therapieergebnis, sondern vielmehr auf die Effizienz der therapeutischen Arbeit auszuwirken scheint, was vor dem Hintergrund eines stark kostenbewussten Umgangs mit den Ressourcen des Gesundheitssystems von besonderer Relevanz erscheint. Daher sollten unerfahrene Therapeuten in ihrer Ausbildung und Supervision in einem effizienten therapeutischen Vorgehen sorgfältig geschult werden, indem beispielsweise engmaschig darauf geachtet wird, klinisch relevante Veränderungen zeitnah wahrzunehmen und gleichzeitig die weitere Indikationsstellung vor dem Hintergrund der erreichten Veränderungen immer wieder neu zu überprüfen.

Darüber hinaus ergab die erste Studie Hinweise darauf, dass das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung den Behandlungserfolg ebenfalls nicht bedeutsam zu beeinflussen, sondern sich vermutlich lediglich auf die Therapiedauer auszuwirken scheint. Dieser Befund kann unter anderem sicherlich auch auf die Verdienste intensiver Forschungsbemühungen zur Ätiologie und Therapie unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen in den letzten Jahren zurückgeführt werden (vgl. z.B. Fiedler,

---

2007), die zur Entwicklung zahlreicher wirksamer Behandlungsmanuale geführt haben und damit auch erfolgreiche Therapien mit dieser Patientengruppe ermöglichen. Unter dem Blickwinkel des Ausbildungskontextes erscheint dabei besonders relevant, dass dieser Befund unabhängig vom Ausmaß der Erfahrung des jeweiligen Therapeuten zu bestehen scheint. Somit scheinen auch relativ unerfahrene Therapeuten vermutlich aufgrund der Anwendung geeigneter Therapiemanuale und entsprechender Supervision in der Lage zu sein, komplexe psychische Erkrankungen effektiv zu behandeln. Dies unterstreicht ferner auch die gerechtfertigte Teilnahme der Ausbildungsambulanzen am Versorgungsauftrag des Gesundheitssystems sowie die Einhaltung entsprechender Qualitätsstandards.

Auf die spezifischen methodischen Limitationen dieser ersten Studie wurde bereits ausführlich in Kapitel 3.3 eingegangen. Um Redundanzen zu vermeiden, sollen diese hier nicht nochmals diskutiert werden. Gleichzeitig weist diese Studie auch einige Stärken auf, die ebenfalls erwähnt werden sollten: So stellt die vorliegende Studie eine der ersten deutschsprachigen Studien dar, welche den Einfluss der therapeutischen Erfahrung unter Berücksichtigung von Patientenvariablen untersucht. Durch ihre Verortung im Kontext einer Ausbildungsambulanz konnten auch Aussagen über die Qualität von Ausbildungstherapien gewonnen werden, einem Forschungsfeld, welchem bislang noch nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Zudem weist diese Untersuchung, wie auch die nachfolgenden, eine hohe externe Validität aufgrund des naturalistischen Settings auf. Dennoch sind an dieser Stelle weiterhin vermehrte Forschungsbemühungen, vor allem auch im Ausbildungskontext, notwendig. Um die Frage nach dem Einfluss der therapeutischen Erfahrung weitergehend zu überprüfen, könnten in Folgeanalysen beispielsweise auch langjährig niedergelassene Psychotherapeuten in die Stichprobe miteingeschlossen werden. Zudem könnten weitere Therapeutenmerkmale wie z.B. störungsspezifisches Wissen, die Expertise hinsichtlich der Erstellung von Fallkonzeptualisierungen oder die interaktionellen Fertigkeiten des Therapeuten ergänzend adressiert werden. Entscheidend ist dabei vermutlich auch, weiter an der begrifflichen Klarheit und präzisen Operationalisierung des Erfahrungskonzeptes zu arbeiten, um spezifischere Aussagen über den Einfluss der therapeutischen Erfahrung zu generieren und damit auch weitere Implikationen für die therapeutische Aus- und Weiterbildung zu ermöglichen.

In der *zweiten Studie* dieser Dissertation (siehe Kapitel 4) wurde der Fokus auf die Prozessvariable störungsspezifischer Therapietechniken gelegt, welche im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen untersucht wurden. Dabei wurde von einem positiven Zusammenhang zwischen der Anwendungsintensität einzelner KVT-Techniken und dem Therapieerfolg ausgegangen (Hypothese H3). Insgesamt konnten zahlreiche signifikante Zusammenhänge zwischen der von den Therapeuten beurteilten

---

Anwendungsintensität einzelner Techniken und dem Behandlungserfolg nachgewiesen werden. Vor allem bei den kognitiven Techniken war eine hoch eingeschätzte Anwendungsintensität mit der Response und Remission der depressiven Symptomatik assoziiert. Darüber hinaus stand die Anwendung verhaltensaktivierender Techniken überwiegend mit der Therapieresponse im Zusammenhang, während Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen vor allem mit dem Erreichen einer Störungsremission verbunden waren. Dieses Befundmuster scheint im Wesentlichen mit dem zeitlichem Verlauf von Response und nachfolgender Remission und der zeitlich aufeinander aufbauenden Anwendung der einzelnen Technikmodule zu entsprechen, wie sie in gängigen Therapiemanualen zur Behandlung depressiver Störungen beschrieben wird (vgl. z.B. Hautzinger, 2013). Zur weiteren Absicherung dieser Interpretation könnten in Folgestudien detailliertere Analysen im Therapieverlauf zum genauen Eintreten von Response und Remission sowie zum genauen Zeitpunkt des Einsatzes einzelner Behandlungsmodule (bspw. mittels kontinuierlicher Stundenbögen und engmaschiger Verlaufsmessungen) durchgeführt werden. Dennoch lassen sich bereits auf der Grundlage dieser Befunde erste Hinweise ableiten, welche Techniken in welcher Behandlungsphase mit welcher Intensität vermutlich eingesetzt werden sollten, um eine effektive Gestaltung des Therapieprozesses zu erzielen. So könnte es vorteilhaft zu sein, kognitive Techniken wahrscheinlich im gesamten Therapieverlauf mit einer hohen Intensität anzuwenden, wohingegen verhaltensaktivierende Techniken eher zu Therapiebeginn und Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen möglicherweise erst in einem fortgeschrittenen Therapiestadium erfolgversprechend eingesetzt werden sollten. Dabei scheint für die beiden letztgenannten Technikmodule eine mittlere Anwendungsintensität ausreichend zu sein. Neben diesen praktischen Implikationen liefert diese zweite Studie zudem Hinweise darauf, dass subjektive, retrospektive Therapeuteneinschätzungen ein valides Maß zur Vorhersage des Behandlungserfolgs zu sein scheinen. Dies kann als ein erstes Validitätsmerkmal betrachtet werden und es mag vielversprechend sein, in zukünftigen längsschnittlichen Studien sowohl prospektive als auch retrospektive Therapeutenangaben miteinander in Zusammenhang zu bringen.

Vor diesem Hintergrund stellt die zweite Studie dieser Dissertation eine der ersten Arbeiten dar, welche verschiedene störungsspezifische KVT-Techniken im Rahmen der Routineversorgung differenziell untersucht und dabei Analysen auf Interventionsebene vornimmt. Eine weitere Stärke dieser Studie stellen die Response- und Remissionsanalysen anstelle der gängigen Mittelwertanalysen dar, welche klinisch relevante Ergebnisse mit prägnanten Aussagen ermöglichen (vgl. Hiller et al., 2011). Gleichzeitig müssen bei der Interpretation der erhaltenen Befunde und der Ableitung der beschriebenen Implikationen auch die methodischen Limitationen dieser Studie berücksichtigt werden, auf welche bereits

---

ausführlich in Kapitel 4.3 eingegangen wurde. Davon steht sicherlich im Vordergrund, dass aufgrund der retrospektiven Technikerfassung mittels Therapeuteneinschätzungen keine Aussagen über die objektive, tatsächliche Technikanwendung getroffen werden können. Daher könnte es für eine Validierung der erhaltenen Befunde von Interesse sein, in prospektiven Folgestudien eine kontinuierliche, multidimensionale Erfassung therapeutischer Techniken beispielsweise mittels Videoanalysen oder Stundenbögen unter Einbezug ergänzender Urteile aus der Perspektive der Patienten oder unabhängiger Beobachter zu realisieren, um noch spezifischere Aussagen über einen effektiven Einsatz der therapeutischen Techniken zu gewinnen. Zudem wäre eine Erweiterung der bisherigen Fragestellung um zusätzliche Aspekte des Technikeinsatzes denkbar. So könnte in nachfolgenden Analysen auch beispielsweise die qualitative Umsetzung der verschiedenen KVT-Techniken im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg adressiert werden, eventuell auch unter Berücksichtigung der individuellen Erfahrung des behandelnden Therapeuten. Vor allem letzterer Aspekt könnte vor dem Hintergrund des Ausbildungskontextes dazu beitragen, dass weitere Ansatzpunkte zur Optimierung der psychotherapeutischen Ausbildung und Supervision gewonnen werden können, indem beispielsweise auf ein geeignetes und ausreichendes Training in der Anwendung bestimmter therapeutischer Techniken vermehrt geachtet wird.

Schlussendlich wurde in der *dritten Studie* der Dissertation (siehe Kapitel 5) eine weitere zentrale Prozessvariable adressiert: die therapeutische Allianz. Dabei sollten Zusammenhangsmuster zwischen der Anwendung störungsspezifischer KVT-Techniken und der therapeutischen Allianz im Hinblick auf den Therapieoutcome untersucht werden. Zudem wurde ein bedeutsamer positiver Zusammenhang zwischen der Qualität der Allianz und dem Behandlungsergebnis erwartet (Hypothese H4). Dieser Zusammenhang konnte sowohl für die Allianz zu Therapiebeginn als auch für die Allianzentwicklung im Therapieverlauf hypothesenkonform gezeigt werden. Damit war die erreichte Reduktion der depressiven Symptomatik am Behandlungsende umso größer, je besser die Qualität der therapeutischen Beziehung zu den verschiedenen Messzeitpunkten von den Patienten beurteilt wurde. Folglich lassen sich auch unter Routinebedingungen deutliche direkte Effekte der Allianz auf das Therapieergebnis nachweisen, wobei einschränkend erwähnt werden muss, dass in diesem Zusammenhang keine Kausalinterpretation erfolgen kann. Dennoch ermöglicht dieser Befund, im Einklang mit den bisherigen Forschungsergebnissen, einen erneuten Hinweis auf die vermutlich zentrale Rolle der therapeutischen Allianz für den Therapieprozess. So scheint es für eine erfolgreiche Behandlung depressiver Störungen essentiell zu sein, die emotionale Bindung zwischen Patient und Therapeut so zu fokussieren, dass eine Atmosphäre entsteht, in der sich der Patient öffnen kann. Gleichzeitig

---

sollten gemeinsame Vereinbarungen über individuelle Ziele sowie über die zur Zielerreichung erforderlichen Aufgaben getroffen werden, um die Beziehung weiter zu stärken und inhaltliches therapeutisches Arbeiten zu ermöglichen.

Für die Anwendung depressionsspezifischer KVT-Techniken wiesen die diesbezüglichen Therapeutenangaben hingegen keine direkten Effekte auf das Behandlungsergebnis auf. Allerdings zeigten sich signifikante indirekte Effekte der Anwendungsintensität der einzelnen Technikmodule im Hinblick auf den Therapieoutcome, welche durch die Allianzentwicklung im Therapieverlauf mediiert wurden. Dieses Befundmuster kann als Hinweis darauf betrachtet werden, dass störungsspezifische Techniken ihre Wirkung im Therapieprozess vermutlich nicht unmittelbar, sondern durch die therapeutische Allianz vermittelt entfalten und die Allianz möglicherweise bedeutsamer mit dem Behandlungserfolg assoziiert ist als die Technikanwendung. Allerdings muss dabei auch einschränkend erwähnt werden, dass keine absolut strikte Trennung zwischen Allianz- und Technikvariablen vorgenommen werden kann, da in den Aufgaben- und Zielkomponenten der therapeutischen Allianz (*tasks* und *goals*) notwendigerweise auch eine gewisse Methoden- und Störungsspezifität enthalten ist und somit die therapeutische Allianz auch immer einen „technischen“ Aspekt impliziert (vgl. Strauß, 2001). Vor diesem Hintergrund weisen die Befunde dieser dritten Studie über die Erkenntnisse der zweiten Studie hinaus, indem sie nahelegen, dass die interaktionellen Aspekte der therapeutischen Allianz nicht nur im Hinblick auf das resultierende Behandlungsergebnis, sondern auch bereits gezielt während der Anwendung störungsspezifischer Techniken vermehrt fokussiert werden sollten. Damit stellt diese Studie eine der bislang wenigen existierenden Untersuchungen dar, welche beide Prozesskomponenten gleichzeitig evaluiert und Aussagen über das Zusammenwirken von Allianz und Techniken unter Bedingungen der Routineversorgung erlaubt. Darüber hinaus kann positiv hervorgehoben werden, dass beide Prozessvariablen aus der jeweiligen „Expertenperspektive“ erhoben wurden. So weisen Patienteneinschätzungen über die Qualität der therapeutischen Beziehung die größte Vorhersagekraft auf (z.B. Horvath et al., 2011), während die Anwendung spezifischer Techniken vermutlich am zuverlässigsten durch den Therapeuten beurteilt werden kann (Chapman et al., 2013). Neben diesen Stärken stehen gleichzeitig natürlich auch die methodischen Einschränkungen dieser Studie, welche bereits in Kapitel 5.3 eingehend diskutiert wurden und welche zur weiteren Untersuchung der Thematik unter Berücksichtigung methodischer Ergänzungen anregen sollen. So könnte die adressierte Fragestellung mit einer prospektiven, multiperspektivischen Erfassung der Prozessvariablen unter stärker kontrollierten Bedingungen im naturalistischen Untersuchungsfeld repliziert werden, um die Interpretationskraft der erhaltenen Befunde weiter zu erhöhen. Zudem könnten die ermittelten Erkenntnisse erweitert werden, indem die Fragestellung an anderen Störungsbildern (beispielsweise an einer Stichprobe von

---

Angstpatienten) mit den entsprechenden störungsspezifischen KVT-Techniken (wie z.B. der Anwendung von Expositionsübungen) überprüft würde. Auf diese Weise könnten zukünftige Forschungsbemühungen weiter dazu beitragen, fundierte Aussagen über einen effektiven sowie effizienten Einsatz allgemeiner und spezifischer Prozesskomponenten zu gewinnen.

Die Zielsetzung dieser Dissertation bestand darin, einen Beitrag zum weiteren Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses am Beispiel der ambulanten Behandlung depressiver Patienten zu leisten. Auf der Grundlage der beschriebenen drei Studien legen die Ergebnisse der Dissertation nahe, dass sowohl störungsspezifische Techniken als auch das therapeutische Arbeitsbündnis eine essentielle Rolle für die Reduktion der depressiven Symptomatik spielen. Dabei sollte für eine effektive Depressionsbehandlung vor allem die therapeutische Allianz im Therapieverlauf fokussiert werden, die vermutlich die zentrale Basis im therapeutischen Prozess darzustellen scheint. Auch bei der Implementierung störungsspezifischer Therapietechniken sollte die Allianz gleichermaßen berücksichtigt und gefördert werden, da die Techniken über die Allianz vermittelt, erst ihre therapeutische Wirkung zu entfalten scheinen. Die adressierten Inputvariablen auf Seiten des Patienten und Therapeuten scheinen hingegen weniger auf den Therapieerfolg, sondern vermutlich eher auf die Effizienz der Behandlung Einfluss zu nehmen – ein Befund, der in Zeiten eines hohen ökonomischen Drucks in der Gesundheitsversorgung und Forderungen nach Kostenoptimierungen und effizienten Therapieverfahren durchaus von Relevanz zu sein scheint. Damit erlauben die ermittelten Ergebnisse wichtige praxisnahe Implikationen, die dazu beitragen können, dass die betroffenen Patienten bestmöglich vom jeweiligen Behandlungsangebot profitieren und eine weitere Optimierung der ambulanten Behandlung depressiver Patienten erfolgen kann. Gleichzeitig muss ins Bewusstsein gerufen werden, dass Psychotherapie einen äußerst komplexen, dynamischen Prozess mit zahlreichen, interagierenden Wirkfaktoren und Einflussvariablen darstellt, von dem im Rahmen dieser Dissertation nur ein vereinfachter Ausschnitt betrachtet werden konnte. Deshalb sollen die hier gewonnenen Erkenntnisse auch Anregungen für nachfolgende Studien liefern. So könnte das komplexe Zusammenwirken von Techniken, allgemeinen Wirkfaktoren sowie Therapeuten- und Patientenmerkmalen im Rahmen einer weitergefassten, prospektiven Studie integrierend untersucht werden, indem beispielsweise Zeitreihenanalysen durchgeführt werden (vgl. z.B. Castonguay & Beutler, 2006; Ramseyer, Kupper, Caspar, Znoj, & Tschacher, 2014). Dadurch könnten detailliertere Aussagen über die spezifischen Bedingungen, unter denen die verschiedenen Einflussfaktoren jeweils wirksam werden, ermöglicht werden und ein vertieftes Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses weiter erarbeitet werden.



---

## 7. Zusammenfassung

Wie wirkt Psychotherapie? Dieser Frage wurde in den letzten Jahrzehnten in der Prozessforschungsphase der Psychotherapieforschung vermehrt nachgegangen (vgl. z.B. Grawe, 1992, 1997). Doch trotz ausgedehnter Forschungsbemühungen existieren nach wie vor zahlreiche offene Fragestellungen hinsichtlich der Wirkungsweise von Psychotherapien sowie hinsichtlich zentraler Einflussfaktoren, welche am psychotherapeutischen Prozess beteiligt sind. Zudem werden die meisten Forschungsansätze der Prozess-Outcome-Forschung im Rahmen randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) realisiert, sodass nur wenige Befunde vorliegen, die verschiedene Prozessvariablen im naturalistischen Setting thematisieren. Daher war es das Anliegen der vorliegenden Dissertation, einen Beitrag zum weiteren Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses zu leisten, indem auf der Grundlage des Generic Model of Psychotherapy GMP (Orlinsky, 2009; Orlinsky & Howard, 1987) die Prozessvariablen der therapeutischen Allianz und verhaltenstherapeutischer Techniken im Zusammenhang mit dem Therapieoutcome analysiert wurden und zusätzlich auch Merkmale des Patienten und Therapeuten als Einflussfaktoren berücksichtigt wurden.

Vor diesem Hintergrund wurden im Kontext einer verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz drei Studien durchgeführt, deren Zusammenschrift die Grundlage dieser Dissertation bilden. In Studie 1 (siehe Kapitel 3) wurden zunächst Inputvariablen auf Seiten des Therapeuten und Patienten im Zusammenhang mit dem Therapieoutcome an einer Stichprobe depressiver Patienten analysiert. So wurde als Therapeutenvariable der Einfluss der psychotherapeutischen Erfahrung auf die Effektivität und Effizienz ambulanter Psychotherapien untersucht, während als Inputvariable des Patienten das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung im Hinblick auf den Therapieoutcome sowie hinsichtlich einer Interaktion mit der Therapeutenvariable adressiert wurde. In der zweiten Studie (siehe Kapitel 4) wurde, ebenfalls an einer depressiven Patientenstichprobe, die Anwendung störungsspezifischer, kognitiv-verhaltenstherapeutischer (KVT-) Techniken als Prozessvariable fokussiert. Dabei war das Ziel dieser Studie, Zusammenhänge zwischen der durch den Therapeuten beurteilten Anwendungsintensität der depressionsspezifischen KVT-Techniken und der Response bzw. Remission der depressiven Störung nachzuweisen. In der dritten Studie (siehe Kapitel 5) wurden neben der Prozessvariable der störungsspezifischen Techniken auch die Prozessvariable der therapeutischen Allianz berücksichtigt. Dafür wurden erneut Therapeutenurteile über die Anwendungsintensität der KVT-Techniken im Zusammenhang mit der therapeutischen Allianz und dem Therapieoutcome an einer Stichprobe depressiver Patienten pfadanalytisch untersucht.

In Studie 1 konnte gezeigt werden, dass unterschiedlich erfahrene Therapeuten vergleichbare Therapieerfolge bei der Behandlung depressiver Störungen erzielen (vgl. auch Kapitel 3.2). Allerdings unterschieden sich erfahrene und unerfahrene

---

Ausbildungstherapeuten in der Effizienz ihrer Therapien, indem erfahrene Therapeuten eine bedeutsam geringere Anzahl an Therapiesitzungen für das Erreichen eines vergleichbaren Behandlungserfolgs benötigten als ihre unerfahreneren Kollegen. Das Vorliegen einer komorbiden Persönlichkeitsstörung stand hingegen weder in Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg noch mit dem Erfahrungsstand des Therapeuten. Allerdings zeigte sich ein zumindest tendenzieller Effekt dieser Patientenvariable auf die Behandlungsdauer. Damit legen diese Befunde nahe, dass Ausbildungstherapeuten unabhängig von ihrem Erfahrungsstand in der Lage zu sein scheinen, erfolgreiche Behandlungen auch mit schwer beeinträchtigten Patientengruppen zu absolvieren.

In der zweiten Studie ließen sich für die meisten der erfassten KVT-Techniken robuste Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg nachweisen (vgl. auch Kapitel 4.2). Dabei war vor allem eine als hoch eingeschätzte Intensität kognitiver Techniken mit der Response und Remission der depressiven Störung verbunden. Die Anwendung verhaltensaktivierender Techniken schien vor allem für das Erreichen einer Therapieresponse bedeutsam zu sein, während die Therapeutenurteile hinsichtlich der Techniken zur Förderung sozialer und problemlösender Kompetenzen überwiegend mit der Remission der depressiven Symptomatik assoziiert waren. Somit konnte in dieser Praxisstudie gezeigt werden, dass sich auch unter naturalistischen Bedingungen positive Zusammenhänge der Anwendung depressionsspezifischer KVT-Techniken und klinisch relevanter Therapieergebnisse nachweisen lassen.

In der dritten Studie konnte erwartungsgemäß ein direkter, signifikanter Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Allianz und dem Therapieoutcome ermittelt werden (vgl. auch Kapitel 5.2). Die Therapeuteneinschätzungen hinsichtlich der Anwendung der depressionsspezifischen KVT-Techniken waren hingegen nur indirekt, durch die therapeutische Allianz vermittelt, mit dem Behandlungsergebnis verbunden. Damit gibt diese naturalistische Studie Hinweise darauf, dass möglicherweise die therapeutische Allianz die zentrale Basis im Therapieprozess darstellt, durch welche spezifische Techniken ihre Wirkung erst entfalten.

Somit ermöglichen die ermittelten Ergebnisse auch praxisnahe Aussagen darüber, wie die zentralen Wirkfaktoren der therapeutischen Allianz und störungsspezifischer Techniken im Therapieverlauf erfolgreich implementiert werden können und tragen somit zu einer weiteren Optimierung psychotherapeutischer Behandlungen bei. Zudem vermögen die gewonnenen Erkenntnisse auch Anregungen für nachfolgende Studien liefern, indem zentrale Input- und Prozessvariablen beispielsweise mithilfe von Zeitreihenanalysen im Rahmen eines prospektiven Untersuchungsdesigns weiterführend untersucht werden könnten.

---

## 8. Literaturverzeichnis

- Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an Psychotherapie?: Eine empirische Überprüfung der Annahmen im "Generic Model of Psychotherapy". [What is psychotherapeutic about psychotherapy? An empirical examination of the assumptions of the generic model of psychotherapy]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41(3), 285-303.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592.
- Baramkoochi, A. A. (2009). Training life skills for decreasing depression. *Journal of Iranian Psychologists*, 5(20), 297-306.
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory, 2nd edn. Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 348-353. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.003
- Bellack, A. S., Hersen, M., & Himmelhoch, J. M. (1983). Social skills training for unipolar depression. *Psychotherapy in Private Practice*, 1(3), 9-13.
- Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K., & Hackmann, A. (2004). Behavioural experiments: Historical and conceptual underpinnings. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. (pp. 1-20). New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience & training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 44-52.
- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N., & Angtuaco, L. A. (2006). Participant factors in treating dysphoric disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 13-64). New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed client*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 227-306). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Binder, J. L. (1993). Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review*, 13(4), 301-318.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., III, Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1276-1284. doi: 10.1037/0022-006x.64.6.1276

- 
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 162-171. doi: 10.1037/0022-006x.64.1.162
- Bohart, A. C., & Greaves Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219-257). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Brieger, P., Ehrt, U., Bloeink, R., & Marneros, A. (2002). Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(5), 304-309. doi: 10.1097/00005053-200205000-00006
- Buckley, J. V., Newman, D. W., Kellett, S., & Beail, N. (2006). A naturalistic comparison of the effectiveness of trainee and qualified clinical psychologists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*(1), 137-144.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(3), 441-449. doi: 10.1037/0022-006x.60.3.441
- Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1997). Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 510-514.
- Caspar, F. (2008). Gibt es gute und schlechte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen? [Are there Good and Bad Psychotherapists?]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 58*(06), 227-227. doi: 10.1055/s-2008-1067431
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*(6), 631-638. doi: 10.1002/jclp.20256
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 271-279.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 497-504.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 685-716. doi: doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chapman, J. E., McCart, M. R., Letourneau, E. J., & Sheidow, A. J. (2013). Comparison of youth, caregiver, therapist, trained, and treatment expert raters of therapist adherence to a substance abuse treatment protocol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 674-680.

- 
- Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry, 177*, 107-111.
- Cinkaya, F., Schindler, A., & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. [When patients drop out of therapy. Characteristics and risk factors of dropout from outpatient psychotherapy]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*(4), 224-234. doi: 10.1026/1616-3443/a000121
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194-226). Hoboken, NJ: Wiley.
- Coché, E., & Douglas, A. A. (1977). Therapeutic effects of problem-solving training and play-reading groups. *Journal of Clinical Psychology, 33*(3), 820-827. doi: 10.1002/1097-4679(197707)33:3<820::aid-jclp2270330345>3.0.co;2-2
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R., & Hollon, S. D. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 531-541.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., & Beck, A. T. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81-91.
- Crits-Christoph, P., & Beebe, K. (1988). *Quality of cognitive therapy, alliance and the outcome of cognitive therapy with opiate addicts*. Paper presented at the Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Fe.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 298-340). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007a). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 318-326.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007b). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry, 22*(1), 9-15. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.11.001
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(2), 174-183.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 37-52. doi: 10.1037/0022-006x.66.1.37
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 469-482.

- 
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-416.
- Diguer, L., Barber, J. P., & Luborsky, L. (1993). Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1246-1248.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2009). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (7. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. doi: 10.1037/0022-006x.74.4.658
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419. doi: 10.1037/0022-006x.57.3.414
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., . . . Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
- Dombrowski, H.-U., & Gravemeier, R. (2002). Psychologisch-psychotherapeutische Interventionen bei Depressionen. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 2(2), 85-97. doi: 10.1026//1616-1041.2.2.85
- Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 483-504. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00026-6
- Driscoll, K. A., Cukrowicz, K. C., Reitzel, L. R., Hernandez, A., Petty, S. C., & Joiner Jr, T. E. (2003). The effect of trainee experience in psychotherapy on client treatment outcome. *Behavior Therapy*, 34(2), 165-177.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460. doi: 10.1037/0022-0167.43.4.456
- Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2003). Case formulation and treatment concepts among novice, experienced, and expert cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Psychotherapy Research*, 13(2), 187-204.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611-623. doi: 10.1017/s0033291707001614
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., & Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 841-847. doi: 10.1037/0022-006x.63.5.841

- 
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. doi: 10.1037/h0063633
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 578-582.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6 ed.). Weinheim: Beltz PVU.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi: 10.1037/a0025749
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis: BSI (Kurzform der SCL-90-R); deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G. H. (2002). *Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis: SCL-90-R; deutsche Version* (2 ed.). Göttingen: Beltz Test.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Furr, J. M., Kalsy, S., & Riggs, D. S. (2003). A naturalistic examination of therapist experience and outcome of exposure and ritual prevention for OCD. *Psychotherapy Research*, 13(2), 153-167.
- Fricke, S., Moritz, S., Andresen, B., Hand, I., Jacobsen, D., Kloss, M., & Rufer, M. (2003). Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen – Teil I: Grundprobleme. *Verhaltenstherapie*, 13(3), 166-171.
- Gaston, L., Marmar, C., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991). Alliance Prediction of Outcome Beyond in-Treatment Symptomatic Change as Psychotherapy Processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104-112.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G., & Gagnon, R. (1998). Alliance, Technique, and their Interactions in Predicting Outcome of Behavioral, Cognitive, and Brief Dynamic Therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190-209. doi: 10.1080/10503309812331332307
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28-36. doi: 10.1026//0012-1924.48.1.28
- Giovazolias, T. (2004). The therapeutic relationship in cognitive-behavioural therapy. *Counselling Psychology Review*, 19(2), 14-20.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Ivy-Marie, B. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49(1), 59-72.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1997). Research-Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19. doi: 10.1080/10503309712331331843
- Greenberg, M., Craighead, W., Evans, D., & Craighead, L. (1995). An investigation of the effects of comorbid Axis II pathology on outcome of inpatient treatment for unipolar depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(4), 305-321. doi: 10.1007/bf02229053

- 
- Grosse Holtforth, M., & Castonguay, L. G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy-A motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 443-455.
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Rees, A., & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 997-1004. doi: 10.1037/0022-006x.63.6.997
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., Castillo, S., & Karno, M. (2006). Common and specific effects of couples treatment for alcoholism: A test of the generic model of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 365-384. doi: 10.1348/147608305x67571
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25. doi: 10.1080/10503300500352500
- Hautzinger, M. (2008). Psychotherapie der Depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(4), 422-429.
- Hautzinger, M. (2009). Kognitive Verhaltenstherapie bei affektiven Störungen. *PSYCH up2date*, 3(1), 9-20.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar: BDI II. Revision* (Revision ed.). Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Ed.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hecht, H., & van Calker, D. (2008). Evidenzbasierte Psychotherapie depressiver Störungen: Akuttherapie und Phasenprophylaxe. [Evidence-Based Psychotherapy of Depressive Disorders: Acute Therapy and Maintenance Therapy]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58(08), 326-338.
- Heinrichs, N., Nowak, C., Oertel, J., & Kröger, C. (2009). Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie der sozialen Angststörung in einer Universitären Ambulanz: Wird die Forschung in die Praxis transportiert? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(3), 181-193. doi: 10.1026/1616-3443.38.3.181
- Hersen, M., Bellack, A. S., & Himmelhoch, J. M. (1980). Treatment of unipolar depression with social skills training. *Behavior Modification*, 4(4), 547-556. doi: 10.1177/014544558044008
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(4), 205-216.
- Hiller, W., & Schindler, A. (2011). Response und Remission in der Psychotherapieforschung. [Response and Remission in Psychotherapy Research]. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(03/04), 170-176. doi: 10.1055/s-0030-1255040
-



- 
- Hiller, W., Schindler, A., Andor, T., & Rist, F. (2011). Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanzen im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(1), 22-32.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science*, 3(2), 39-77. doi: 10.1111/1529-1006.00008
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-69). New York: Oxford.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York, NY: Wiley.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 747-755.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4), 336-352.
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Storebø, O. J., Simonsen, E., & Glud, C. (2011). The effects of cognitive therapy versus 'treatment as usual' in patients with major depressive disorder. *PLoS ONE*, 6(8).
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Carter, J. D., Rae, A. M., Luty, S. E., Frampton, C. M. A., & Mulder, R. T. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 503-508. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024737
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., . . . Keller, M. B. (2003). Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for Prior Change and Patient Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 997-1006.
- Kliem, S., Kröger, C., Bayat Sarmadi, N., & Kosfelder, J. (2012). Wie werden Verbesserungen nach Typ-II-Traumata infolge unterschiedlicher traumabearbeitender Interventionen eingeschätzt? Eine Re-Analyse der Umfrage unter psychotraumatologisch erfahrenen Psychologischen Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(1), 30-37.
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R., & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable. *Psychotherapeut*, 53(2), 83-91.
-

- 
- Kolden, G. G. (1991). The generic model of psychotherapy: An empirical investigation of patterns of process and outcome relationships. *Psychotherapy Research*, 1(1), 62-73. doi: 10.1080/10503309112331334071
- Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 489-496. doi: 10.1037/0022-006x.64.3.489
- Kolden, G. G., & Howard, K. I. (1992). An empirical test of the generic model of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 1(3), 225-236.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539. doi: 10.1037/0022-006x.64.3.532
- Laireiter, A.-R., & Botermans, J.-F. (2005). Ausbildungsforschung in der Psychotherapie - Entwicklungen und aktueller Stand. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Eds.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (pp. 53-101). Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K., & Baumann, U. (1998). PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie: Beschreibung und Funktionen im Rahmen des Qualitätsmanagements von Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Eds.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (pp. 209-224). Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy Research and Its Achievements. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos & D. K. Freedheim (Eds.), *History of Psychotherapy. Continuity and Change* (2nd ed., pp. 299-332). Washington: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6 ed.). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lang, K., Koch, U., & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 267-275. doi: 10.1026/1616-3443.35.4.267
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibling, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233-259.
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W., & Lyons, J. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(6), 417-426. doi: 10.1002/cpp.473
- Lewinson, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedmann & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression*. New York: Wiley.
-

- 
- Lieberz, K., & Ciemer, S. (2000). Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut, 45*(5), 286-291. doi: 10.1007/s002780000095
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review, 27*(2), 173-187. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.001
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*(1), 53-65.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung: Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätsicherung*. Tuebingen: DGVT Deutsche Gesellschaft fuer Verhaltenstherapie.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 133-138.
- Mander, J., Schlarb, A., Teufel, M., Keller, F., Hautzinger, M., Zipfel, S., Wittorf, A., Sammet, I. (2014). The Individual Therapy Process Questionnaire (ITPQ): Development and validation of a revised measure to evaluate general change mechanisms in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1891
- Mander, J., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., Sammet, I. (2013). Change Mechanisms in Psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research, 23*(1), 105-116.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi: 10.1037/0022-006x.68.3.438
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology Review, 16*(4), 383-411.
- McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 277-287.
- Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy, 20*(1), 25-47.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(1), 1-27. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *The American Journal of Psychiatry, 159*(3), 359-371. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.359
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(3), 231-239.
- Muszer, K., & Bailer, J. (2011). Der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Verlauf und Ausgang von ambulanten Verhaltenstherapien. [Effect of personality disorders on course and treatment outcome of outpatient behavior therapy]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 61*(7), 303-310. doi: 10.1055/s-0031-1271638
-

- 
- Narud, K., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). A comparison of gains after treatment at a psychiatric outpatient clinic in patients with cluster A+B, or cluster C personality disorders, and non-psychotic axis I disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 59*(5), 331-338. doi: doi:10.1080/08039480500319506
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry, 188*(1), 13-20. doi: 10.1192/bjp.188.1.13
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Nezu, A. M., & Ronan, G. F. (1987). Social problem solving and depression: Deficits in generating alternatives and decision making. *Southern Psychologist, 3*(1), 29-34.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 483-495.
- Norcross, J. C. (2010, May). *Psychotherapy relationships that work II: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Paper presented at the 26th annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), Florence, Italy.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*(9), 1157-1172.
- Orlinsky, D. E. (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration, 19*(4), 319-339. doi: 10.1037/a0017973
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy, 6*(1), 6-27.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. [Common factors of psychotherapy: Concepts, contradictions, and a synthesis]. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 17*(1), 17-31.
- Pfammatter, M., & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie - eine Übersicht und Standortbestimmung. [Common and specific factors of psychotherapy - A review of the current position]. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60*(1), 67-76. doi: 10.1024/1661-4747/a000099
- Powell, J. L., Hunter, H. L., Beasley, L. O., & Vernberg, E. M. (2010). Using fine-grained indexes of therapists' experience and training to predict treatment outcomes in a university-based training clinic for children and families. *Training and Education in Professional Psychology, 4*(2), 138-144. doi: 10.1037/a0018369
-

- 
- Propst, A., Paris, J., & Rosberger, Z. (1994). Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short term psychotherapy? *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 39(3), 168-176.
- Ramseyer, F., Kupper, Z., Caspar, F., Znoj, H., & Tschacher, W. (2014). Time-series panel analysis (TSPA): Multivariate modeling of temporal associations in psychotherapy process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 828-838. doi: 10.1037/a0037168.supp
- Rector, N. A., Zuroff, D. C., & Segal, Z. V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 320-328.
- Reich, J. H., & Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(2), 74-82. doi: 10.1097/00005053-199102000-00003
- Reich, J. H., & Vasile, R. G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: An update. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(8), 475-484. doi: 10.1097/00005053-199308000-00002
- Reneses, B., Munoz, E., & López-Ibor, J. J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centers. *World Psychiatry*, 8, 173-177.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York, NY US: Guilford Publications.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2009). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of depression and anxiety disorders. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 46, 651-657.
- Schindler, A., & Hiller, W. (2010). Therapieeffekte und Responseraten bei unipolar depressiven Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(2), 107-115.
- Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: Application to the beck depression inventory. *Behavior Therapy*, 33(2), 253-269.
- Segrin, C. (2008). Social skills training. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed.). (pp. 502-509). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., & Docherty, J. P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 711-718.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182-196. doi: 10.1037/0022-006x.63.2.182
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. [Farewell to the Dodo bird: Specific versus general psychotherapy from the perspective of psychotherapy research]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51(11), 425-429.
- Strauß, B., & Kohl, S. (2009). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern. *Psychotherapeut*, 54(6), 457-463.
-

- 
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: Predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 429-437.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559.
- Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B., & Bågedahl-Strindlund, M. (2003). Patient Factors Predicting Dropout from Supportive-Expressive Psychotherapy for Patients with Personality Disorders. *Psychotherapy Research, 13*(4), 493-509. doi: 10.1093/ptr/kpg039
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy—Results of an Expert Survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(1), 82-96.
- Van den Hout, M., Brouwers, C., & Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed axis II co-morbidity and the short term outcome of CBT for axis I disorders. [Article]. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(1), 56-63. doi: 10.1002/cpp.477
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*(2), 179-192.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914-923. doi: 10.1037/0022-006x.73.5.914
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta - (re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders, 68*(2-3), 159-165. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00287-1
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 279-283. doi: 10.1037/a0023252
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy, 43*(10), 1243-1261. doi: 10.1016/j.brat.2004.09.006
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195.
- Williams, J. W., Jr., Barrett, J., Oxman, T., Frank, E., Katon, W., Sullivan, M., . . . Sengupta, A. (2000). Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 284*(12), 1519-1526.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory—short revised (WAI-SR). Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 1*(3), 343-358.

- 
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID I und SKID II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 130-140.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., III, & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 114-124. doi: 10.1037/0022-006x.68.1.114

---

## 9. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b>	Vereinfachte Darstellung des „Generic Model of Psychotherapy“ (adaptiert nach Orlinsky & Howard, 1987). ....	9
<b>Abbildung 2:</b>	Zugrundeliegendes Rahmenmodell der Dissertation in Anlehnung an das GMP von Orlinsky und Howard (1987). ....	20
<b>Abbildung 3:</b>	Pfadmodell für verhaltensaktivierende Techniken mit den standardisierten direkten Effekten der Studie 3. ....	55
<b>Tabelle 1:</b>	Beschreibung der ITT-Stichprobe sowie der Subgruppe der Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen (PS-Gruppe) der Studie 1. ....	25
<b>Tabelle 2:</b>	Beschreibung der Gesamtstichprobe der Therapeuten sowie der erfahrungsabhängigen Teilstichproben der Studie 1. ....	26
<b>Tabelle 3:</b>	Therapieoutcome der ITT- und Completer-Stichproben der Studie 1. ....	28
<b>Tabelle 4:</b>	Therapieoutcome der ITT- Stichprobe der Studie 1 in Abhängigkeit der therapeutischen Erfahrung. ....	29
<b>Tabelle 5:</b>	Therapieoutcome der ITT- Stichprobe der Studie 1 bei Patienten mit und ohne komorbide Persönlichkeitsstörung. ....	30
<b>Tabelle 6:</b>	Beschreibung der erfassten KVT-Techniken der Studie 2. ....	35
<b>Tabelle 7:</b>	Beschreibung der Anwendungsintensitäten der einzelnen KVT-Techniken der Studie 2. ....	38
<b>Tabelle 8:</b>	Korrelative Zusammenhänge zwischen den Anwendungsintensitäten der einzelnen KVT-Techniken der Studie 2. ....	38
<b>Tabelle 9:</b>	Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen der Studie 2. ....	41
<b>Tabelle 10:</b>	Beschreibung der erfassten Technikmodule der Studie 3. ....	49
<b>Tabelle 11:</b>	Beschreibung der ITT-Stichprobe der Studie 3. ....	50
<b>Tabelle 12:</b>	Bivariate / <i>partielle</i> Korrelationen der Modellkomponenten der Studie 3. ....	53
<b>Tabelle 13:</b>	Standardisierte direkte Effekte der Pfadmodelle für die KVT-Behandlungsmodule der Studie 3. ....	54



---

## 10. Anhang

### A.1 Liste der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Dissertation

#### *Studie 1*

Sakalli, B., **Löffler, U.**, Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., & Barnow, S. (in preparation). Der Einfluss der therapeutischen Erfahrung auf die Effektivität und Effizienz von Ausbildungstherapien.

#### *Studie 2*

**Löffler, U.**, Sakalli, B., Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., & Barnow, S. (2015). Subjektive Therapeuteneinschätzungen angewandter KVT-Techniken im Zusammenhang mit der Response und Remission depressiver Störungen: Eine naturalistische Studie einer Ausbildungsambulanz. *Verhaltenstherapie* 25(3), 201-210.

#### *Studie 3*

**Löffler, U.**, Sakalli, B., Stopsack, M., Mander, J., Bents, H., & Barnow, S. (2014). Zusammenhänge zwischen der Allianz aus Patienten- und KVT-Techniken aus Therapeutensicht: Eine naturalistische Studie am Beispiel depressiver Störungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 35(4), 334-350.

## A.2 Verwendete Fragebögen: Beck Depressions-Inventar BDI-II

**BDI-II**

### Fragebogen

Name	Alter	Geschlecht m / w	Datum
------	-------	---------------------	-------

**Anleitung:** Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

#### 1.) Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin oft traurig.
- 2 Ich bin ständig traurig.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.

#### 2.) Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.

#### 3.) Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle.
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

#### 4.) Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen.
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.

#### 5.) Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen.
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle.

#### 6.) Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

#### 7.) Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer.
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren.
- 2 Ich bin von mir enttäuscht.
- 3 Ich lehne mich völlig ab.

#### 8.) Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.
- 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst.
- 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel.
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.

#### 9.) Selbstmordgedanken

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.

#### 10.) Weinen

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine beim geringsten Anlass.
- 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.

PEARSON

© 2010 Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/M.

PsychCorp

Summe Seite 1:

--

Bitte wenden

**11.) Unruhe**

- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst.
- 1 Ich bin unruhiger als sonst.
- 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen.
- 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.

**12.) Interessenverlust**

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
- 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst.
- 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
- 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren.

**13.) Entschlussunfähigkeit**

- 0 Ich bin so entschlussfreudig wie immer.
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

**14.) Wertlosigkeit**

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos.
- 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.
- 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.
- 3 Ich fühle mich völlig wertlos.

**15.) Energieverlust**

- 0 Ich habe so viel Energie wie immer.
- 1 Ich habe weniger Energie als sonst.
- 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe.
- 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.

**16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten**

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.
- 1a Ich schlafe etwas mehr als sonst
- 1b Ich schlafe etwas weniger als sonst.
- 2a Ich schlafe viel mehr als sonst.
- 2b Ich schlafe viel weniger als sonst.
- 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag.
- 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann dann nicht mehr einschlafen.

**17.) Reizbarkeit**

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin reizbarer als sonst.
- 2 Ich bin viel reizbarer als sonst.
- 3 Ich fühle mich dauernd gereizt.

**18.) Veränderungen des Appetits**

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert.
- 1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
- 1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
- 2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
- 2b Mein Appetit ist viel größer als sonst.
- 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit.
- 3b Ich habe ständig Heißhunger.

**19.) Konzentrationsschwierigkeiten**

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
- 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst.
- 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren.
- 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.

**20.) Ermüdung oder Erschöpfung**

- 0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst.
- 1 Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst.
- 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
- 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.

**21.) Verlust an sexuellem Interesse**

- 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
- 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren.

Summe Seite 2:

Übertrag Seite 1:

Gesamt Seite 1+2:

### A.3 Verwendete Fragebögen: Brief Symptom Inventory BSI

Codenummer / Name: ..... Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt Alter:        ..... Datum:        .....	BSI
---	-----

BSI - Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar **während der vergangenen sieben Tage bis heute**. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

**Bitte beantworten Sie jede Frage!**

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4
<b>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...</b>				
1. Nervosität oder innerem Zittern				
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen				
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat				
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind				
5. Gedächtnisschwierigkeiten				
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein				
7. Herz- oder Brustschmerzen				
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße				
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen				
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann				
11. schlechtem Appetit				
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund				
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren				
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind				
15. dem Gefühl, dass es ihnen schwerfällt, etwas anzufangen				
16. Einsamkeitsgefühlen				
17. Schwermut				
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren				
19. Furchtsamkeit				
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen				
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können				
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen				

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4
<b>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...</b>				
23. Übelkeit oder Magenverstimmung				0 1 2 3 4
24. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden				0 1 2 3 4
25. Einschlafschwierigkeiten				0 1 2 3 4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun				0 1 2 3 4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden				0 1 2 3 4
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug				0 1 2 3 4
29. Schwierigkeiten beim Atmen				0 1 2 3 4
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern				0 1 2 3 4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden				0 1 2 3 4
32. Leere im Kopf				0 1 2 3 4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen				0 1 2 3 4
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten				0 1 2 3 4
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft				0 1 2 3 4
36. Konzentrationsschwierigkeiten				0 1 2 3 4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen				0 1 2 3 4
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein				0 1 2 3 4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben				0 1 2 3 4
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen				0 1 2 3 4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern				0 1 2 3 4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen				0 1 2 3 4
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino				0 1 2 3 4
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können				0 1 2 3 4
45. Schreck- oder Panikanfällen				0 1 2 3 4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten				0 1 2 3 4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden				0 1 2 3 4
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere				0 1 2 3 4
49. so starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können				0 1 2 3 4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein				0 1 2 3 4
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden				0 1 2 3 4
52. Schuldgefühlen				0 1 2 3 4
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist				0 1 2 3 4

## A.4 Verwendete Fragebögen: Working Alliance Inventory WAI-SR

Code: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Sitzungsnummer: \_\_\_\_\_

### Working Alliance Inventory - revidierte Kurzform - P

**Anleitung:** Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Erfahrungen beziehen, die Menschen in ihrer Therapie oder mit ihrer/ihrer Therapeut/in machen können.

Bitte entscheiden Sie bei jeder Aussage, inwieweit sie auf ihre Therapie zur Zeit zutrifft. Beurteilen Sie dies auf fünf Stufen von 1 = „selten“ bis 5 = „immer“. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Zeile.

	selten	manchmal	öfters	sehr oft	immer
1. Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann.	①	②	③	④	⑤
2. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem.	①	②	③	④	⑤
3. Ich glaube mein/e Therapeut/in mag mich.	①	②	③	④	⑤
4. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen.	①	②	③	④	⑤
5. Mein/e Therapeut/in und ich achten einander.	①	②	③	④	⑤
6. Mein/e Therapeut/in und ich arbeiten auf Ziele hin über die wir uns einig sind.	①	②	③	④	⑤
7. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in mich schätzt.	①	②	③	④	⑤
8. Mein/e Therapeut/in und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.	①	②	③	④	⑤
9. Ich spüre, dass mein/e Therapeut/in auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was er/sie nicht gutheißt.	①	②	③	④	⑤
10. Ich spüre, dass das, was ich in der Therapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.	①	②	③	④	⑤
11. Mein/e Therapeut/in und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären.	①	②	③	④	⑤
12. Ich glaube, dass es richtig ist, wie wir an meinem Problem arbeiten.	①	②	③	④	⑤

Item-Copyright Horvath

---

## A.5 Verwendete Fragebögen: Erfasste Techniken aus der Basisdokumentation BaDo3

Chiffre Patient: \_\_\_\_\_

Name Therapeut: \_\_\_\_\_

### Durchgeführte psychotherapeutische Methoden (Mehrfachantworten möglich)

Einschätzung auf fünfstufiger Skala:

- 0 = nicht angewandt
- 1 = selten / wenig Aufwand
- 2 = mehrfach / durchschnittlicher Aufwand
- 3 = häufig / großer Aufwand
- 4 = sehr häufig angewandt / sehr großer Aufwand

#### Verhaltenstherapeutische Methoden:

- \_\_\_ Aufbau angenehmer Aktivitäten (Verstärkerliste u.a.)
- \_\_\_ Entspannungsverfahren (PMR, Autogenes Training)
- \_\_\_ Förderung von positivem Erleben (Genusstraining)
- \_\_\_ Tages- oder Wochenstrukturierungen (Verhaltenspläne)
- \_\_\_ Rollenspiele zur Modifikation von Interaktionsverhalten (z. B. Selbstsicherheitsübungen, Kommunikationstraining, Konfliktverhalten)
- \_\_\_ Modelllernen
- \_\_\_ Systematisches Problemlösetraining (mit Stufenplan)

#### Kognitive Methoden:

- \_\_\_ Sokratischer Dialog („geleitetes Entdecken“)
- \_\_\_ Entpathologisieren von Befürchtungen
- \_\_\_ Kognitive Umstrukturierung mit Mehr-Spalten-Technik nach Beck
- \_\_\_ Kognitive Umstrukturierung durch Verhaltensexperimente
- \_\_\_ Methoden zur Selbstkontrolle (Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung, Stimuluskontrolle usw.)

---

## 11. Erklärung

### **Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. b) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

### **Erklärung gemäß § 8 Abs. 1 Buchst. c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

Vorname Nachname \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_